

## LAS POSTAS DE SALUD EN LA CIUDAD DE POSADAS

Una nueva forma de intervención social<sup>1</sup>

Lila Sintés \*

La importancia estratégica de la salud en el bienestar de la población, ha sido reiterada en numerosas ocasiones en los ámbitos internacionales. Más recientemente, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo comenzó a difundir sus tablas mundiales de Desarrollo Humano integrando, entre otras dimensiones, índices de salud y nutrición. La iniciativa, lanzada a nivel mundial, tiene como propósito brindar a los países un instrumento que les permita conocer y medir los avances y retrocesos en materia de condiciones de vida de la población; y contribuir con ello a la formulación de políticas sociales adecuadas (Zumbado 1993). Los datos obtenidos para América Latina y el Caribe, muestran resultados que no son totalmente satisfactorios<sup>2</sup>.

En Argentina el sistema de salud pública como modelo prestador, acusa rasgos de ineficiencia operativa e inequidad distributiva en la atención médico-sanitaria, lo que en parte es producto de la aplicación de medidas de ajuste fiscal que condujeron a la disminución de la inversión pública. Las deficiencias estructurales del Estado de Bienestar que ya se venían manifestando, se agudizaron en los últimos años de la década de los '80 debido a la crisis hiperinflacionaria y el desempleo. Hoy, el Estado

neoliberal causa la desinversión y el vaciamiento de los organismos que antes fueran los encargados de llevar adelante las Políticas Sociales<sup>3</sup>; en el caso particular del sistema de salud, entra en crisis el modelo estatal de cobertura universal. La desregulación y privatización creciente de todos los servicios sociales plantea un desafío: crear y articular nuevas formas de "intervención social" desde el Estado dirigidas, en el caso específico de la salud, a la atención de los sectores más desprotegidos. Por otra parte, el impulso dado a los mecanismos de descentralización impacta directamente en la ejecución de los programas de asistencia, promoción y prevención de la salud, en tanto que, los componentes del sistema encargados de la "gestión a nivel local" se ven presionados por una creciente demanda desde los sectores sociales más carenciados; el "achicamiento" y racionalización del presupuesto público impide generar respuestas inmediatas y satisfactorias.

En Posadas, desde el Programa de Atención Primaria de la Salud, se está intentando implementar una nueva modalidad de gestión a nivel local, capacitando a residentes barriales como **agentes voluntarios** al frente de las **Postas de Salud**. En el marco actual de las restricciones presupuestarias, la decisión tomada aparece como una alternativa viable para preservar un cierto nivel de cobertura: demandas de atención de bajo nivel de complejidad. En los hechos, simulando un modelo de autogestión comunitaria, lo que se produce es la transferencia de mayores responsabilidades y funciones hacia estos agentes, cuyos vínculos con la organización del sistema de atención primaria son laxos y se montan en relaciones informales de tipo clientelístico. De resultas que, la efectividad de la medida adoptada dependerá en mayor medida del desempeño del rol de cada agente voluntario dentro del campo barrial y de las estrategias de gestión que éste pueda desplegar.

### Antecedentes del Programa APS

En la Asamblea de la OMS de 1977, se acordó una política de salud que se denominó "Salud para todos en el año 2000". Un año más tarde, en la reunión de

\* Docente e Investigadora Proyecto Pobur

<sup>1</sup> El presente trabajo reúne un conjunto de datos iniciales recabados en instituciones y barrios carenciados de Posadas, que son parte del proyecto de tesis para aspirar al grado de Magister en Metodología de la Investigación por la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER).

<sup>2</sup> Los Informes sobre Desarrollo Humano (PNUD 1990, 1991, 1992 y 1993) indagan sobre las razones de las discrepancias entre potencial económico y desarrollo humano.

<sup>3</sup> Los cambios producidos en las líneas directrices de las políticas públicas incidirán en los mecanismos de provisión, financiamiento y regulación pública de los sectores sociales: educación, salud y previsión social (Beccaria y Carciotti 1993)

Alma Ata, se estableció la estrategia específica que se adoptaría y que fue definida como Atención Primaria de Salud (APS). En el documento suscripto por todos los países quedó establecido que: "Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria". (Kroeger y Luna 1989: 7)

Aun cuando el propósito de la atención primaria es el de garantizar equidad a toda la población, en el acceso a los servicios esenciales los sectores de menores recursos son su prioridad. Por consiguiente, garantizar la ejecución de programas dirigidos a esta población constituye el punto central, siendo necesario para ello adecuar y organizar los recursos humanos, físicos y materiales.

### Cobertura de los servicios de salud

El compromiso con el desarrollo de niveles de asistencia sanitaria esencial (basada en la determinación de necesidades de salud y en el establecimiento de prioridades) requiere, entre otros, ampliar la cobertura de los servicios de salud en sus tres aspectos fundamentales:

- a) acceso de la población a los servicios;
- b) disponibilidad de recursos, y
- c) un sistema técnico y administrativo adecuado para canalizar las demandas de la población. (Op. cit. 1989)

Con frecuencia, al aumentar la demanda de servicios, los sistemas de salud han recurrido a la incorporación de personal sanitario auxiliar o paramédico, fundamentalmente para resolver los problemas de salud de los sectores más pobres. Basán-

dose en un estudio comparado de los servicios sanitarios a nivel mundial, Roemer clasifica el personal auxiliar sanitario en cuatro tipos fundamentales:

- 1) curanderos tradicionales;
- 2) trabajadores sanitarios paramédicos;
- 3) sustitutos elementales del médico y
- 4) sanitaristas de preparación primaria. (Roemer

1980).

Las diferencias entre estos tipos están dadas en la formación impartida (contenidos y duración de los programas); en las modalidades de articulación con los equipos sanitarios; en las funciones asignadas y en las áreas de desempeño de los auxiliares (rural-urbana).

La estrategia de Atención Primaria de Salud, por su parte, también contempla la integración de agentes auxiliares en sus equipos de salud, con funciones que están básicamente centradas en acciones de promoción y prevención de la salud. Pero se trata en este caso de un recurso con una finalidad más integral; dado que a través de su presencia se procura convocar y concitar la participación responsable de la gente en la resolución de sus necesidades.

Si bien comparten, en general, los rasgos del tipo descrito por Roemer como "sanitaristas de preparación primaria", se diferencian de éste por el carácter voluntario del trabajo que realizan, por su origen socioeconómico y por las formas organizativas en que se constituyen (grupo de vecinos, organizaciones comunitarias). Figurando bajo la denominación de "trabajadores básicos de salud" (TBS) son definidos como "(...) personas procedentes de la comunidad misma, elegidas a través de algún procedimiento y entrenadas para desarrollar ciertas actividades específicas, generalmente de un nivel bajo de complejidad técnica, y que usualmente no poseen un rango funcionario dentro del aparato institucional de la salud, aun cuando a veces reciben salario u otro tipo de compensación económica de alguna fuente". (Kroeger y Luna 1989: 91)

La pregunta pertinente, ahora, sería saber si el manejo de definiciones tales como "atención primaria de salud", "cobertura de los servicios" y "trabajadores básicos de la salud", son claves suficientes para comprender los alcances reales de una estrategia sanitaria que constituye la "puerta de entrada" al sistema de salud para los sectores sociales con necesidades básicas insatisfechas. La respuesta es: no. Creer lo contrario implicaría cometer un grave error al confundir el nivel ideológico con el

significado real. Recordemos que en los documentos "fundacionales", al igual que en los planes de acción, estos términos intervienen con contenidos valorativos que les han sido atribuidos y que traducen adecuadamente los principios de la política "Salud para Todos en el Año 2000" que son: "responder a las necesidades de toda la población, con espíritu de equidad y justicia social" (Op. cit. 1989: 19). En tanto que, en la práctica cotidiana donde convergen como actores sociales el Estado, a través de sus instituciones y la comunidad, estos conceptos se resignifican a partir de un contexto y de un sistema de relaciones que les confiere sentido y función reales.

### Las condiciones actuales

Con la disminución de la inversión pública en las áreas sociales básicas y en particular en la salud, decayó la calidad de los servicios y la disponibilidad de los recursos necesarios para su funcionamiento. Los principios básicos de equidad, solidaridad, eficacia y calidad conviven hoy en un modelo de desarrollo, que en el caso de los países latinoamericanos privilegia el desarrollo económico sin la contrapartida de una distribución equitativa del ingreso<sup>4</sup>. El progreso, concebido como el bienestar de la gente, pasa a depender en proporciones cada vez mayores de sus posibilidades de "autogestión", depositando en los más pobres la responsabilidad de promover estrategias para la resolución de los desequilibrios provocados por la agudización de la crisis económica y social.

En este contexto de debilitamiento de los mecanismos de compensación, necesarios como garantía de la satisfacción de las necesidades básicas, se generan cambios en la producción de los servicios sociales y en las formas de articulación con las poblaciones marginales. Los programas, que son la base de la estrategia, abandonan la concepción de integralidad centrándose en lo curativo y postergando los aspectos preventivos. Paralelamente el enfoque intersectorial sobre el que se asienta, la acción concertada entre la comunidad y el efecto de salud, pierde vigencia al desaparecer las condiciones que lo

hacen posible; en tanto que las soluciones a las necesidades crecientes quedan confinadas a los estrechos márgenes de respuesta que pueda asumir la población. En síntesis, retomando las palabras de M. Testa, la atención primaria "(...) se diseña como forma de disminuir el gasto social para salud, aunque ello introduzca fuertes ineficiencias en el funcionamiento de todo el sistema. Y agrega que su transformación en "atención primitiva de salud" se ve empeorada con la tendencia reciente a incorporar personal empírico no profesional. (Testa 1993: 163).

En efecto, el ingreso de la estrategia de atención primaria en el sistema mundial de la salud, y la posterior definición de las "metas mínimas"<sup>5</sup> para la región de las Américas, marcó el punto de partida para el desarrollo de una serie de programas que más allá de sus principios declaratorios, quedaron sujetos a los vaivenes de las políticas sociales en los respectivos países. De forma tal que en sus historias particulares encarnan una lógica política que responde al modelo vigente en la formulación de políticas públicas y una lógica de la práctica, que es el producto de la gestión de los actores, en la búsqueda de resultados a partir de un número limitado de opciones.

En nuestro país el sistema de salud público acusa, entre otros, los efectos de la descentralización **sin el apoyo de los recursos necesarios**, condiciones que lejos de potenciar las virtudes que se le atribuyen a la medida,<sup>6</sup> contribuyen aún más a deteriorar los niveles de salud de los sectores carenciados. ¿Dentro de este marco la incorporación de auxiliares sanitarios en el nivel de atención primaria, al que alude Mario Testa como fenómeno reciente, podría considerarse como un recurso de descentralización tendiente a mejorar las deficiencias del sistema de cobertura?

Para ilustrar algunas singularidades de este proceso de transformación, nos referiremos a la experiencia que se está llevando a cabo en el Area Capital-Zona IV de la Provincia de Misiones. El nivel primario de atención está integrado por tres subniveles que vinculan el medio urbano y periurbano con el

<sup>4</sup> Los datos del PNUD (1993) son elocuentes: Los porcentajes de población en situación de pobreza van del 35% al 80%, con tendencia al crecimiento. Caída del consumo por habitante en la década del 80. La pobreza afecta a sectores crecientes. Deterioro de la situación en amplios sectores de la clase media.

<sup>5</sup> Referidas a un conjunto de indicadores tales como: esperanza de vida; mortalidad infantil; servicios de vacunación; agua potable, deposición de excretas; cobertura de servicios de salud. (APS 1989)

<sup>6</sup> "(...) las políticas de descentralización se recetan como una forma de aumentar la eficiencia y la eficacia del gasto público al acercar problemas y gestión y al promover la participación ciudadana en la resolución de los mismos." (Luca de Isuani 1993, p.11)

Hospital Central de alta complejidad:

1) Servicio de Extensión de Cobertura: promueve acciones que posibiliten la participación comunitaria;

2) Servicio de Centros de Salud: responsable de la asistencia sanitaria en los consultorios externos;

3) Servicio de Medicina General: orienta y coordina acciones con los servicios internos y externos.

Los tres servicios dependen de una Subdirección, que es la encargada de dirigir la ejecución de las acciones en atención primaria.

El modelo de intervención social que orienta la programación del Servicio de Extensión de Cobertura se sustenta básicamente en tres ejes: a) participación comunitaria; b) planificación participativa y c) articulación con organismos de base territorial. Esta tarea se lleva a cabo con los equipos de salud comunitaria compuestos por agentes sanitarios, trabajadores sociales, nutricionistas, representantes de la comunidad, etc; aunque en los hechos operan conformados, básicamente, por agentes sanitarios.<sup>7</sup>

A raíz de la falta de recursos suficientes para la movilización de los equipos de salud comunitaria y frente a una demanda creciente de servicios proveniente de los barrios más carenciados de Posadas, se resuelve la apertura de "Postas de Salud".

La medida, que fue el resultado de una decisión programática, significó la inclusión de una nueva unidad operativa. Su rango, en la red de asistencia, es el de una "organización barrial que desarrolla acciones de salud", con dependencia del Centro de Salud y bajo la supervisión de los agentes sanitarios. Para su funcionamiento son dotadas de un botiquín que debe ser provisto regularmente con los siguientes elementos: algodón, gasa, tela adhesiva, alcohol, pediculicida, sales de rehidratación oral, folletos y volantes de educación sanitaria. El aprovisionamiento de estos botiquines puede variar en tipo de elementos y cantidad, de acuerdo con la disponibilidad y las necesidades de la zona.

Si bien aquéllos fueron los factores desencadenantes, es preciso señalar que el sistema organizativo de atención primaria ya venía manifestando deficiencias en su funcionamiento. Así surge

de la siguiente descripción:

"(...) El empleo de los centros periféricos se reduce al mínimo en razón de la escasa asistencia real del personal médico (concurren alrededor de una hora diaria, efectuando no más de 10 consultas); de la falta de medicamentos (los pacientes tienen que trasladarse al Hospital Central para conseguirlos) y de la falta de medios de diagnóstico (análisis, radiografías, etc.) o tratamiento (elementos para curaciones o cirugía menor). Los Periféricos carecen también de movilidad que les permita conectarse con el Hospital Central derivando los casos de urgencia. En consecuencia, la población de los barrios alejados opta muchas veces por asistir directamente al Hospital Central, que se ve desbordado de consultas". (Jaume 1991, p. 131). Se podría señalar que desde entonces el cuadro de situación ha empeorado: los consultorios externos que constituyen el primer eslabón en la cadena de atención carecen de recursos acercándose en ocasiones a situaciones de desabastecimiento; y la concurrencia al Hospital Central por parte de la población, ha dejado de ser una opción por los costos que les significa el traslado al lugar.

Las Postas de Salud están atendidas por "promotores voluntarios de salud". Estos individuos, por su perfil particular son asimilables a la categoría de "trabajadores básicos de la salud": proceden de las zonas carenciadas; reciben del equipo docente de APS la capacitación necesaria para desarrollar un conjunto de actividades curativas y de prevención estipuladas y están autorizados para el desempeño de las tareas, comprometiéndose ante la institución a brindar estos servicios en forma voluntaria (no percibiendo remuneración alguna).

### Descentralización o Desconcentración?

Se reconocen distintas acepciones para el término descentralización y a menudo es empleado como sinónimo de desconcentración. "Y en general se distingue entre descentralización política (cuando se produce la transferencia del poder a otras jurisdicciones) y descentralización administrativa (cuando esa transferencia se efectúa hacia niveles inferiores de la misma organización (aunque en este caso algunos autores lo consideran como desconcentración), (...)" (Isuani 1993:15).

Para el caso que nos ocupa, se podría decir que estamos frente a un acto de desconcentración/trans-

<sup>7</sup> Por su capacitación el agente sanitario es considerado como un "auxiliar técnico de salud con orientación social" (Fte.: Programa Orientador de APS, Zona IV)

ferencia, por cuanto sólo se ha producido la delegación de algunas funciones/responsabilidades en la figura del promotor voluntario de salud. La cesión del poder y la autoridad, como atributos de la descentralización, están ausentes. A pesar de que el trabajo de estos promotores no está sujeto a normativas de organización y formas de prestación (como una manera de fomentar la iniciativa propia), los que podrían ser elementos a tener en cuenta; en cambio está claramente establecida su relación de dependencia formal con el sistema de atención primaria. Las condiciones institucionales a las que está sujeto su trabajo se reflejan (a modo de ejemplo) en los contenidos de la supervisión, al decir: "Será hecha en terreno por los agentes sanitarios. El incumplimiento de las actividades significará el retiro de los recursos que otorga Salud Pública". (APS. Programa Orientador. Zona IV).

Aún cuando no se dispone de una evaluación global de los resultados de su desempeño, se reconocen niveles de logro diferenciales que se atribuyen a un sistema deficiente de seguimiento y control. Si bien los modelos normativos para el monitoreo de acciones son necesarios para medir los alcances, no permiten dar cuenta de las razones que inciden en esos resultados. Pero, si además estas razones aparecen vinculadas con factores sociales tales como son en este caso el surgimiento de nuevos actores y escenarios locales, se torna necesario el trabajo interdisciplinario con el concurso de las ciencias sociales. En tal sentido, los estudios micro deberán producir un conocimiento que pueda contribuir a la comprensión y explicación de lo social en la problemática de la salud. Hace falta una contrapartida que atienda todos los interrogantes que plantea una temática como la de estrategias de supervivencia y el montaje de las redes de acción, en contextos socio-económicos signados por una fuerte dinámica de segregación: reducción del ingreso real de las familias; desocupación y desabastecimiento de los servicios públicos. En los barrios marginales de la ciudad de Posadas, se observa que las unidades domésticas viven en condiciones de inseguridad económica y social. La inserción -de la mayor parte de esta población- en el mercado informal de trabajo, donde ocupan posiciones de baja calificación laboral, los constriñe a bajos niveles de consumo y los excluye en su remuneración de la fracción correspondiente al salario indirecto. Una parte de los recursos que son esenciales para la subsistencia y que las unidades

domésticas no pueden adquirir mediante erogaciones monetarias los obtienen a partir de su incorporación en circuitos de intercambio y circulación de valores de uso y servicios a través de dos vías: un sistema informal de ayuda mutua y un sistema institucional de acción social y asistencia. Las principales fuentes de socialización institucional de los recursos son:

1) las instituciones públicas, mediante la implementación de programas que responden a los lineamientos de la política social para los sectores carenciados;

2) las órdenes religiosas mediante la concentración y redistribución de recursos a través de sus propios canales de circulación;

3) las organizaciones de base político-partidaria mediante la distribución de algunos pocos bienes y servicios, aunque de manera intermitente y;

4) las organizaciones de base territorial que eventualmente centralizan o administran recursos propios.

De esta manera, el grupo doméstico a partir de su condición socioeconómica, de su filiación política y/o de su adscripción religiosa, capta algunos recursos mediante el establecimiento de relaciones interpersonales. En el marco de este escenario, la aparición de la Posta de Salud - concebida como una "organización barrial" - constituye un componente nuevo que se incorpora al entramado de relaciones preexistentes.

Desde esta perspectiva se requiere entonces identificar, analizar y comparar los agentes sociales y sus interacciones, partiendo de una concepción de comunidad "como un conjunto heterogéneo en cuyo interior diversos grupos desarrollan sus propias estrategias", (Finkleievich 1993: 75), en síntesis: donde los sujetos y los actores colectivos juegan sus intereses y disputan espacios de poder, mediando en la "captura" y distribución de un recurso que es escaso: la salud.

En el horizonte del mediano y largo plazo: ¿qué incidencia podrán tener experiencias similares, en los cambios que reclama el sistema público de salud?. ¿Cuáles podrán ser sus perspectivas de desarrollo en condiciones de pobreza crítica?. El binomio descentralización-autogestión, será suficiente para resolver las carencias en salud?. Las respuestas a estos interrogantes nos permitirán evaluar la distancia que nos separa del progreso concebido como el bienestar de la población. Pero sólo la decisión política hará posible que medidas puntuales que hoy son de carác-

ter paliativo se integren en un proyecto, abarcativo de todos los sectores de desarrollo; lo que supone la reorientación del papel del Estado en la gestión social.

## Bibliografía

**Beccaria Luis-Carciofi Ricardo**

1993 *Políticas públicas en la provisión y financiamiento de los servicios sociales. Aportes para una agenda de los años noventa*. En: Minujin Alberto (editor). "Desigualdad y exclusión. Desafíos para la política social en la Argentina de fin de siglo". Buenos Aires. UNICEF. Losada.

**APS**

s/f *Documentos Programa Orientador de APS, Zona IV*. Misiones, Posadas.

**Finquielevich Susana**

1993 *Estrategias de supervivencia en las ciudades latinoamericanas*. En: "Pobreza: un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial". México. FCE, CLAD, PNUD.

**Isuani Beatriz de Luca de**

1993 *La salud hospitalaria en los tiempos del cólera*. Bs.As. CEAL.

**Jaume Fernando G.**

1991 *Conformación histórica de una sociedad regional. Urbanización, economía informal y marginalidad en la Provincia de Misiones*. Tesis de Maestría FLACSO. Bs As.

**Kliksberg Bernardo (compilador).**

1993 *Pobreza: un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial*. México. FCE, CLAD, PNUD.

**Kroeger Axel y Luna Ronaldo (comp).**

1989 *Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos*. México. OPS.

**Roemer, Milton I.**

1980 *Perspectiva Mundial de los sistemas de salud*. México. Siglo XXI Editores.

**Testa, Mario**

1993 *Pensar en Salud*. Bs.As. Lugar Editorial.

**Zumbado, Fernando**

1993 *Prefacio*. En: "Pobreza: un tema impostergable. Nuevas respuestas a nivel mundial". México. FCE, CLAD, PNUD.