

Artículos seleccionados

Repensando el primer nivel de atención del conurbano bonaerense en tiempos de pandemia

**Carlos Jiménez^a, Ana Ariovich^b,
María Crojethovic^c y Tomás Baliña^d**

Fecha de recepción: 20 de agosto de 2021
Fecha de aceptación: 22 de octubre de 2021
Correspondencia a: Carlos Jiménez
Correo electrónico: cjimenez@campus.ungs.edu.ar

- a. Magister en Salud Pública. Universidad Nacional de General Sarmiento, Instituto del Conurbano. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales.
- b. Magister Sociología Económica. Universidad Nacional de General Sarmiento, Instituto del Conurbano. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales.
- c. Doctora en Ciencias Sociales. Universidad Nacional de General Sarmiento, Instituto del Conurbano. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales.
- d. Doctor en Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Hurlingham.

Resumen:

Estas notas surgen con el ánimo de realizar una breve reflexión sobre lo sucedido en el primer nivel de atención durante el año 2020, a partir de la emergencia sanitaria y la implementación del ASPO. Las mismas, retoman los resultados de dos relevamientos a referentes de salud en los barrios populares del conurbano bonaerense y dialogan con un informante clave del ámbito de la gestión de la salud en la Provincia de Buenos Aires, a fin de revisar algunas cuestiones relevantes sobre la atención primaria en ese contexto. A la vez, proponen tópicos para considerar en un escenario cercano de continuidad o de post-pandemia.

En esta charla trascienden diversos retos impuestos por la pandemia. Éstos han discurrido entre las viejas problemáticas, enmarcadas en discusiones históricas, y los nuevos desafíos para trabajar en la actualidad; los que deben ser atendidos para no regresar a la coyuntura previa a la emergencia sanitaria. Aparecen, entonces, algunos puntos que ponen de relieve cuestiones como la articulación y coordinación del primer nivel, el abordaje de la atención y su jerarquización dentro del sector.

Palabras clave: Aislamiento Social Preventivo Obligatorio - Atención Primaria de la Salud, Conurbano Bonaerense .

Summary

These notes arise with the purpose of making a brief reflection on what happened in primary health care during 2020, from the health emergency and the implementation of the ASPO. They take up the results of two surveys of health referents in the popular neighborhoods of the Buenos Aires suburbs and dialogue with a management expert in public health services, in order to review some key questions about primary care in this context. At the same time, they propose topics to consider in a near continuity or post-pandemic scenario.

In this talk, various challenges imposed by the pandemic emerge. These have run between the old problems, framed in historical discussions, and the new challenges to work today; those that must be taken care of so as not to return to the situation prior to the health emergency. Then, some points appear that highlight issues such as the articulation and coordination of the primary care, the approach to care and its hierarchy within the sector.

Key words: Lockout, Primary Health Care, Buenos Aires urban agglomeration.

Introducción

El conurbano bonaerense presenta una desigualdad territorial ampliamente expresada en diversas investigaciones. La historia de los 24 partidos que lo conforman, las condiciones de vida de la población y las diferentes capacidades de los municipios son algunos de los elementos que configuran las heterogeneidades del mismo (Chiara y Moro, 2005). En este contexto, las medidas oficiales difundidas para evitar el contagio de COVID 19, fueron posibles de cumplir sólo en determinados territorios: básicamente en los barrios en que las personas/familias tienen una casa, agua corriente, e ingresos estables. Pero las estrategias cotidianas de reproducción de los sectores populares y/o vulnerables, desde hace años se anclan en el territorio y se desarrollan de manera colectiva -búsqueda de trabajo, changas, ollas populares, cuidados de menores y adultos/as etc.-, (Merklen, 2000), lo que ha imposibilitado el cumplimiento del aislamiento y la cuarentena tal como fuera previsto por las autoridades. La desmejora de las condiciones de vida de estos sectores se fueron incrementando acorde pasaron los días, y el “quedate en casa” se fue transformando para muchos/muchas en “quedate en el barrio”¹. Muy rápidamente, los grandes problemas se evidenciaron dentro del Conurbano Bonaerense (Carmona, 2021). La dificultad en el acceso a la atención en salud también fue concebida como un problema que se fue agravando conforme avanzaron los días. En un primer momento, la reorganización del primer nivel de atención fue significada como una suspensión de los servicios de rutina y por lo tanto del control del niño sano, del cumplimiento de sus calendarios de vacunación, del seguimiento de los embarazos y del control y acceso a medicación para las enfermedades o condiciones crónicas. A la vez, se hicieron sentir las preocupaciones por el aumento de la violencia de género, por consumos de sustancias psicoactivas en el aislamiento, por los trastornos de ansiedad y situaciones relacionadas a la salud mental que fueron apareciendo en la población en general (Maceira et

al, 2020). En este contexto, la pandemia del COVID-19 fue un catalizador que profundizó los déficits estructurales de los sistemas sanitarios (Chiara y Moro, 2011). Durante la pandemia, las heterogeneidades previamente evidenciadas al interior del Conurbano se tradujeron en respuestas dispares en relación a la atención de la salud: cada centro se organizó según su forma edilicia, ya que son muy variables en su fisonomía; la mayoría de los centros sostuvieron la atención de prácticas esenciales, aunque con diversas restricciones en las especialidades médicas; y se observaron variadas formas de organización frente a la atención de casos sospechosos. Algunos municipios desplegaron estrategias de intervención territorial en los barrios más vulnerables del partido, orientadas fundamentalmente a prevenir los contagios por COVID-19; en otros, por ejemplo las ollas populares y los merenderos se convirtieron en espacios de oportunidad para mantener la articulación con el territorio -los propios equipos de salud (enfermeras, médicos y trabajadores sociales) decidieron trasladarse allí para relevar necesidades sanitarias de la población y controlar pautas de alarma- (Ariovich, Crojethovic y Jiménez, 2021).

Estas notas surgen con el ánimo de realizar una breve reflexión sobre lo sucedido en el primer nivel de atención durante el año 2020, a partir de la emergencia sanitaria y la implementación del ASPO. Las mismas, ponen en diálogo los resultados de dos relevamientos realizados a referentes de salud en los barrios populares del conurbano bonaerense (en abril y julio de ese año)² con la mirada de un informante clave del Programa de Fortalecimiento e Integración de Redes en la Provincia de Buenos Aires (PROFIR). Este programa tiene por objetivo mejorar la accesibilidad, cobertura efectiva, capacidad y calidad prestacional de los servicios públicos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención bonaerense³. Específicamente, se revisan algunas cuestiones claves que habiliten a pensar el desarrollo de la atención del primer nivel en el mencionado contexto. A

1. ¿Cómo se está viviendo la cuarentena en La Matanza?. Síntesis Clave. Boletín informativo, UNLaM, abril 2020.

2. Se trata de dos relevamientos que buscaron indagar sobre el papel que han cumplido las instituciones del primer nivel en el acceso a la atención primaria de la salud dentro del contexto del ASPO. Con tal propósito, se consultó a médicos/cas, psicólogos/cas, enfermeros/ras, trabajadores/ras sociales y promotores/ras de salud que se insertan en dispositivos del primer nivel de atención (donde se desarrollan prácticas de APS) u organizaciones sociales vinculadas con la salud de las familias en la escala barrial. Los resultados fueron publicados en: I- Maceira, V., Ariovich, A., Crojethovic, M., Jiménez, C. y Fournier, M. (2020). El Conurbano en la cuarentena: Condiciones de vida y estrategias de los hogares. “Prevención y monitoreo del COVID-19 en municipios del Conurbano Bonaerense desde una perspectiva multidimensional”. Proyecto de investigación apoyado por la Agencia I+D+i. Universidad Nacional General Sarmiento; II- Ariovich, A., Crojethovic, M. y Jiménez, C. (2021). Aislamiento y atención no COVID-19 en el primer nivel en la Región Sanitaria V. En R. Carmona, (comp.) El conurbano bonaerense en pandemia: alcances y desafíos desde una perspectiva multidimensional. Editorial de la Universidad Nacional de General Sarmiento.

3. En: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-bid-otorgara-usd-250-millones-para-mejorar-la-integracion-urbana-y-las-redes-de-salud-en>

la vez, se propone en un registro cercano -ya sea de continuidad de la pandemia o de post-pandemia- tomarlas en consideración.

De esta charla han surgido algunas observaciones sobre la gestión acerca de las problemáticas estructurales visibilizadas por la pandemia. Este escenario, en su intento por combatir la Covid-19, ha impuesto diversos retos que han discurrido entre las viejas problemáticas -como ser la falta de coordinación y articulación de políticas sanitarias (Cetrángolo, 2014), problemas de financiamiento (Chiara et al. 2010; Cetrángolo y Goldschmit, 2018) y el lugar que se le ha dado a la Atención Primaria de la Salud (APS) (Arce, 2010)- y los nuevos desafíos para trabajar en la actualidad; los que se deben atender si no se quiere regresar al punto de partida (previo a la pandemia). Aquí aparecen entonces, algunos puntos que ponen de relieve cuestiones como la articulación y coordinación del primer nivel de atención, el abordaje de la atención, y su jerarquización dentro del sector.

Los desafíos de gestionar el primer nivel

La coordinación y articulación

La escasa coordinación y articulación del primer nivel con actores del territorio, aparece como un tema estructural que se ha ido visibilizando históricamente (Cetrángolo 2014; Rovere, 2012; Freidin et al., 2019); situación que en el conurbano bonaerense se ha visto agravada por la pandemia. Esta falta de coordinación y articulación fue más pronunciada en algunos barrios, donde los problemas previos al ASPO se agudizaron, y fueron las redes comunales o de vecinos las que dieron ciertas respuestas (aunque muchas otras redes sociales se rompieron debido al aislamiento). En cambio, en otros barrios hubo un tejido social más fuerte con los equipos del primer nivel, el vínculo fue central para el abordaje y resolución de la atención que se brindó en el transcurso de la pandemia. No en todas las temáticas, pero por sobre todo en cuestiones vinculadas a la IVE, ILE, o como con los casos de violencia de género(s), la sensibilidad de los equipos de primer nivel tuvo un rol importante. Se debe tener en cuenta que el papel que juegan estos equipos de salud, es clave en la trama de relaciones y responsabilidades de la atención del primer nivel en el territorio.

“Es inherente al trabajo del primer nivel de atención la articulación con los actores de organizaciones, de ins-

tituciones, de escuelas, de iglesias. Digamos, esa articulación, ese tejido en el barrio es lo que permite generar acceso y continuidad de cuidado ante un montón de situaciones. Y en la pandemia, donde un montón de esas redes se había roto, era... sigue siendo imprescindible poder sostenerlas y darles vida o darles fluidez a las situaciones que se canalizan a través de esas instituciones y esas redes. Me parece que no hay ninguna duda que en buena medida la eficacia del primer nivel de atención tiene que ver con eso que logran tejer.”

Sin embargo, esta escasa articulación del primer nivel con el barrio se vio contrarrestada por el fortalecimiento de las intervenciones provinciales y nacionales en articulación con los municipios, las cuales se dieron en el territorio mediante diferentes institucionalidades públicas que facilitaron la resolución de problemáticas urgentes y complejas. Además, se debe resaltar que las “regiones sanitarias tuvieron un papel más activo” del que solían tener antes de la pandemia, cumplieron un rol más importante en la articulación con los hospitales y con los municipios, el ministerio les dio también un lugar más activo, con matices, dependiendo de la región, y de su director/ra, lo que fue visto como un crecimiento para estas regiones.

Financiamiento

La pandemia ha puesto de relieve una cuestión estructural, la misma tiene que ver con el financiamiento y con el presupuesto que se le asigna al sector de la salud. La vieja discusión acerca de si se debe incrementar el financiamiento o se debe organizar/articular mejor al sistema (Molina et. al., 2000, Cetrángolo 2014, Cetrángolo y Goldschmit, 2018), ha crujió con la crisis sanitaria. Es cierto que se pueden adoptar modelos de gestión más eficientes o más eficaces, pero si no hay inversión en cantidad de trabajadores/as, en estructuras edilicias, etc. no es posible dar una respuesta adecuada al problema. El resultado que se obtiene es un sistema de salud muy vulnerable frente a cualquier contingencia. Desde luego, entrando en los modelos de gestión y atención, se podría priorizar con mayor eficacia qué cuestiones sostener y cómo sostenerlas. En una situación de pandemia es entendible que no se pueda realizar todo, pero en ese caso habría que elegir, qué priorizar/sostener y cómo; eso además debe venir acompañado de la inversión que la situación requiere. Se debe reconocer que hubo intentos de definir algunas cuestiones por parte del Ministerio de Salud de Nación y de la Provincia, en relación a las prácticas esenciales, pero en algunos casos se ha logrado y en otros no.

“Ahí hay una cuestión que es sin dudas estructural, tiene que ver con el financiamiento, con el presupuesto, un sistema de salud que estaba atado así con alambres o... es muy frágil, muy vulnerable a una contingencia. Eso no hay duda. Por más que podamos tener modelos de gestión más eficientes o eficaces, si no hay inversión en cantidad de trabajadores, en estructuras edilicias, etcétera, imposible dar una respuesta lo suficientemente adecuada”.

Algunas notas y apuntes

Este análisis de situación acerca de la articulación, la coordinación y el financiamiento, nos invita a pensar desde una perspectiva de la gestión local en salud, sobre los principales desafíos inmediatos o urgentes, pero también sobre aquellos que forman parte de transformaciones más amplias visibilizadas por la pandemia, los cuales también deben ser considerados.

En este sentido, la construcción de nuevas redes durante la emergencia sanitaria ha resultado fundamental para sostener el trabajo hecho en el territorio. Pensar en esta clave y además incorporar aquellas que existían previamente a la pandemia, fortalecería el abordaje territorial. Por otra parte, sin ir en desmedro de todo el esfuerzo realizado frente a esta situación sanitaria inusitada, se debe reconocer que la cuestión del financiamiento y el lugar que ha ocupado históricamente el sector salud (con pocas excepciones), aparece como un obstáculo al pensar su reorientación. De modo que reabrir la discusión sobre el financiamiento y el presupuesto es un paso obligado para (re)jerarquizar al sector.

La importancia de un abordaje territorial

Contemplar las necesidades sanitarias del área programática

Una de las características de la salud en el nivel local, es que los municipios definen agendas sanitarias muy diversas desde las cuales se configuran capacidades de respuestas a la atención muy heterogéneas (Moro, 2012; Chiara, 2018)⁴. Más allá y a pesar de los lineamientos compartidos, y que vienen siendo discutidos sobre la

APS desde Alma Ata, se puede encontrar en los establecimientos del primer nivel distintos recursos, prestaciones diversas y abordajes diferentes sobre la atención de la salud.

Aunque no es una problemática exclusiva de la pandemia, en la planificación y en las dinámicas de trabajo de los equipos de salud, aún no se ha generalizado una mirada extramuros que permita contemplar las necesidades de toda la población del área programática del Centro en los procesos de atención. Al respecto, los relevamientos realizados en el Conurbano muestran dos situaciones a lo largo de la emergencia sanitaria:

- una atención limitada a resolver únicamente las urgencias, especialmente en los primeros momentos del ASPO;
- una atención más amplia, pero orientada a abordar los problemas de salud de las personas que regularmente asisten a los centros, en aquellos momentos en los que el trabajo en estos efectores tendió a regularizarse (Ariovich, Crojethovic y Jiménez, 2021).

“nosotros miramos los números, el desempeño de un efector del primer nivel de atención y vemos cómo está tratando a sus pacientes hipertensos, pero para mí un gran tema es ese centro de salud debería poder dar cuenta de cómo está la situación de los hipertensos de toda el área problemática (...) Si vos pensás en términos poblacionales, hay ciertas cosas que vos deberías dejar y empezar a hacer otras”.

La eficacia del primer nivel se relaciona con la articulación multiactoral en el territorio, y no con la lógica propia de un “policonsultorio” orientado a resolver lo que llega a la puerta del efector. En este sentido, en la atención del primer nivel es fundamental que se promueva una articulación con las organizaciones y las instituciones del territorio (Rovere, 2012), como escuelas, instituciones religiosas, sociedades de fomento, clubes u organizaciones sociales. Este vínculo tejido con otros actores del barrio, es lo que permite facilitar el acceso a la atención y la continuidad de los cuidados de la salud. “Y en la pandemia, donde un montón de esas redes se habían roto, era, sigue siendo imprescindible poder sostenerlas y darles vida o darles fluidez a las situaciones que se canalizan a través de esas instituciones y esas re-

4. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud – Alma Ata, URSS. 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud - Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.

des. Me parece que no hay ninguna duda que en buena medida la eficacia del primer nivel de atención tiene que ver con eso que logran tejer. Un primer nivel de atención no es un policlinico que resuelve lo que le llega a la puerta del consultorio (...) La pandemia me parece que hace más explícito eso, pero no lo cambia.”

La atención oportuna de la salud

Lo que se conoce como la “oportunidad de consulta” (entendida como: no perder la posibilidad de ser atendido de modo adecuado en el momento preciso), no fue priorizada en la agenda de la atención primaria durante el ASPO. Una cuestión recurrente a lo largo de la pandemia fue la suspensión de cirugías programadas en los hospitales; pero también fue frecuente la falta de controles ginecológicos, de atención de adultos/as mayores, de controles del niño/a sano/a así como discontinuidades en los consultorios de la atención de especialidades en los establecimientos del primer nivel. El derrotero de esta situación ha sido desplazar en el tiempo problemáticas que padecen las personas y que pueden complejizarse o agravarse.

“...ese chico que no tuvo contacto con el sistema de salud durante un año y medio para hacer un control de salud... es un chico que con un retraso madurativo, obviamente a los tres años, un año y medio de retraso en el diagnóstico y en las intervenciones es algo muy importante (...) hay pacientes que no pueden acceder a una cirugía programada de vesícula, y están cada un mes con un cuadro de abdomen agudo que terminan haciéndoselo, en la clínica privada que hay en el barrio...”

La cuestión de la calidad

Desde los sistemas locales de salud se ha problematizado muy bien la accesibilidad a la atención primaria (Starfield, 2002; Macinko y Almeida, 2006; Giovanella et al., 2015). Sin embargo, la calidad de las prestaciones que ofrecen estos efectores de proximidad con la población, parece ser una cuestión menos tematizada, a la vez que un desafío pendiente de la política sanitaria en el nivel municipal; cabe resaltar que no es una cuestión relativa solamente a los tiempos de pandemia.

“Entonces la cuestión de la calidad todavía no entró en la agenda de discusión del primer nivel de atención (...) profesionales súper desactualizados (...) medicamentos que se siguen usando cuya eficacia es limitada (...) hay disciplinas que deberían estar trabajando, que hoy todavía no están trabajando en el primer nivel de atención”.

Adopción de modalidades remotas

Además de las visitas domiciliarias a los/las adultos/as mayores que se atienden en los centros, una estrategia compartida por los equipos de salud para sostener los controles y el seguimiento de las personas y las familias que regularmente asisten al Centro de salud, fue la adopción de modalidades remotas que han pasado a reemplazar las prácticas presenciales. En este marco, las consultas telefónicas o vía dispositivos como el whatsapp, se institucionalizaron rápidamente a través del primer nivel casi desde los comienzos mismos de la pandemia (Ariovich, Crojethovic y Jiménez, 2021).

Si bien estas experiencias fueron muy interesantes y abren todo un campo que merece ser profundizado, debe advertirse que la telemedicina también encierra algunos riesgos vinculados a reducir la accesibilidad de algunos sectores a la atención en el primer nivel; puede generar un acceso diferencial en detrimento de aquellas personas que no dispongan de acceso a nuevas tecnologías o que no sepan utilizarlas. Paralelamente, es un campo con bastante desconocimiento tanto desde los profesionales de salud como desde los equipos de gestión.

“Que al final terminas causando una accesibilidad reversa, que quien más accede... o quien más recursos tiene, tiene más acceso... hay que tener cierta mirada... vigilancia epistémica, si se quiere, ahí, para no caer en eso”.

Algunas notas y apuntes

Las modalidades en las que se viene abordando la atención en las instituciones del primer nivel, tanto en los tiempos de la pandemia como en los previos, habilitan a pensar en la necesidad de una agenda de trabajo mucho más comprensiva. Orientada a brindar diagnósticos y respuestas sobre las necesidades y demandas de la población del área programática del centro de salud; con el propósito de acompañar los procesos de salud de un barrio con toda su complejidad, y no sólo los de aquellas personas que logran llegar y atenderse en el efector. Dimensiones como la captación de personas y de grupos específicos (como adolescentes, varones jóvenes o adultos) que no forman parte de la población que asiste al centro, la formación y la capacitación de los equipos (técnicos, profesionales y administrativos), la oferta de especialidades, el enfoque de las intervenciones de salud y los vínculos con la comunidad y sus actores, son varia-

bles que hacen a la calidad de la atención y que forman parte de las temáticas a discutir y trabajar desde la gestión local para la construcción de esa agenda.

En esta misma línea resulta fundamental, aún en tiempos de emergencia sanitaria, el reconocimiento de las problemáticas sociosanitarias que se vienen relegando, o a las que no se está llegando desde el sistema, dado que éstas representan pérdidas de oportunidad para la atención y van agravando el estado de salud de la población.

Jerarquizando el primer nivel de atención en la estructura sanitaria

La escasa participación del primer nivel

Más allá de la “desorientación” que envolvió a los equipos del primer nivel (en este caso), generada por la velocidad y el dinamismo del contexto epidemiológico, pareciera haber surgido cierta “desconfianza” por el desempeño de las instituciones de atención primaria en la pandemia. Lo que resulta llamativo ya que son éstas las que tienen una cercanía con el territorio, las que conocen a su población, las que pueden generar las respuestas adecuadas en el marco de una emergencia sanitaria tan compleja.

“El término es desconfianza respecto a la capacidad del primer nivel de atención. O incluso desconocimiento de algunas instancias de gestión o de dirección institucional respecto a la capacidad, lo que podía hacer el primer nivel de atención. Tanto es así que se han montado un montón de estructuras paralelas al sistema de salud, y en buena medida no se contó con el primer nivel de atención para llevar adelante un montón de procesos que se empezaron a encarar desde estructuras paralelas”.

Esta misma desconfianza parece tener un correlato con la “escasa participación del primer nivel de atención para trabajar en momentos de pandemia”, lo que ha dado como resultado la construcción de diversas estructuras paralelas al subsistema público de salud, perdiendo la oportunidad de fortalecer un pilar fundamental del propio subsistema público. Ejemplo de ello es la estructura de vacunación, por qué el plan de inmunización no ha pasado por el centro de salud, siendo que estos equipos del primer nivel de atención conocen de cerca a la población, inclusive podrían llegar a los domicilios para vacunar a quienes tienen movilidad reducida. Otro

ejemplo es la vigilancia epidemiológica, la misma se ha centralizado y baja al territorio de forma vertical y homogénea sin contemplar la diversidad de los problemas de salud que padecen las familias del barrio. Llama la atención que desde el comienzo de la pandemia la vigilancia se centralizó en las áreas de epidemiología de los distintos territorios. Por lo que no se ha delegado la responsabilidad sobre el seguimiento de contactos estrechos o del/la paciente en el domicilio a los equipos de salud del primer nivel (aunque hubo ciertas excepciones que sí lo hicieron, en Morón, en Avellaneda, en Tigre, no fue la generalidad de los casos).

“(…) se han montado un montón de estructuras paralelas al sistema de salud, y en buena medida no se contó con el primer nivel de atención para llevar adelante un montón de procesos que se empezaron a encarar desde estructuras paralelas. Para mí eso es una lástima, me genera cierto dolor porque me parece también una pérdida de oportunidades de fortalecer un pilar fundamental del sistema de salud”.

Es verdad que el primer nivel de atención jugó un rol importante en el abordaje territorial, con el dispositivo Detectar. Aun así, en muchos municipios, este dispositivo incorporó al territorio desde una perspectiva de control militar y homogénea (Chiara y Ariovich, 2013), trabajando puntualmente sobre los casos COVID. “Algunos centros de salud llegaron a desconocer que se estaban realizando operativos Detectar próximos a su área” (programática). Fue recurrente la llegada al barrio de los equipos del Detectar (articulados entre provincia y municipios) sin convocar a los equipos del Centro de Salud, que desde hace varios años venían trabajando con esa población, conociendo cada domicilio, familia y persona. En relación a la atención de enfermedades crónicas, control de niños/as sanos/as o personas gestantes, fue complejo definir y acordar con los equipos qué cuestiones sostener y qué cuestiones posponer. Son los equipos de salud del primer nivel quienes tienen mayor conocimiento sobre la población de referencia (Giovanna, 2015), más que los equipos de los niveles de gestión municipal, provincial o nacional. De modo que la contribución que podrían haber realizado estos equipos en dichos operativos, hubiera orientado y aproximado la atención de forma más pertinente. Por supuesto, hay y hubo excepciones, hay lugares donde sí estuvieron convocados. En relación a lo señalado, se observa que las relaciones intergubernamentales (Agranoff, 1997) funcionaron de forma adecuada ya que el municipio ha articulado bien con la Provincia. Sin embargo, hacia

adentro de la propia estructura municipal, no se ha convocado a los equipos del primer nivel de atención que trabajan en los barrios.

“No es lo mismo que te llame un trabajador de salud que trabaja en el barrio (...) que conoce las circunstancias de los recursos, del contexto, las redes, etcétera (...) no es lo mismo que te llame ese trabajador a que te llame una persona que ni siquiera sabe cómo se llama el barrio donde estás viviendo (...) las recomendaciones que puede dar alguien desde un nivel centralizado, desde un call center o desde una oficina municipal, son muy distintas a las que te puede dar un trabajador de centro de salud que te va a hacer una visita domiciliaria, que te llama y sabe dónde estás viviendo (...) Me parece que deberíamos poder elegir o precisar o explicitar con qué vamos a volver, con qué cosas sí, con qué cosas no”.

Reubicación de los equipos del primer nivel

Además de haber dejado de lado al primer nivel de atención del trabajo que se ha venido realizando con la pandemia, lo que ha sucedido en muchos municipios es que se ha convocado a los y las profesionales de la salud para cubrir otras áreas en relación a la COVID19. “Esto ha desarmado a los equipos de salud del primer nivel” y ha generado que en la mayoría de los centros se ha sostenido la atención, aunque con restricciones en ciertas especialidades por la falta de profesionales -como pediatras, fonoaudiología, odontología, nutrición, entre otros; inclusive han llegado a faltar generalistas- (Ariovich, Crojethovic y Jiménez, 2021). La merma o pérdida en muchos casos, de las diversas prácticas y trabajos que se venía realizando en el territorio, comienzan a tener consecuencias no deseadas a largo plazo: aparición de problemas asociados al no control del niño/o sano/a, de la persona gestante, de quienes padecen una enfermedad crónica no transmisible, etc., problemas que luego de uno o dos años son irreversibles, en el mejor de los casos.

“En algún caso hubo experiencias muy buenas, y en muchas otras se lo desarmó al primer nivel de atención porque se convocaron trabajadores del área de primer nivel de atención para cubrir otras áreas”.

Repliegue del territorio

El “repliegue” de los equipos de salud del primer nivel de atención, en parte se debió a la heterogénea reorganización de los servicios del primer nivel (Ariovich, Cro-

jethovic y Jiménez, 2021), que en cierto modo condujo a que los equipos de salud se recluyeran en polideportivos, centros culturales, etc. en la búsqueda de zonas limpias (Ariovich, Crojethovic y Jiménez, 2021); y en parte también por el miedo al contagio que han vivido los y las profesionales, y miedo a contagiar a sus familias, al no sentirse cuidados/as, protegidos/as. A medida que los/las expertos/as fueron conociendo un poco más acerca del virus, y que este conocimiento fue circulando entre las autoridades sanitarias correspondientes, se fue contando con capacitaciones, entrenamiento y se fueron adquiriendo insumos. Todo esto, sumado a la aparición de la vacuna, fue generando cierta confianza para que los equipos de salud pudieran retomar las actividades y trabajos en el territorio, aunque no plenamente. Si bien muchas prácticas volvieron a desarrollarse, las actividades comunitarias no se llegaron a retomar.

“Mirábamos por ejemplo con el equipo de provincia las tasas de rastreo de cáncer de cuello de útero, y me acuerdo en ese momento, fines del año pasado (...). Desde el SITAM miramos las prácticas de rastreo en toda la provincia de Buenos Aires y comparábamos un año contra el año anterior, y estábamos en el diez por ciento de las prácticas; la cantidad de prácticas de rastreo realizadas durante el año, en cuello de útero, en toda la provincia. Obviamente para quienes estábamos mirando esos números era una preocupación enorme. Pero no sé si resultaba un problema para otros. Tal vez había otros problemas que les estaban comiendo su agenda”.

Algunas notas y apuntes

Como vimos en los informes, las experiencias fueron diversas entre los municipios, entre los efectores y entre los distintos momentos de la pandemia. Sin embargo, ésta nos deja como aprendizaje el potencial del primer nivel frente a otras estructuras sanitarias, tanto para garantizar la continuidad de la atención en el barrio como para desarrollar estrategias de prevención y de seguimientos de casos. Sus equipos de salud están en el territorio, interactúan con su población y conocen las problemáticas, los contextos sociales y las dinámicas particulares del barrio.

Dar protagonismo al primer nivel de atención permitiría a futuro trabajar con información epidemiológica pero también con aquellas cuestiones vinculadas a los determinantes sociales de salud, que por lo general, adquieren los equipos del primer nivel por estar próximos

a la comunidad. De esta forma se podrá contemplar la heterogeneidad del barrio para atender a las necesidades de las familias y así ir incrementando una mirada cada vez más integral en las intervenciones sanitarias. Lo que requiere convocar desde el nivel municipal, a los equipos que trabajan en el territorio para realizar operativos que requieren conocer muy bien a la población y sus diversas demandas. En esta línea, se debe “jerarquizar el primer nivel de atención” en los procesos de atención en general, y frente a intervenciones enfocadas en la prevención. Pero esta jerarquización implica precisar, de cara al futuro, con qué prestaciones o servicios, y

poner a disposición nuevos recursos, equipos, tecnologías, etc. Esto debe ir acompañado a su vez, de una (re) jerarquización de los/las profesionales, técnicos/as y no profesionales del primer nivel.

En suma, la estructura y organización del primer nivel de atención ha mostrado el lugar que ocupa dentro del sector, y con ello su flaqueza. Por eso es necesario repensar al sistema reorganizado desde el primer nivel de atención para que le permita así, recuperar un abordaje más integral y próximo a la población, y mirar las demandas (heterogéneas) que surgen en los diversos territorios.

Bibliografía

- Agranoff, R. (1997). Las relaciones y la gestión intergubernamental. En R. Bañón y E. Carrillo. *La nueva Administración Pública*. Editorial Alianza.
- Arce H. (2010). *El Sistema de Salud: De dónde viene y hacia dónde va*. Prometeo.
- Ariovich, A., Crojethovic, M. y Jiménez, C. (2021). Aislamiento y atención no COVID-19 en el primer nivel en la Región Sanitaria V. En R. Carmona, (comp.) *El conurbano bonaerense en pandemia: alcances y desafíos desde una perspectiva multidimensional*. Editorial de la Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Cetrángolo, O. y Devoto, F. (2002). *Organización de la salud en Argentina y equidad*. Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health.
- Cetrángolo, O. (2014). *Financiamiento Fragmentado, Cobertura Desigual y Falta de Equidad en el Sistema de Salud Argentino*. Revista de Economía Política de Buenos Aires, 8, vol. 13.145-183.
- Cetrángolo, O y Goldschmit A. (2018) *Organización y Financiamiento de la Provisión Pública de la Salud en un País Federal*. El caso argentino. Serie Documentos de Trabajo del IIEP. N°24.
- Chiara, M. (2018). *La salud gobernada*. Política sanitaria en la Argentina 2001-2011. Ediciones de la Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Chiara, M., Di Virgilio, M. y Ariovich, A. (2010). *La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005)*, Salud colectiva, Buenos Aires.
- Chiara y Di Virgilio (2005). *Gestión Social y Municipios*. De los escritorios del Banco Mundial a los barrios del Gran Buenos Aires. Editorial de la Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Chiara, M., Jiménez, C. (2007). Relaciones intergubernamentales (RIGs) y política de salud en el nivel local. El caso del subsector público en el Gran Buenos Aires. CLAD.
- Chiara M., Moro J., Ariovich A., Jimenez C., Di Virgilio M. (2011). *Lo local y lo regional: tensiones y desafíos para pensar la agenda de la política sanitaria en el conurbano bonaerense*. En Chiara M. y Moro J. Salud en las metrópolis: Desafíos en el conurbano bonaerense. Prometeo/UNGS.
- Freidin, B., Ballesteros, M. (2019). *Hacer APS en un contexto de crisis: experiencias de un equipo de salud del conurbano de Buenos Aires*. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Giovanella, L., Fidelis de Almeida, P., Vega Romero, R., Oliveira, S, y Tejerina Silva, H. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *Revista Saúde em Debate*, 39 (105), 300-322.
- Maceira, V., Ariovich, A., Crojethovic, M., Jiménez, C. y Fournier, M. (2020). El Conurbano en la cuarentena: Condiciones de vida y estrategias de los hogares. "Prevención y monitoreo del COVID-19 en municipios del Conurbano Bonaerense desde una perspectiva multidimensional". Proyecto de investigación apoyado por la Agencia I+D+i. Universidad Nacional General Sarmiento.
- Macinko, J. y Almeida, C. (2006). *Validação de Metodologia de Avaliação Rápida das Características Organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Nível Local*. Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde de Brasília.
- Merklen, D. (2000). "La lógica del cazador" en Svampa, M. (ed.) Desde abajo. La transformación de las identidades sociales, Biblos, 81-119.
- Molina, R. Pinto, M., Henderson, P. y Vieira C. (2000). *Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias*. Revista Panamericana de Salud Pública, 8(1/2), 71-83.
- Moro, J. (2012). *Un abordaje conceptual y metodológico para investigar la gestión sanitaria local*. En M. Chiara (comp.) Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires. Ediciones de la Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Organización Mundial para la Salud (1978). *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud – Alma Ata*, URSS. 1978. Organización Mundial de la Salud y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.
- Rovere, M. (2012). Atención Primaria de la Salud en Debate. *Revista Saúde em Debate*, 36 (94), 327-342.
- Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO- Ministério da Saúde.