

De Salud Rural a la propuesta de Alma Ata en Santiago del Estero. El lazo político como estrategia para las gestiones en salud

Romina Andrea Cordero
(ILFyA-INDES-FHCSyS-UNSE)
romiperversi@yahoo.com.ar

Eje 4: Estado Ciudadanía y Salud

El trabajo presenta, sucintamente, los principales planteos realizados en la tesis de maestría que lleva por título: Atención Primaria de la Salud (APS) en Santiago del Estero: Estrategias y anclaje en el primer nivel de atención del subsector público de salud 1980-2005, para el sub-periodo: De salud Rural a la propuesta de Alma Ata 1980-1993. La investigación bucea en los antecedentes lejanos de la APS postulando que desde 1978 su discurso se instaló como una ideología totalizante, escindida de las experiencias regionales y locales que la hicieron posible, para desde allí operar sobre los países en desarrollo como una cuasi-receta que debía ser aplicada para asegurar acciones de salud exitosas. En Argentina APS fue adoptada por el Sistema de Salud Nacional como estrategia rectora y se encuentra incorporada al discurso de los técnicos del sector. No obstante en las provincias persisten las dificultades para organizar los sistemas de salud desde sus normativas, producto de las múltiples situaciones que enfrentan los equipos de salud en el espacio institucional y comunitario. Por lo tanto, para avanzar en la comprensión de las estrategias desarrolladas desde APS en Santiago del Estero fue necesario superar la mirada jurídico normativa, y concentrarnos en reconstruir momentos de la historia de la APS provincial en el primer nivel de atención del subsector público de salud. Trabajamos lo sucedido en las unidades de atención primaria (UPAS) de las ciudades Capital y La Banda. Siguiendo a Pozzio (2010) al recuperar las interpretaciones respecto de la APS y la salud en un grupo de agentes, accedimos a las lógicas y situaciones que la hicieron y hacen posible.

Guiaron el trabajo de campo y la revisión documental las técnicas de investigación cualitativa y las siguientes preguntas: ¿cómo se constituyó y desarrolló la APS en el 1° nivel de atención? y ¿Qué estrategias y recursos de poder se pusieron en disputa durante el periodo estudiado? A partir de las fuentes consultadas accedimos a las condiciones de trabajo, las características de la infraestructura disponible y las estrategias de organización del sector de salud provincial en general y del 1° nivel en particular. Los hallazgos para el primer sub-periodo nos llevaron a pensar que la vitalidad del lazo político- institucional, entre trabajadores de la salud y representantes del sector político partidario santiagueño resultó una estrategia para concretar objetivos personales y colectivos dentro del sector.

El concepto de estrategias desarrollado por De Certeau (1986) resultó de utilidad para pensarlos modos de hacer y pensar de los sujetos o grupos en el sector de salud. Y en relación a estos mapear las vinculaciones que establecen, en la medida en que nos permite dar cuenta de cómo circula y preservan cuotas de poder. Entendemos que se trata de relaciones que ocurren en el espacio intra-institucionales cuando los que se relacionan son los trabajadores del sector y los que allí demandan atención, y extra-institucionales cuando las interrelaciones se dan con la comunidad, sus organizaciones intermedias y los individuos en forma particular. En consecuencia, para superar las tensiones emergentes es necesario el desarrollo de estrategias que permitan articular los saberes, expectativas e intereses en diferentes espacios y entre diferentes sujetos. El concepto de estrategia también sirvió para problematizar la organización de la estructura sanitaria, entendiendo que se trata de un escenario en el que diversos sujetos, cultura y visión del mundo intervienen configurando y reconfigurándolo, cuando hacen uso de los recursos de poder.

Como señala Saltalamacchia (2005a) el poder no alude sólo a relaciones de subordinación y/o insubordinación, sino que da cuenta del juego de fluencias recíprocas entre identidades que conforman una sociabilidad o un sistema social complejo: poder es poder hacer (para lo que se requieren ciertos recursos) y su efecto puede ser construir o destruir, subordinar o liberar, etc. Con esa idea, avanzamos hacia una

caracterización de los ‘recursos específicos’ a los que cada parte pudo recurrir para producir fluencias (confluencias, influencias o conflictos), en sus relaciones con las otras. Entendiendo que las partes buscarían evitar el conflicto, toda vez que les fuese posible, recurriendo a negociaciones y regulaciones que permitieran asegurar la coparticipación en una misma identidad institucional. En este sentido resulta fundamental atender a las relaciones de simpatía, compromiso, amor, afinidad, alianzas, etc., que generen algún tipo de influencia o confluencia.

Santiago del Estero forma parte del territorio argentino, limita al norte con las provincias del Chaco y Salta, al sur con la de Córdoba, al este con las de Chaco y Santa Fe y al oeste con Tucumán y Catamarca. Tiene una superficie de 136.351 km² y, hasta el Censo de 2001, 804.457 habitantes. La densidad de habitantes por Km² es baja con 4,9 puntos, y el 61% corresponde a población urbana. El índice de ruralidad provincial es de los más elevados del país con un 33,9% (272.852 hab.), de la cual el 76% es población dispersa (Canevari, 2012). La mayoría de la población rural se caracteriza por: su historia indígena -en reciente proceso de reconocimiento-; el uso del quichua y la precariedad de la tenencia de la tierra de sus habitantes -que es un problema frente al avance de la frontera agropecuaria-. Los datos estructurales indican que: Santiago presenta alta dispersión de los hogares en la geografía territorial y, en relación a la población un alto porcentaje de analfabetismo, ruralidad, y presencia de bilingüismo. Condiciones aumentan la complejidad en la aplicación de políticas públicas de alcance territorial. Los indicadores epidemiológicos evidencian una situación de marginación y pobreza de gran parte de la población, con un perfil epidemiológico, característico de las provincias pobres, con alta prevalencia de enfermedades infectocontagiosas con valores por encima de la media del resto del país. En lo relativo a la mortalidad materno-infantil el sub-registro histórico dificulta las valoraciones comparativas sobre el tema, por el contrario, sobre las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, la provincia cuenta con tasas de mortalidad bajas (Demetrio, 2007). Los datos del Censo Nacional también advierten sobre la importancia e impacto de las actividades y servicios del Sistema de Salud público santiagueño ya que hasta el 2001, solo el 36.33% (292.310 habitantes) de la población tenía obra social o plan de salud privado y el 63.7% (512.147 habitantes) restante dependía del servicio brindado por el subsector público.

Ahora bien, si consideramos la historia lejana de las formas de atención, cura de dolencias y, tratamiento de enfermedades en la provincia, es posible decir que en el territorio existió un conocimiento y manejo de hierbas y prácticas curativas mucho antes de la llegada de los conquistadores. No obstante, para finales del siglo XIX se realizaron los primeros esfuerzos por institucionalizar el ejercicio de la medicina científica en el territorio. En 1880 y por decreto del Gobernador Pedro Gallo se creó el Consejo de Higiene Pública organizado a partir de una estructura tradicional, que modificaría algunas funciones en 1904. Superados los 50 años de su creación el Consejo quedó atrás, y en 1951 dio paso, durante el gobierno de Juárez, a la Dirección General de Sanidad. En esa misma época fue creada la Comisión de Ayuda Social de la Provincia que colaboró en las acciones de la Fundación Eva Perón realizando tareas de asistencia social y protección a los desamparados.

Durante la época y como una forma de apoyar las acciones realizadas el gobernador transfirió varios terrenos para la construcción de hospitales, viviendas, hogares y salas de primeros auxilios. En 1958 durante el gobierno de Eduardo Miguel, la Dirección General de Sanidad alcanzó el rango de Ministerio de Salud Pública y tuvo como Primer Ministro de Salud al Dr. Chazarreta, sucedido por el Dr. Jozami. El Ministerio realizó avances significativos pero no logró resolver problemas centrales en materia sanitaria, situación que, en parte, puede explicarse por lo que Salas (2012) llama avatares de la política local. Se trató de vaivenes políticos que por diez años impactaron obstaculizando el funcionamiento de las instituciones públicas. En 1968 el Ministerio de Salud descendió a la categoría de Subsecretaría de Salud y pasó a depender del Ministerio de Bienestar Social, un tiempo después, y luego de varias reorganizaciones ministeriales que llegaron de la mano de recortes presupuestarios, obtuvo la jerarquía ministerial y pasó a denominarse Ministerio de Salud y Acción Social.

A inicios de los 70’ Argentina contaba con experiencias territoriales que antecieron en el nivel provincial como Nacional lo plasmado en la Conferencia de Alma Ata del 78. La llegada de la década del 80, y la vuelta de la democracia en el 83’, trae la oportunidad de recuperar las experiencias territoriales que se iniciaron en el marco del Plan de Salud rural de mediados de los 60’, entre los que se destacan:

Programa de Salud Rural de Jujuy en 1966, Programa Asistido de Salud Rural de Catamarca en 1968, Programa Regionalizado de Salud de Neuquén en 1970, Programa Regionalizado de Salud de Santiago del Estero en 1972 y, el Plan de Salud Salteño de Salta en 1983.

En el contexto provincial las acciones de salud pivotaron entre la riqueza de las experiencias pasadas y los condicionamientos interpuestos por el poder político de turno. Torales (2012) señala que la capacidad de ciertos trabajadores de la salud para establecer relaciones con el poder político operó estratégicamente en la ejecución de actividades sanitarias, la introducción de innovación tecnológica o la provisión al sector de personal para áreas esenciales, sobre el tema resulta revelador lo sucedido con la implementación del servicio de terapia intensiva en 1974. No menos importantes, son sus referencias respecto de cómo los intereses de ciertos grupos se convirtieron en barreras institucionales y comunitarias que todavía resultan difíciles de superar. Con la segunda gobernación de Juárez (1973-1976) cobró protagonismo la figura de su mujer Marina Aragonés -Nina-, a cargo del área de acción social. Desde allí consolidó una red de relaciones materializada en un grupo de mujeres, conocidas como 'quijotes con falda', que se ubicaban en la administración pública. La situación hizo que la atención de las demandas sociales y de los problemas institucionales cobrara una orientación personalista. Salas (2012) señala que las acciones de gobierno buscaron resolver aspectos cotidianos, como la atención primaria de la salud y la vivienda, a través de la familia, extendiendo la cobertura de la obra social provincial, y otorgando a las madres solteras sin empleo un subsidio mensual y la prioridad de acceder a viviendas. Pero la memoria de una médica rural de la época advierte que en terreno se hacía APS como APS debía ser, se trabajaba con el cura, con la comunidad, con la escuela, con el agente sanitario. El médico organizaba y se salía a terreno. Pero con la vuelta de Juárez todo cambio. Los intereses eran otros.

Para Santiago del Estero, considerar la importancia del personalismo político en las relaciones de intercambio de los gobiernos juaristas es clave, porque esa condición posicionó al gobernador como el centro distribuidor de bienes en la provincia, a la vez que le otorgó el manejo de las finanzas públicas para el funcionamiento de la economía y el mercado laboral (Vommaro en Silveti, 2009). También es clave el hecho de que la aparente falta de resistencia a las decisiones tomadas por el Ejecutivo provincial era el resultado de una construcción progresiva del dominio del titular del Ejecutivo, que hizo de "lo republicano" un mero andamiaje literario. Esas prácticas permitieron al gobernador elegir a los integrantes del Poder Judicial, disciplinar al Poder Legislativo y asegurar la subordinación de empleados públicos en distintos escalafones de la burocracia, a través del modo de contratación, la cooptación de gremialistas etc., (Silveti, 2009).

En 1988, a finales del tercer mandato de Juárez la Secretaría Técnica de Estadísticas del Ministerio de Salud provincial- por pedido de la OPS y en el marco del proyecto de profesionalización de las enfermeras provinciales- realizó un diagnóstico institucional que miraba la desinversión y postergación histórica del sector sanitario. En una provincia postergada, con grandes asentamientos de población cercanos a las márgenes del río, con familias que habitaban hacinadas en ranchos, viviendas precarias o inquilinatos. Con servicio de agua potable limitados a los departamentos de Capital y Banda, donde pocos tenían desagües cloacales. La condición propiciaba la contaminación de acuíferos ya que un importante sector de la comunidad desconocía la forma apropiada para construir letrinas y pozos ciegos. Otros indicadores del atraso eran la falta de caminos y mercados de consumo para colocar la producción local. La población obtenía respuestas por la vía política y de la mano del asistencialismo. El informe también indica que entre los trabajadores de la salud persistía una tendencia a considerar la tradición y actitud conservadora de los habitantes rurales como un impedimento para introducir modificaciones en las conductas cotidianas. Las creencias y prácticas rituales eran vividas como una realidad que, en ocasiones, obstaculizaban las prácticas. A ello se sumaban las nuevas costumbres que trasladaban los jóvenes migrantes al regresar a sus hogares.

Otros aspectos significativos para mirar el sub-periodo nos lleva a poner el foco en las características de la infraestructura entre 1986-1990, la disponibilidad de los trabajadores para el área y la organización del sector. En relación a la infraestructura, en la década del 80' el sector disponía de 42 establecimientos con internación, mientras que en los 90' registró 41, si bien no se dieron diferencias significativas, observamos que si las hubo en relación a los establecimientos sin internación. En los 80' disponía de 299

establecimientos sin internación y, en los 90' registró 223. El número de camas en los 80' fue de 1654 camas y mientras que en los 90' solo de 1430. Localmente, no disponemos de datos que permitan hacer una interpretación respecto de las causas de esas disminuciones. Pero consideramos que las políticas del Estado Nacional en los 90', con acciones que buscaron la descentralización administrativa de los organismos públicos, el traspaso de los hospitales públicos a la administración provincial y, todo sin considerar la capacidad técnico-administrativa, ni el impacto de esas acciones en el presupuesto provincial, pueden ser parte de la explicación para entender el achicamiento de la infraestructura. En relación la situación de los trabajadores las lecturas siguieron los hallazgos sobre 4 dimensiones: tipo de vinculación con el Estado, modalidades de ingreso al sector sanitario, posibilidades de actualización y/o reajuste de conocimientos y, distribución geográfica. El diagnóstico del 88' indica que se disponían de 801 cargos médicos de los cuales el 86% se concentraban en los principales establecimientos médicos, y el 14 % restante en centros periféricos. Las enfermeras se distribuían, 1a enfermera cada 508 personas. Sin duda, el escaso personal y su mala distribución profundizaban los problemas de accesibilidad. No obstante, el acceso a la atención también puede explicarse por las dificultades de accesibilidad geográfica de la población que habitaba en sectores fronterizos. Mientras que en la zona metropolitana de Capital y La Banda se daba una concentración de la demanda de atención como consecuencia de la mayor densidad de población y la presencia de los centros de salud de mayor complejidad en un espacio geográfico menor. A finales de los 80' la provincia organizó la operatividad de los centros de salud a partir de 6 zonas sanitarias, además del área metropolitana de Capital y La Banda. Pero ninguna de esas zonas alcanzó el número mínimo de camas recomendado por la OPS para América Latina. En el año 1993 se ampliaron las zonas sanitarias de 6 a 12, aunque persistieron las dificultades porque la organización no respondía a un criterio zonal, situación que tampoco permitió un sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, la red de atención inter-hospitalaria, ni el funcionamiento de una red apoyada en el criterio de complejidad creciente.

Si bien el espíritu de época invitaba a planificar y ejecutar acciones orientadas a la integración y articulación de saberes, esto no fue suficiente para generar rupturas epistemológicas que llevaran a producir un conocimiento diferente sobre el estado de salud-enfermedad de la población. El sistema de salud debió enfrentar más que barreras socio-culturales, entre sus desafíos estaba superar una formación médica ortodoxa que dejaba por fuera los saberes locales así como la voz de los trabajadores que no tenían formación en el campo de la salud. Otras limitaciones se asociaban con la estructura organizacional deficitaria, que dio como resultado un proceso de institucionalización del sub-registro, dificultando la planificación de acciones dirigidas a la población y el análisis de la evolución de la infraestructura y de los trabajadores del sector.

Palabras clave: Sector sanitario santiagueño-gestión- lazo político

Bibliografía

- Canevari Bledel, Cecilia (2011): *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. 1° ed.- Santiago del Estero: Barco Edita; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud- UNSE.
- Castiglione, Antonio. V (2010): *Historia de Santiago del Estero* (Bicentenario 1810/2010) 1° edición.
- De Certeau, Michel ([1990] 2000): *La invención de lo Cotidiano. 1 Artes de hacer*. Universidad Iberoamericana. Prol. Paseo de la Reforma 880. Col. Lomas de Santa Fe. Impreso en México D.F.
- Demetrio, Mateo M [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.
- Di Liscia, María S (2010): "Instituciones 'portátiles'. La sanidad pública en los Territorios Nacionales (1880-1910)". Bohoslavsky, E & Soprano, G (comp.) *En Un Estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en Argentina (desde 1880 a la actualidad)*. (359-385) Buenos Aires: Prometeo Libros.

- Di Lullo, Orestes ([1929,1935, 2000], 2010): "La Medicina popular en Santiago del Estero. La Alimentación popular en Santiago del Estero". Franco Rossi casa editorial. Santiago del Estero.
- Durante, E (2007): "Capacitación de recursos humanos en Atención Primaria de la Salud: una visión desde la educación médica". MACEIRA, D (comp.) en *Atención Primaria en Salud*. 1a ed.- Buenos Aires: Paidós.
- Faberman, Judith (2010): *Magia, brujería y cultura popular. De la Colonia al Siglo XX*. 1° ed.- Buenos Aires: Sudamericana.
- Fernández, J (1909) *Mortalidad General. Enfermedades Infecto-contagiosas y Paludismo en la Ciudad de Santiago del Estero (1890-1908)*. Buenos Aires. Compañía Sud-Americana de Billetes de Banco.
- Oddo, Vicente ([1978, 1981]1999): *Historia de la Medicina en Santiago del Estero. Su evolución conjunta al desarrollo científico-técnico-cultural local, desde mediados del siglo XVI hasta promediar el siglo XX*. Editorial El Liberal S.R.L.
- Pozzio, M (2010): "De soldados a espías: resignificaciones y conflictos en torno de la definición de APS en la implementación de políticas públicas". En Boholavsky, & G. Soprano, Un estado con rostro humano. Funcionarios e instituciones estatales en la Argentina. Buenos Aires: Prometeo - Universidad de General Sarmiento.
- Salas, Norma (2002): Carlos Juárez. Poder, Política y Clientela en Santiago del Estero a fines del siglo XX. Tesis de Maestría.
- Saltalamacchia, Homero (2005a): *Del proyecto al análisis: aportes a una investigación cualitativa socialmente útil*.- 1ª ed.- Buenos Aires: el autor.
- Silveti, Marisa; Saltalamacchia, Homero (2009): "Movilización popular y régimen político en Santiago del Estero". En Silveti, M [comp.] (2009) *El protector Ilustre y su régimen: redes políticas y protesta en el ocaso del juarismo*- 1° ed. SECyT. UNSE. Pág. 129-180.
- Sistema de Salud (1988). Diagnóstico Sanitario.
- 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.-
- Vommaro, Gabriel (2009): "Redes políticas y redes territoriales en la construcción del posjuarismo" en Silveti, M [comp.] (2009) *El protector Ilustre y su régimen: redes políticas y protesta en el ocaso del juarismo*- 1° ed. SECyT. UNSE. Pág. 89-128.