

Análisis organizacional: funcionamiento del Sistema de Atención Primaria de salud de la Municipalidad de Bahía Blanca.

María Soledad Boquín.

Cita:

María Soledad Boquín (2012). *Análisis organizacional: funcionamiento del Sistema de Atención Primaria de salud de la Municipalidad de Bahía Blanca. VII Jornadas de Sociología de la UNLP. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-097/482>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ar>.

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>.

- Autora: Lic. y Prof. María Soledad Boquín.
- Pertenencia institucional: Universidad Nacional del Sur. Proyecto Grupal de Investigación (PGI) 2010-2011. denominado "Análisis organizacional: funcionamiento del Sistema de Atención Primaria de salud de la Municipalidad de Bahía Blanca".
- Correo electrónico: soledadboquin@yahoo.com.ar

El incremento de consultas en el sector APS¹ durante la década de los 90. Análisis multicausal del partido de Bahía Blanca en consonancia con las tendencias sociales nacionales.

I. Introducción.

La accesibilidad a sistemas de salud equitativos constituye una cuestión que trasciende las agendas políticas locales, traspasando las fronteras, no solo de Latinoamérica sino del mundo entero. En el marco de nuestra legislación la salud constituye un derecho social de raigambre constitucional desde la reforma de 1994, siendo el Estado garante de la obligación de asegurar a todos los ciudadanos el acceso a la atención médica garantizando salud y bienestar. La Constitución de la Nación Argentina² confiere lo que la Declaración Universal de los Derechos Humanos establece: *toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegura, así como a su familia, la salud y el bienestar, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios*³(...).

En forma paralela la Constitución de la Provincia de Buenos Aires asume los mismos principios rectores que la Constitución Nacional, en pleno ejercicio del federalismo, con lo cual se compromete, entre otras cosas, a brindar salud de calidad con equidad. A su vez los Municipios deberían fomentar todos los medios disponibles para la implementación de la Atención Primaria de la Salud, (APS), comprendida en la articulación de los demás niveles de atención.

¹ Atención Primaria de la Salud.

² En la Constitución de la Nación Argentina modificada en el año 1994, en su artículo 31º se establece: "Esta Constitución, las leyes de la Nación que en su consecuencia se dicten por el Congreso de la Nación y los Tratados con las potencias extranjeras son la Ley suprema de la Nación..." y en su artículo 75º inciso 22, se confiere Jerarquía constitucional a los Tratados Internacionales allí enumerados, entre ellos la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

³ Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

En el plano de las prácticas médicas, las intersticiales secuelas que han dejado los programas de ajuste estructural orientados al Dios Mercado, que tuvieron su despertar en la década de los 70 y que durante los últimos años han venido cavado una brecha casi insuperable en las comunidades latinoamericanas fueron quitándole poco a poco las humildes herramientas que disponía el Estado para contribuir a equidad social no han generado más que desigualdad. Tradúzcase esto también en la esfera del Sistema de Salud Público.

Esta polarización socioeconómica genera a su vez una polarización epidemiológica y una creciente demanda porque la reforma del sector salud está encaminada a disminuir las desigualdades en salud, y por ende a mejorar las condiciones de vida de toda la población. Este ha sido un clamor generalizado desde todos los rincones del mundo y retomado como bandera reivindicativa por el Movimiento por la Salud de los Pueblos y muchas otras organizaciones e instituciones incluyendo a la OPS y a OMS planteándose la necesidad de revitalizar la APS integral, en contraposición a la APS selectiva y los procesos de privatización de los Sistemas de Salud. (Espinoza, E. 1998).

El tramo histórico de estudio del presente trabajo estará constituido por la década del noventa, más específicamente el período que va desde 1991 a 2001 en el marco nacional/local. Como es sabido durante estos años se produjo un acelerado ahondamiento de la pobreza y exclusión de los sectores mas postergados, junto con la inequidad en la distribución de los ingresos consecuencia directa para la intensificación del fenómeno de la pobreza en su diversidad, heterogeneidad y policausalidad.

El comienzo de esta investigación social, de índole exploratoria, surge en base a los siguientes cuestionamientos: ¿varió el nivel de concurrencia a las APS del partido de Bahía Blanca durante la década de estudio?, ¿cuáles podrían ser algunas de las causales de esta significativa variación en el número de consultas en el nivel APS del partido de Bahía Blanca? ¿Podría establecerse una relación de consonancia con las tendencias macro nacionales de los aglomerados urbanos en cuanto a la polarización de los segmentos sociales y al ahondamiento y la heterogeneidad de la pobreza?, ¿Cuan marcada fue la influencia del fenómeno administrativo de descentralización experimentada por los organismos de salud de la época de estudio?, ¿influyeron los cambios presupuestarios destinados a este sector?.

En el presente trabajo se considerará la pobreza desde la perspectiva de la privación, haciendo especial hincapié en la ausencia de opciones de los ciudadanos sumidos en esta categoría, especialmente en referencia a la falta de alternativas en el ámbito sanitario que determina su concurrencia a las Unidades Sanitarias de APS local. Siendo la hipótesis central del mismo que el significativo aumento de las consultas al sistema de salud público local se

debe, principalmente, al incremento de la pobreza durante el periodo de estudio al cual se suman otras causales secundarias, pero no por eso poco significativas.

Como se dijo anteriormente la dimensión heterogénea y múltiple de la pobreza determina este segmento, en especial el de los nuevos pobres y en consecuencia para el siguiente trabajo se utilizaron los indicadores producto de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Vivienda correspondientes a los años 1991-2001 y también, entrevistas semi-estructuradas a diferentes epidemiólogos locales que formaron parte de la gestión de ese tramo histórico.

En los siguientes apartados se caracterizarán algunas de las salientes notas, en lo económico y social, del periodo histórico y sus consecuencias a nivel nacional y local en consonancia con las dimensiones e indicadores en materia de composición social y alternativas de cobertura medico-asistencial como así también los cambios en las estrategias en el sector primario de prevención en materia de salud comunitaria.

II. Radiografía político-económica de los 90 y sus consecuencias en lo social.

Es inaprensible lo que asoma cuando se hace referencia a este tramo histórico. Por lo que se debería partir es por la aclaración de que durante estos años tuvieron vigencia una serie de políticas neoliberales⁴ no sólo en el ámbito nacional sino en el contexto internacional⁵ bajo las premisas sugeridas por el Consenso de Washington y adoptadas por los diversos gobiernos latinoamericanos las mismas prescriptas, especialmente, por el Fondo Monetario Internacional, entre otros organismos internacionales⁶. Bajo la consigna “Menos Estado y mas Mercado” dichas recetas parecieron ser la solución a un estado de endeudamiento

⁴ Desde la óptica de Ana María Ezcurra (1998) se analiza los contenidos centrales del neoliberalismo en dónde el mercado constituye el mejor instrumento, el más eficaz para la asignación de recursos y la satisfacción de necesidades. Un mecanismo de autorregulación que conduciría al óptimo social. Para esto el Estado debería pasar a ser mínimo ya dejando atrás su papel redistribuidor de aquellas clases desfavorecidas. También se centralizó la idea del máximo crecimiento económico contextualizado en una economía de libre mercado acompañado, esto, de una firme contención del gasto publico social operativizado en una reducción de los costos salariales.

⁵ *Consenso de Washington*: Durante los 90 organismos financieros internacionales (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, el Congreso de los EEUU, la Reserva Federal, los altos cargos de la Administración, y los institutos de expertos económicos centros económicos) se reunieron en Washington D.C. generando un listado de medidas económicas e ideológicas que conformaron un paquete general destinado a impulsar el crecimiento de las regiones de Latinoamérica. Esta breve lista tomó autonomía y se constituyó en lo que luego se denominaría «neoliberalismo». No tuvo los resultados esperados generando en diversas regiones resultados catastróficos (hiperinflación, endeudamiento, empobrecimiento, etc.). Disciplina fiscal, Reordenamiento de las prioridades del gasto público, Reforma Impositiva, Liberalización de los tipos de interés, Un tipo de cambio competitivo, Liberalización del comercio internacional, Liberalización de la entrada de inversiones extranjeras directas, Privatización, Desregulación, Derechos de propiedad.

⁶ También impulsaron estas medidas otros organismos internacionales como el Banco Mundial, grandes bancos, empresas multinacionales, centros académicos y universidades.

externo y a la crisis financiera por lo cual la mayor parte de la población, en nuestro país, aceptó de buena gana la implementación de las mismas en pos de un retorno engañoso a la estabilidad enraizado en el éxito superficial del Plan de convertibilidad con la llegada de Domingo Cavallo al ministerio de economía del gobierno de Carlos Saúl Menem. El común denominador de este tipo de medidas se orientaba a una reducción del rol estatal en diversos ámbitos como Salud, Seguridad, Educación, Sistemas previsionales, Flexibilización Laboral, etc. La rápida retirada del Estado de esferas vitales, junto con la gran acción privatizadora, generaron un descenso de ofertas laborales formales con un importante crecimiento del empleo informal⁷ o trabajo “en negro”, una precarización de la calidad de vida en los sectores medios y bajos y por consiguiente un sentimiento de abulia de un porcentaje muy importante de la población. El acelerado ahondamiento de la pobreza y la exclusión de los sectores mas postergados, junto con la inequidad en la distribución de los ingresos, generaron un caldo de cultivo que estallaría 10 años mas tarde. Esto no paso desapercibido por la sociedad argentina al observar un aumento sostenido, pero no suficiente, de la conflictividad social. Docentes y empleados de empresas privatizadas hicieron sentir sus reclamos ante obscenos recortes salariales y despidos generalizados. A esta situación se refiere Marcos Novaro (1997;114) cuando dice que “en los años 90 (...) se destaca una escasa confianza en los partidos y en los políticos y en la capacidad de la política para resolver los problemas más complejos y preocupantes de la actualidad. “Esta tendencia anti-política fue reforzada por el imperio de la racionalidad técnica y macroeconómica en dónde el gran dios mercado sería un todopoderoso equilibrante. Aquí Norbert Lechner (1996) afirma, en el marco de un fenómeno que denominó *descentramiento de la política*, que “Una vez diluida la amenaza de una guerra mundial, el centro de gravitación se desplaza de la política a la economía. Desde entonces, las dinámicas del mercado determinan el dinamismo social”. Otro rasgo es que “...estaba ampliamente difundida la confianza en los empresarios para salir de la crisis, por su poder económico y su supuesta racionalidad y eficiencia desplazando a los partidos y obviamente a los sindicatos a lugares muy subalternos en la estima de la población.”(Novaro, 1997; 121). Otra de las características culturales de la época es la aparición del ciudadano consumidor cuya primacía estaría dada por la cultura de la imagen y cuyas exigencias se basan en la protección de sus derechos individuales (defensa del consumidor, libertad de elección, servicios de atención al cliente, etc.). Así como también la visión antropológica de que cada individuo es responsable

⁷ Se difundió la modalidad de contratación temporaria (Ley N° 25.013 LEY DE EMPLEO-LEY DE FLEXIBILIZACION LABORAL sancionada en Septiembre de 1998) y el trabajo en negro, ambos carentes de todo registro legal con bajas remuneraciones, inestable, carentes de cobertura social y al margen de todas las leyes protectoras de los asalariados.

exclusivo de su destino, no existiendo ninguna institución que amortigüe la caída de algunos al vacío económico, social, simbólico, y cultural. Todo lo anterior se conjugó con una tendencia mundial basada en el reemplazo de la organizada trama discursiva por el impacto instantáneo de las imágenes y los flashes que tienen una llegada masiva. “Asistimos a la mutación del ciudadano de un individuo racional y autónomo en un consumidor estrictamente acotado en su libertad de elección “. La lógica del consumo invadió a los sectores medios sobrevivientes y obnubilados por viajes a Cancún, Disney World, plasmas, perfumes importados endiosando a un nuevo espacio social, el Shopping en el marco de un clima de fiesta y frivolidad.

III. La pobreza como categoría analítica multidimensional, heterogénea y multicausal aunque más real que nunca en la historia de la Argentina Contemporánea.

Mucho se ha hablado del fenómeno de la pobreza el que se vio potenciado durante el periodo de estudio a raíz del profundo deterioro de las condiciones de vida y trabajo de millones que argentinos que engrosaron el contingente de excluidos del sistema propuesto.

Es sabido que la pobreza es una realidad muy difícil de abordar ya que constituye un concepto multidimensional y heterogéneo. No constituye un fenómeno social local, ya que sus márgenes exceden, en mucho, nuestro país. Así lo afirma Waldo Ansaldi (1997;1) al describir al mundo de hoy cuyo atributo más significativo es un “brutal incremento de la desigualdad-económica, social política, cultural-probablemente sin parangón en la historia de la humanidad, observable en el interior de cada sociedad y, en la escala planetaria, entre sociedades”.

Si bien se adhiere a la multiplicidad dimensional del fenómeno social de la pobreza inaprensible únicamente por vía metodológica cuantitativa se acude, en principio, a conceptos como el del nivel ingresos o línea de pobreza-índice de pobreza como factores orientativos de pertenencia, o no, a esta categoría social. También son inherentes a esta pertenencia las limitaciones de tipo social, educacional, cultural, sanitarias etc. Es por eso que estoy de acuerdo con la propuesta de análisis Amartya Sen (1995; 32) al considerar la pobreza en términos de fracaso de capacidades. Análisis que excede el entendimiento de la

misma como la imposibilidad de consumir o de traspasar o no necesidades básicas. Sostiene Sen que no solo hacen a la pobreza los requerimientos físicamente elementales o las necesidades básicas sino que habría que considerar los “logros sociales” tales como participar del engranaje cívico de la comunidad, aparecen en público, saber desenvolverse en rutinas diarias sin avergonzarse, etc.

En la misma línea (Minujin y Kessler, 1995; 44-46) hacen referencia a los conceptos de “Capital Social” y “Capital Cultural”. El primero se refiere a la posesión, o no, de una red de familiares y de amigos que estén en posición de brindar trabajos, comprar bienes u obtener algún tipo de servicio en condiciones favorables; su valor depende de las diferentes trayectorias sociales y orígenes familiares. El segundo se refiere a que el origen social, la educación recibida, el tipo de experiencias y la posición ocupada en los distintos ámbitos sociales que se han transitado, van forjando formas casi inconscientes formas de mirar el mundo y de representarse su propio lugar en él; su incidencia se plasmará en las distintas formas de percibir, de actuar, de reflexionar y de demandar.

En el presente trabajo se considerará la pobreza desde la perspectiva de la privación haciendo hincapié en la ausencia de opciones para los ciudadanos sumidos en esta categoría, especialmente alternativas del ámbito sanitario en el marco de la cobertura del sistema de Salud local. Para seguir avanzando se proponen dos categorías sociales propias del mismo fenómeno en el marco de implementación de las políticas neoliberales en los 90.

Dentro de los afectados, en nuestro país, se distinguieron dos categorías: *los pobres estructurales* y *los nuevos pobres*. Los primeros pertenecientes a grupos familiares tradicionalmente pobres, con escasa instrucción formal y deficiente capacitación laboral. Generalmente estos sectores sociales se ubicaron (a partir de la década del 50) en las llamadas villas miseria siendo estas la puerta de entrada a las grandes ciudades proveedoras de puestos laborales. Los otros provenientes de las clases medias empobrecidas como consecuencia de esta serie de políticas que los privó de sus empleos, redujo drásticamente los ingresos encontrando, estos sujetos, la imposibilidad de acceder a los bienes y servicios básicos necesarios que en otra época pudieron haber accedido. Esta fue una precarización de aquellos sectores, de la tradicional clase media, que se enfrentaron, en condiciones de vulnerabilidad, con el nuevo orden socioeconómico.

A esto se debe que la mayor desigualdad en la distribución del ingreso recayó fundamentalmente en los sectores medios, que resultaron los más perjudicados. Según Alberto Minujin y Néstor López (1994; 91) “la pobreza se incrementó y se hizo más heterogénea, incorporando a dichos sectores para configurar un fenómeno novedoso que algunos han dado

en llamar <nueva pobreza>”. Siguiendo estos autores algunos grupos etarios sufrieron con mayor crudeza las consecuencias de la implementación de este paquete de medidas socio-económicas, a saber, los jubilados, los pensionados, los jóvenes con escaso grado de escolarización, los nuevos desempleados, los subempleados, los cuentapropistas, los niños y niñas de hogares pobres. “Así la pobreza se extendió y el universo de los pobres es ahora más heterogéneo” (Minujin, 1994; 94).

También Mario Rapoport (2007; 883) afirma que “...la pobreza alcanzó niveles difícilmente comparables a otros momentos del pasado. Su componente social pasó a ser más heterogéneo debido a que las carencias involucraron a un espectro social más amplio, en el que se incluyeron sectores medios. Por otra parte, un creciente número de personas indigentes vió agravado su ya de por sí bajo consumo alimentario”.

IV. La Salud como dimensión a tener en cuenta en el incremento de la pobreza en el partido de Bahía Blanca durante la época de estudio.

.

El partido de Bahía Blanca se conforma por tres localidades urbanas: Bahía Blanca, ciudad homónima, General Daniel Cerri y la localidad de Cabildo. En relación al crecimiento demográfico las localidades de Bahía Blanca y Gral. Daniel Cerri tuvieron un crecimiento sostenido y estable y experimentó un decrecimiento importante la ciudad de Cabildo.

Según datos censales la población del partido mencionado creció de 272.191 habitantes en el año 1991 a 284.776 en el 2001 (esta última cifra discriminada en 136.799 hombres (48.04%) y 147.977 mujeres (51,96%)).

Desde la perspectiva socio-demográfica la ciudad de Bahía Blanca y alrededores se considera un aglomerado urbano intermedio, localizado en el sudoeste bonaerense Según los números oficiales durante la década de los 90 se evidenció, en estas localidades, un aumento significativo en cuanto a la diferenciación socio-residencial que se corresponde a importantes desigualdades poblacionales y a una precarización de la calidad de vida de los sectores más vulnerables de la ciudad. Esta afirmación surge del cotejo de la información suministrada por los datos de los Censos Nacionales de Población, Hogares y Vivienda correspondientes al periodo 1991-2001.

En el periodo intercensal mencionado se evidenció un marcado deterioro en las condiciones de empleo por las razones ya mencionadas en el apartado II. Esto repercutió directamente en la calidad de vida de los grupos sociales locales evidenciados en los siguientes dimensiones a saber; educación, vivienda, salud, y factores ambientales. Si bien el concepto de “Calidad de vida” exigiría un apartado destinado a las múltiples facetas del mismo, se entiende que la calidad de vida de los habitantes depende tanto de factores sociales como económicos, ambientales y físico-espirituales. Este concepto se ve agravado cuando los grupos sociales manifiestan dificultades de accesibilidad a servicios, vivienda, terreno, mercado del trabajo, etc. generándose una situación de exclusión hasta el límite de la marginalidad.

María Belén Prieto (2009;11) afirma que el índice de Calidad de vida se vio descendido en lo que va del periodo 1991-2001 en la localidad de Bahía Blanca. Si bien su área temática hace referencia a las desigualdades socio territoriales-residenciales, afirma Prieto que “ la urbanización de esta época ha conformado espacios diferenciados en cuanto a infraestructura, equipamiento y calidad residencial. Así, los grupos más pobres se localizan en las áreas periféricas, con menor valor de la tierra e inadecuadas condiciones de habitabilidad-accesibilidad y con déficit en los medios de consumo colectivos, en los barrios populares (espontáneos o producto de planes de vivienda subvencionados por el Estado), las villas de emergencia y los asentamientos precarios, en los cuales se detectan variables grados de legalidad e ilegalidad”.

A continuación se cotejan algunos de los indicadores socio-económicos propios del contexto bahiense en el periodo de estudio.

Evolución de indicadores Socio-Económicos	1991	2001
% de Población que no posee Obra social o cobertura médica.	31,6	37,6
% población con acceso al agua potable fuera de la vivienda y el terreno.	6,1	4,0
% población de 20 años o más con primario completo	31,2	19,4
% población de 25 años o más con nivel universitario completo	4,7	3,9
% población con NBI, capacidad de subsistencia	0,9	2,6

En lo que a salud respecta, de acuerdo al censo 2001 el 37,6 % de la población carece de cobertura en salud en relación al 31,6 % diez años antes. Esta no cobertura se incremento en un 11,5 % de la población en lo que se refiere al período histórico en estudio (1991-2001) lo cual determina que casi el 38% de los bahienses no tenga otra opción que recurrir al a atención pública compuesta por Hospitales y Unidades Sanitarias barriales, constituyendo estas últimas el sistema de APS.

V. *Características del Sistema Local y Nacional de Salud Pública en los 90.*

En consonancia con las políticas a nivel nacional en el área de salud se profundizaron las medidas tendientes a la descentralización y el rol estatal en materia de salud se fue debilitando.

La lógica imperante a partir de ese momento, vino acompañada de una consolidación del modelo ideológico neoliberal, donde el protagonismo pasó al mercado. Se llevó a cabo un proceso de descentralización, al que Susan López (2006; 3) hace referencia con el traspaso de las unidades de atención de la salud desde el ámbito nacional hacia el provincial y municipal. López afirma que:

“la descentralización ya estaba bastante consolidada hacia 1991, pero la medida más relevante por la creación del Hospital Público de Autogestión (Decreto 578/93), que proponía transformarlos en unidades autogestionadas eficientes, capaces de obtener recursos a través del arancelamiento de los servicios a personas con capacidad de pago y prestadores de salud. La atención médica gratuita quedaba así, restringida a los sectores de más bajos ingresos que demostraran no tener cobertura de Obra Social y/o de seguro privado.”

A contramano, mientras que decaía la atención médica gratuita en los hospitales, crecía su demanda como consecuencia del incremento del desempleo con la consiguiente pérdida de cobertura de Obra Social. En consonancia con todo lo anterior y teniendo en cuenta el documento *Plan de Salud 2007-2011* de la secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca⁸ así se caracteriza el sistema de APS en la ciudad. *“Desde el año 1993, bajo la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) se parte de una descentralización hospitalaria y se refuerza el primer nivel de atención. Aumenta los recursos humanos y se*

⁸ www.bahiablanca.gov.ar

adecúa la infraestructura sanitaria. Se regionaliza en Áreas Programáticas de Salud con la conformación de Equipos interdisciplinarios, coordinados por un Coordinador de Área, que además de ordenar el funcionamiento de su sector, es el responsable de realizar el diagnóstico de situación sanitaria junto a la comunidad, priorizar las problemáticas y proyectar en consecuencia”.

El Partido de Bahía Blanca, desde esa época, se encuentra dividido en 9 Áreas Programáticas de Salud (AP)⁹ definidas éstas, como la superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles en la misma, se trata de satisfacer las necesidades de salud de la población que la habita. Las Unidades Sanitarias (US) coinciden con las Delegaciones Municipales o Sociedades de Fomento¹⁰. Cabe aclarar que si bien durante el periodo de estudio se abrieron nuevas US, también se cerraron o se condensaron simultáneamente otras.¹¹



⁹ Áreas Programáticas: Centro, Cerri, Noroeste, Norte, Harding Green, Las Villas, Villa Rosas, White, Cabildo.

¹⁰ En 1992 se sanciona la Ordenanza Municipal N° 6782 la que regula del sistema, que establece pautas claras de la relación de la Municipalidad con las Sociedades de Fomento Barriales.

¹¹ Aquí se detallan las U.S cuya creación y cierre datan del periodo intercensal 1991-2001. US “Rivadavia” creada en 1992, “Centro de Salud Luis Piñeiro” creado en 1997condensandose en este la US “1° de Mayo” y la US “Maldonado” y “Villa Nocito” (estas últimas tres desaparecen), US “Villa Gloria” creada en 1994 y US “San Jose Obrero” creada 1996. Si bien la creación de mas US podría aumentar la oferta y generar más demanda por parte de la población local, se descarta este aumento cuantitativo como posible causal de incremento de consultas.

En base a datos suministrados por Región Sanitaria Central ¹² se observa una marcada tendencia al aumento en las consultas/visitas a las diferentes US de la ciudad de Bahía Blanca durante el periodo intercensal de estudio.

Año	Total de Consultas a Establecimientos de APS del partido de Bahía Blanca
1991	104.737
1992	128.754
1993	139.437
1994	136.605
1995	152.640
1996	148.538
1997	169.987
1998	167.051
1999	163.273
2000	165.605 ¹³
2001	155.098

Una simple deducción en base a los datos proporcionados por Región Sanitaria Central demostraría que existió un incremento de casi el 50 % en la década de estudio. De 104.737 consultas totales en el año 1991 se pasó a 155.098 consultas totales en el año 2001 con un pico máximo de 169.987 consultas en el año 1997 lo que representaría un aumento de casi el 70% de las consultas.

Este incremento estaría estrechamente relacionado con una pulverización de aquellas capas o sectores más vulnerables de la Clase media que denominamos en sociología como los

¹² Dirección de Atención Primaria de la Salud. Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As. Calle 51 N°1120/1900 La Plata.

¹³ Según entrevista con Dr. Gustavo Carestia, subdirector de la Secretaría de Salud y Acción Social desde 1991 y director a partir de 1996 hasta 2003, habría una discrepancia del número de consultas significativamente mayor durante los años 2000-2001 las cuales ascenderían a 171.304 y 171.357, dato que confirma y refuerza la hipótesis de trabajo ya que el incremento sería de un 70% aproximadamente.

“Nuevos Pobres” o aun peor un incremento de los pobres estructurales de nuestra sociedad confirmando la hipótesis que origina este trabajo de investigación exploratorio. El deterioro de la calidad de vida de determinados sectores ubicados especialmente en la zona sur-oeste de nuestra ciudad también alcanzó los aspectos sanitarios de cobertura en materia de salud, dejando a un gran porcentaje de la población bahiense sin otra opción que la concurrencia a la Unidades Sanitarias más cercanas a su domicilio. Teniendo como referencia la entrevista con la Dra. Susana Elliker¹⁴ los sectores más perjudicados fueron aquellas poblaciones que se dedicaban al rubro construcción, sector golpeado fuertemente en el periodo de estudio. Así afirma la Dra:

“(…) aun aquellas familias que tenían cobertura social (por la adhesión a contratos temporales en los cuales la alternancia de tenencia de cobertura en salud y los elevados aranceles diferenciados hacían imposible la utilización de la misma) concurrían a las Unidades Sanitarias y ni hablar de aquellos sectores que se mantuvieron en el mercado laboral informal o desocupados”.

Siguiendo la misma línea en la entrevista a la Lic. Devora Eliosoff,¹⁵ como representante de salud mental en APS afirma: *El gran recuerdo de aquella época es la falta de trabajo y la consulta por Problemas Psicosociales. No se puede hablar de salud y menos de salud mental en población excluida de sus mínimos derechos. Lo más impresionante es la lectura de las personas, también en aquella época: si bien veían la falta de trabajo como una realidad –a nivel macroeconómico- se podía ver un dejo de culpabilidad, un hacerse cargo de la responsabilidad de no encontrarlo, como si únicamente dependiera de variables estrictamente personales.*

¹⁴ Entrevista semi-estructurada a Dra. Susana Elliker en Octubre del 2011. Médica Coordinadora del Área Programática III (se corresponde a la actual Delegación Norte) desde 1991 hasta 1998. A partir de ese año asume como Directora de Medicina Asistencial hasta el 10-12-2003 que vuelve a sus funciones como Médica Coordinadora de Área.

¹⁵ Entrevista semi-estructurada a la Lic. Devora Eliosoff en Noviembre del 2011. Psicóloga durante el periodo de estudio de las US “Lujan” y “Estomba” hasta el año 1996. Luego desempeñó el mismo rol laboral en la US “Latino” y “Estomba”. Actualmente se desempeña como coordinadora de salud mental del área programática III.

- ***Aspectos formales de la implementación del Plan de Salud a partir de 1991: Presupuesto y Recursos Humanos.***

Como es sabido todos los fenómenos sociales son multicausales y el analizado no constituye la excepción. A la causal anteriormente descripta se le agregarían variables formales en la prestación de servicios en APS (en las Unidades Sanitarias locales) que tienen que ver con un marcado incremento en el presupuesto destinado a este área y a una significativa incorporación de recursos humanos al sector.

En entrevista con el Dr. Gustavo Carestia se explica que uno de los objetivos de la regionalización del partido dividido en 9 AP (con 45 US) fue que el equipo de salud experimente lo que denominó “sentido de pertenencia” al desempeñar su rol en la misma AP (en las diferentes US que la constituían) generando así un “*Marco de sectorización operativa*”. Esto les brinda a los profesionales un conocimiento y una visión más cercana de la comunidad en la cual se desempeñaban ya que, anteriormente por ejemplo, un pediatra desempeñaba su tarea, los 5 días de la semana, en diferentes US correspondientes a distintas AP.

Pero la transformación radical se dio desde lo cuantitativo. Siguiendo las opiniones del Dr. Carestia, este sector experimentó un muy significativo incremento en las partidas presupuestarias que van desde los 2,13 millones de pesos, en 1991, hasta 4.58 millones de pesos, en el año 2001, destinado, entre otras cosas, al incremento en recursos humanos (Médicos, Enfermeros, Odontólogos, Trabajadores Sociales y Psicólogos) de este área¹⁶.

Históricamente, otro detalle que no hay que olvidar es que en 1995 se firmó un acta acuerdo con los Hospitales Públicos de la ciudad la que perseguía la no superposición de servicios en las consultas de pediatría, clínica y ginecología y su consiguiente transferencia a las Unidades Sanitarias. Es por este acuerdo que disminuyó la cantidad de prestaciones de los consultorios externos en el Hospital Municipal "Dr. L. Lucero", en aproximadamente un 12% con respecto a años anteriores. Aun así, este porcentaje no fue proporcional al aumento de consultas en APS en el partido de Bahía Blanca, del que se infiere que esta única causal no explica ni determina la hipótesis sometida a prueba en este trabajo.

¹⁶ Según datos estadísticos aportados por el Dr. Gustavo Carestia el personal de planta del sector salud APS en 1992 estaba compuesto por 167 puestos de trabajo, siendo que en el año 2001 este número asciende a 234.

- ***Cambio de estrategia en APS trazado desde la norma e implementado desde un nuevo paradigma cualitativo.***

Haciendo un recorrido histórico en cuanto a conceptos regentes en salud comunitaria, por el año 1978 se define formalmente el concepto de APS en la llamada declaración de Alma-Ata¹⁷ en el cual transforma la visión del Modelo Médico Hegemónico¹⁸ para el trabajo comunitario y preventivo en el primer nivel de atención en materia de salud. Estas ideas, si bien se fueron filtrando en la formación y capacitación de los profesionales de la salud durante una década de los 80, tienen su mayor esplendor en la práctica de fines de los 80 principios de los 90 en nuestro país, y por ende en el circuito local a partir del ya mencionado decreto 578/93 Así se define la APS:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (1978, Conferencia en Alma-Ata).

Esta definición impulsa un cambio de paradigma en beneficio de la población más vulnerable desde el punto de vista económico. Y desde la social se trabaja ya no desde la enfermedad sino desde mecanismos de prevención comunitaria tomando en cuenta principalmente las condiciones sanitarias, los hábitos, las actividades laborales y la situación medioambiental de la población. Aquí la figura del médico desempeña un rol secundario y de técnico que sale a la comunidad.

En base a la entrevista realizada a la Dra Susana Elliker¹⁹ se podría considerar como posible causal del fenómeno en cuestión, enmarcado en el cambio de estrategia en APS coincidente con el periodo de estudio, dos líneas de intervención preventivas de tipo comunitarias, a saber; el Programa Materno-infantil provincial, P.A.I (Programa Ampliado de Inmunizaciones) en donde se comienza a trabajar sobre esta franja etaria en el control del embarazo y el niño sano durante los primeros 18 meses. Aquí se trabaja en red con la maternidad pública del Hospital Penna donde en el momento del alta del recién nacido se le otorgaba a las familias el turno en la Unidad Sanitaria más cercana a su domicilio para

¹⁷ Primera conferencia internacional sobre APS en Alma-Ata, Kasajistán, 1978. En esta conferencia se convocaron a 134 países y 67 organizaciones internacionales. Fuente: www.paho.org (Pan American Health Organización).

¹⁸ Sintéticamente el Modelo Médico Hegemónico en un paradigma cuya centralidad está dada por lo científico-biológico excluyendo los factores sociales y/o culturales como causales a tener en cuenta en los procesos de salud-enfermedad. Es ahistórico, con énfasis en lo individual, considera la enfermedad como ruptura de lo normal y principalmente se asiente en una relación asimétrica entre médico-paciente en donde impera una subordinación social y técnica de este último.

¹⁹ Op. Cit.

realizar el control. Y el plan de vacunación también merecería ser mencionado como otro foco de demanda hacia las APS en los cuales no solo se vacunaba a los niños sin obra social.

VI. *A modo de cierre...*

Si bien constituyó una causal innegable la precarización de la calidad de vida de los sectores más vulnerables del tejido social nacional y local durante la época de estudio, es importante tener en cuenta otros factores que inciden en la interpretación de datos y estadísticas fríos como los proporcionados por Región Sanitaria Central. Es sabido que a partir del año 1992 el sistema de Atención Primaria constituyó un objetivo en sí mismo fundamental para el logro de una transformación radical del sistema de salud, por lo que se ve ampliado su alcance hacia poblaciones que cada vez demandan más atención socio-comunitaria. Esto constituye un viraje metodológico cualitativo y cuantitativo importantísimo hacia una medicina más comprometida con los condicionamientos sociales-culturales. En ese momento los trabajadores de la salud tuvieron que salir a caminar el barrio abandonando una postura hegemónica que marcó y sigue marcando su formación.

Quedan interrogantes próximos a ser explorados como las condiciones laborales-contractuales pertenecientes de los trabajadores de salud que comenzaron a integrar las US, fruto de este fenómeno de ampliación de oferta, como también sus principales motivaciones de los profesionales para ingresar a este tipo de trabajo ya que es sabido que no todos los trabajadores de la salud tienen una inclinación comunitaria aunque el trabajo en APS suele constituir una primer experiencia laboral.

Queda en claro que a partir de esta época se comienzan a utilizar alternativas superadoras en el marco del trabajo en red con otras organizaciones comunales como Hospitales, Clubs, Escuelas, ONG. etc. dándole a este sistema una característica de las organizaciones posmodernas plagadas de demandas por parte de la comunidad a las cuales sería imposible dar respuesta en soledad. En base a esto último es pertinente citar a la Lic. Devora Eliosoff²⁰ cuando afirma que “(...) el nacimiento de las redes en el área de salud que generalmente articularon con educación, representaron un gran avance en el aprovechamiento de recursos, en las modalidades de intervención, en el apoyo y en la calidad de las respuestas”.

²⁰ Op. Cit.

Bibliografía

- ❖ Adamovsky, Ezequiel, (2009). *Historia de la clase media argentina. Apogeo y decadencia de una ilusión, 1919-2003*. Buenos Aires; Planeta.
- ❖ Ansaldi, Waldo (1997) “Disculpe señor, se nos llenó de pobres el recibidor” en Unidad de docencia e investigaciones socio históricas de América Latina.UBA, Facultad de Ciencias Sociales UDISHAL <http://www.catedras.fsos.uba.ar/udishal>.
- ❖ Espinoza, Eduardo (1998) Una visión retrospectiva de la APS en Centroamérica. El aporte de experiencias comunitarias en salud. On Line. Disponible en: <http://www.cisas.org.ni>.
- ❖ Ezcurra, Ana María (1998). *¿Qué es el neoliberalismo? Evolución y límites de un modelo excluyente*. Buenos Aires, Editorial Ideas.
- ❖ <http://www.paho.org>
- ❖ Lechner, Norbert (1996). Las transformaciones de la política. *Revista Mexicana de Sociología*. Año LVIII.
- ❖ Lechner, Norbert (1996). Las transformaciones de la política. *Revista Mexicana de Sociología*. Año LVIII, 7.
- ❖ Minujin, A. y Kessler, G. *La nueva pobreza en la Argentina*. Planeta, Buenos Aires, 1995.Naciones Unidas. *Las metas del Milenio*.
- ❖ Minujin, Alberto (1992) *Cuesta Abajo. Los nuevos pobres: efectos de la crisis en la sociedad Argentina* . Buenos Aires; Unicef/ Losada.
- ❖ Minujin, Alberto y Néstor López.(1994). “Nueva Pobreza y Exclusión. El caso Argentino”. *Revista Nueva Sociedad Nro 131*- Mayo-Junio. pp 88-105.
- ❖ Novaro, Marcos (1997). El Liberalismo Político y la Cultura Política Popular. *Nueva Sociedad*. 149.
- ❖ Novaro, Marcos (1997). El Liberalismo Político y la Cultura Política Popular. *Nueva Sociedad*.
- ❖ Informe de salud 1991-2003. Secretaría de Salud y Accion Social de Municipalidad de Bahía Blanca. Documento brindado por el Dr. Gustavo Carestía.
- ❖ Plan salud 2007-2011. www.bahiablanca.gov.ar
- ❖ Prieto, Maria Belén. (2009, noviembre 4-6). Desigualdades socio-territoriales asociadas a la calidad de vida urbana. Una aproximación al estudio de las condiciones de vida de la población en Bahía Blanca. En *X Jornadas Argentinas de Estudios de Población (AEPA)*, Universidad Nacional de Catamarca.
- ❖ Rapoport, Mario (2007). *Historia económica, política y social de la Argentina 1880-2003*, Buenos Aires, Emecé.
- ❖ Sen, Amartya Kumar (1995). *Nuevo examen de la desigualdad*. Alianza Editorial, S.A..
- ❖ Susan López. 2006. *El sistema de Salud Argentino. Material para la materia Medicina Social. Facultad de Trabajo Social –UNLP en <http://www.ms.gba.gov.ar/regiones/RSVI/msanitaria/LopezSistemaSalud.pdf>*
- ❖ Svampa, Maristella , (2005). *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo*. Buenos Aires, Taurus.
- ❖ Vasilachis de Gialdino, Irene. *Pobres, pobreza, identidad y representaciones sociales*. BuenosAires, Gedisa, 2003.
- ❖ www.indec.gov.ar