

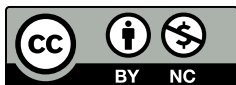
Mariana Lorenzetti y María Laura Mondelo. (Septiembre/Diciembre, 2024). Miradas Retrospectivas: La Trayectoria de la Atención Primaria de la Salud en Posadas (Misiones, Argentina, 1980-2015). *Folia Histórica del Nordeste*, N° 51, pp. 13-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.30972/fhn.517935>

La revista se publica bajo licencia Creative Commons, del tipo Atribución No Comercial. Al ser una revista de acceso abierto, la reproducción, copia, lectura o impresión de los trabajos no tiene costo alguno ni requiere proceso de identificación previa. La publicación por parte de terceros será autorizada por *Folia Histórica del Nordeste* toda vez que se la reconozca debidamente y en forma explícita como lugar de publicación del original.

*Folia Histórica del Nordeste* solicita sin excepción a los autores una declaración de originalidad de sus trabajos, esperando de este modo su adhesión a normas básicas de ética del trabajo intelectual.

Asimismo, los autores ceden a *Folia Histórica del Nordeste* los derechos de publicidad de sus trabajos, toda vez que hayan sido admitidos como parte de alguno de sus números. Ello no obstante, retienen los derechos de propiedad intelectual y responsabilidad ética así como la posibilidad de dar difusión propia por los medios que consideren. Declara asimismo que no comprende costos a los autores, relativos al envío de sus artículos o a su procesamiento y edición.

Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional (CC BY-NC 4.0)



**Contacto:**

[foliahistorica@gmail.com](mailto:foliahistorica@gmail.com)

<https://iighi.conicet.gov.ar/publicaciones-periodicas/revista-fohia-historica-del-nordeste>

<https://revistas.unne.edu.ar/index.php/fhn>



## MIRADAS RETROSPECTIVAS: LA TRAYECTORIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN POSADAS (MISIONES, ARGENTINA, 1980-2015)

*Retrospective Views: The Trajectory of Primary Health Care in Posadas (Misiones, Argentina, 1980-2015)*

**Mariana Lorenzetti\***

<https://orcid.org/0000-0002-6189-535>

**María Laura Mondelo\*\***

<https://orcid.org/0009-0002-7315-6260>

### Resumen

En este artículo nos proponemos reconstruir el trabajo de la Atención Primaria de la Salud (APS) en la ciudad de Posadas (Misiones) durante el período de 1980-2015. A través del análisis de fuentes secundarias y testimonios de profesionales de distintos campos disciplinares, damos cuenta de las improntas y prioridades que fue adquiriendo la APS, de acuerdo a las líneas programáticas desplegadas concurrentemente a un proceso de urbanización expansivo. Consideramos que esta mirada retrospectiva de las experiencias desarrolladas en el primer nivel de atención del sistema de salud puede echar luz sobre las prácticas y configuraciones de sentido de quienes actualmente llevan a cabo su labor en los distintos niveles organizativos de la APS local.

<Atención Primaria de la Salud> <Configuraciones históricas> <Experiencias de trabajo> <Posadas>

### Abstract

In this article, we propose to reconstruct the work of Primary Health Care carried out in the city of Posadas (Misiones) during the period 1980-2015. Through the analysis of secondary sources and testimonies collected by professionals from different disciplinary fields, we highlight the marks and priorities that Primary Health Care acquired, according to the programmatic lines deployed concurrently to an expansive urbanization process. This retrospective inquiry of experiences at the primary level of healthcare delivery may illuminate present-day configurations of meanings and practices for those engaged in their daily responsibilities across different organizational tiers within the local health system.

<Primary Health Care> <Historical configurations> <Work experiences> <Posadas>

Recibido: 25/01/2024 // Aceptado: 13/06/2024

\* Profesora y Licenciada en Ciencias Antropológicas. Doctora en Antropología Social, Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (FFyL-UBA). Investigadora Asistente, Instituto de Estudios Sociales y Humanos-CONICET (IESyH-CONICET-UNaM). Docente de la Carrera Lic. Antropología Social, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones (FHyCS-UNaM). [milorenzetti@fhycs.unam.edu.ar](mailto:milorenzetti@fhycs.unam.edu.ar)

\*\* Estudiante avanzada de grado de la Licenciatura en Antropología Social, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones (FHyCS-UNaM). Becaria Consejo Interuniversitario Nacional (CIN). [marialauramondelo@gmail.com](mailto:marialauramondelo@gmail.com)

## Introducción

La estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS) se constituyó en una línea programática mediante la cual los sistemas públicos de salud estructuraron niveles y dinámicas organizacionales sanitarias. Uno de los aspectos significativos, de acuerdo con las directrices de Alma Ata (1978), fue el desplazamiento del paradigma centrado en la atención-curativa hacia los enfoques de promoción de la salud y prevención de las enfermedades (Freidin *et al.*, 2020; Maceira, 2007).

En la ciudad de Posadas, la adopción de la APS se dio en paralelo con el proceso de urbanización y ordenamiento territorial, atravesado por la migración del sector rural al urbano, el constante flujo de población fronteriza y el proceso de relocalización derivado de la construcción de la represa del proyecto hidroeléctrico de Yacyretá (Bartolomé, 1985; Brites, 2019; Jaume, 2011). Las características de la estructura urbana de Posadas resultaron entonces de la implicación de diferentes niveles de intervención estatal: municipal, provincial y nacional. Estos reajustes sociourbanos, iniciados en la década de 1970 y cuyas obras de finalización se firmaron en el año 2005 —bajo el Plan de Terminación de Yacyretá—, estuvieron atravesados por distintas etapas ligadas a cuestiones político-económicas más amplias que fueron marcando su derrotero, dando una impronta singular a cada una de ellas. Dichas transformaciones a diferentes escalas en el planeamiento urbano trajeron aparejadas particularidades en la configuración del primer nivel de atención, la emergencia de las demandas y el involucramiento de diversos agentes sociales en este quehacer respecto de la salud. En esta intersección entre la restructuración urbana y las prestaciones de salud, se entretejieron consensos y tensiones respecto de las prioridades, modalidades de intervención, formas de participación y áreas de incumbencia entre diversas instituciones, así como también entre las capacitaciones y trayectorias formativas del personal de salud frente a los desafíos que generaron los cambios de movilidad poblacional y nuevos agrupamientos en barrios y asentamientos.

En este marco de profundos cambios, nos motiva reconstruir las experiencias de trabajo en el primer nivel de atención entre las dos últimas décadas del siglo XX y las dos primeras décadas del siglo XXI. A partir de la lectura entrecruzada de fuentes secundarias y los relatos testimoniales de algunas/os referentes de la APS, nos interesa abordar las continuidades y discontinuidades de las acciones desplegadas en este terreno. El rastreo de lo documentado, mediante trabajos académicos y las miradas retrospectivas de quienes estuvieron involucradas/os en las iniciativas sanitarias, constituye una posibilidad para interrogar los hitos que dejaron una impronta en las configuraciones socioespaciales de Posadas. Consideramos que memorizar las políticas públicas es un ejercicio que no solo implica pensar el presente, sino también proyectar horizontes futuros.

En primer lugar, explicitamos brevemente nuestra propuesta de análisis, reparando en el concepto de escala de acontecimientos para reconstruir el contexto de despliegue de la APS. En segundo lugar, retomamos algunos de los estudios antecedentes centrados en las políticas de planeamiento habitacional y políticas sociosanitarias en

Posadas. Estas lecturas conformaron el corpus desde el cual comenzamos a diagramar los tópicos de conversación con el personal de salud que accedió a contar sus experiencias de trabajo. En tercer lugar, nos detenemos en los distintos puntos de vista que las/os entrevistadas/os expresan según lugares de enunciación, roles ocupados, trayectorias formativas y modalidades de intervención/participación. El foco en este apartado está puesto en identificar cómo significan el entramado de redes entre agencias estatales de gestión, organizaciones sociales y comunicación con la población usuaria, el trabajo interdisciplinario y las capacitaciones recibidas, entre otras cuestiones que dieron una impronta singular a la estrategia de APS local. Desde esos testimonios, reconstruimos qué nociones crearon cursos de acción en el primer nivel de atención, de acuerdo con las experiencias de aprendizajes y condicionalidades que primaron en los distintos momentos. Consideramos que esta sistematización, aun en su carácter fragmentario e inacabado, puede contribuir hacia una reflexión donde sea posible poner en relieve una mirada procesual y relacional del campo de la salud.

### **Claves analíticas para la reconstrucción de la APS en Posadas**

Tal como señala Armus (2010), nos acercamos al pasado a través de la narración de historias, buscando hilvanar diversos discursos, políticas y experiencias. Esto es, mediante un conjunto de elementos diversos con los cuales vamos contextualizando eventos y circunstancias. No es una tarea sencilla. Por un lado, requiere prestar especial atención al carácter multifacético y contradictorio de lo social. Por otro lado, reunir las piezas del pasado con evidencias dispares, fragmentarias, discontinuas, parciales e incompletas, a fin de armar interpretaciones plausibles a las preguntas que nos hacemos desde un presente.

En nuestro caso, las preguntas que vertebran el trabajo giran alrededor de una serie de tópicos: ¿Cuáles fueron las características de la urbanización de Posadas y en qué medida condicionaron el despliegue de la APS?, ¿Qué formación tuvo el personal de salud para integrarse en esta línea de acción?, ¿Cómo, desde sus experiencias, reconstruyen y significan las relaciones de trabajo, las redes entre agencias estatales de gestión y organizaciones socio-comunitarias?, ¿De qué modo se configuraron las nociones de salud, la participación social y la intersectorialidad entre los años 1980-2015? Si bien cada uno de estos interrogantes constituye un reto en sí mismo, nos sumergimos en las lecturas de los estudios académicos realizados en Posadas para contextualizar esas experiencias. Ello nos permitió definir las dimensiones analíticas que guiaron nuestros intercambios con las/os interlocutores en las entrevistas en profundidad, recuperando su mirada retrospectiva. Las mismas fueron realizadas a personas entre 60 y 80 años que trabajaron vinculadas a la APS, ya sea acompañando las iniciativas implementadas a partir de sus investigaciones como también realizando actividades de gestión, coordinación y atención a la población usuaria.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Las entrevistas en profundidad fueron posibles gracias al contacto previo establecido a través de los trabajos que venimos realizando en el campo de la salud pública de la provincia y por vivir en la misma ciudad que nuestras/os interlocutores. Los diversos encuentros informales y las entrevistas se realizaron

Retomamos el concepto de escala de acontecimientos (Santos, 2000) como herramienta heurística para operacionalizar el encadenamiento de las lecturas que traemos a consideración. Entendemos, entonces, la escala de acontecimientos en términos relacionales para comprender cómo se vinculan los diferentes procesos involucrados en la producción de los eventos sociales, desde su origen y concatenación, hasta su impacto en contextos singulares (Valenzuela, 2006). En este sentido, la construcción social de la escala es un elemento clave para analizar la concurrencia de las dinámicas sociales que influyen en la producción del espacio y en los cursos de acción. Desde esta perspectiva, la escala no es una propiedad intrínseca de los fenómenos en sí, sino que es construida a través de las prácticas y los discursos puestos en mutua implicación que dan lugar a configuraciones espaciotemporales particulares. Consideramos, por tanto, que estas reflexiones acerca de la escala resultan relevantes para abordar las vinculaciones entre los reordenamientos urbanos en Posadas y el despliegue de la APS. En concreto, la exploración de la concatenación de acontecimientos, considerando su escala (macro y micro), puede contribuir a analizar las interacciones entre los procesos sociales, el espacio y la configuración de las relaciones entre grupos y agencias gubernamentales. Pensando en la concatenación de acontecimientos como círculos concéntricos que generan ondas expansivas con diferentes grados de impacto en el espacio urbano de Posadas, en la próxima sección recorreremos tres períodos que consideramos claves: 1) el final de la década de 1970 hasta 1990, 2) el período de 1990 hasta la crisis político-económica nacional de 2001-2002, y 3) el lapso de 2003 a 2015, en tanto se advierte un redireccionamiento de las políticas públicas de educación, salud y servicios donde las agencias estatales retoman un rol protagónico.

### Los escenarios de la APS en Posadas desde los trabajos académicos

Posadas, cabecera-capital de la provincia, funciona como nodo administrativo, comercial y de servicios, constituyéndose además en un conglomerado regional transfronterizo al concentrar tanto a población nativa paraguaya como a contingentes de familias provenientes de otras localidades del interior de Misiones<sup>2</sup>. Brites (2019) atribuye la transformación de la trama urbana a una matriz que combina el crecimiento demográfico, el impacto de las obras de infraestructura y los programas de desarrollo urbano, a los que se suma las obras complementarias del plan de terminación Yacyretá.

Tal como ha señalado Bartolomé (1985), entre los años de 1960 y 1980, la ciudad duplicó su cantidad de habitantes, asentándose en la zona ribereña y formando un

---

entre los meses de enero y diciembre de 2023. Las charlas informales facilitaron la presentación de la propuesta de trabajo y, posteriormente, la realización de las entrevistas utilizando un grabador. Algunas de estas entrevistas se dividieron en dos momentos, para abordar detenidamente los distintos períodos de trabajo en APS. Asimismo, el contacto con las personas vinculadas a la investigación-intervención en salud pública posibilitó la revisión de publicaciones y fuentes secundarias, mediante las cuales elaboramos la guía de entrevistas según las dimensiones a tratar. El perfil de las personas entrevistadas se detalla en el tercer apartado, donde se presentan los diversos testimonios recogidos.

<sup>2</sup> Bartolomé (1985) describe a Posadas como una ciudad multiétnica y cosmopolita localizada a orillas del río Paraná desde donde se visualiza la ciudad de Encarnación (Paraguay).

cinturón costero de población en condiciones pauperizadas<sup>3</sup>. Es decir, que la expansión de la trama urbana se conformó, principalmente, por asentamientos informales de grupos familiares provenientes de las zonas rurales del interior de Misiones y nativos del Paraguay cuyas actividades productivas se desarrollaban en ese entorno. Jaume (2011) describe que las primeras agrupaciones en estas zonas se identificaron y organizaron según sus oficios. Inicialmente, estas asociaciones tuvieron una base ocupacional en el rubro de la construcción, la fabricación artesanal de ladrillos de pequeñas y medianas olerías, changas temporarias asociadas a oficios de mantenimiento, trabajo doméstico, principalmente, en actividades de carácter informal. La expansión de la trama urbana sobre la costa ribereña y zonas adyacentes se conformó, por tanto, mediante la ocupación de estas tierras por parte de grupos sociales empobrecidos que desarrollaron una amplia gama de actividades económicas fluctuantes e informales en relación con el medio social y las condiciones ambientales.

Durante los treinta años que llevó el proceso de relocalización, iniciado en 1979, cerca de cuarenta mil personas fueron desplazadas de los márgenes costeros (Jaume, 2011).<sup>4</sup> Si bien, inicialmente se estimaba una población de 25 000 personas (Catullo y Brites, 2014), este proceso se retardó, incrementando considerablemente el número de la población relocalizada y, por lo tanto, la escala de las transformaciones.<sup>5</sup> De dicho proceso emergió la categoría de “afectado”, cuyo carácter jurídico habilitó las demandas por daños laborales y residenciales entre la población ribereña hacia la Entidad Binacional Yacyretá (EBY), encargada de la ejecución de las obras de la represa hidroeléctrica Argentina-Paraguay (Jaume, 2011). En estas condiciones singulares de urbanización, la estructura de la ciudad adquirió características propias que resultaron de la acción de la población, pero, fundamentalmente, de la intervención del Estado en tres niveles diferenciados. En el plano municipal, en cuanto ordenamiento territorial y obras públicas; en el nivel provincial, a partir de las acciones del Instituto Provincial de Desarrollo Habitacional (IPRODHA) y, en el nivel supranacional, con el plan de tratamiento costero y los programas de relocalización de la EBY (Brites, 2019).

Si bien los procesos de relocalización en la ciudad, tal como mencionamos, comenzaron en 1979, desde que se anunció el inicio de las obras asociadas a la represa

<sup>3</sup> Los procesos de diferenciación agraria, iniciados a mitad del siglo XX, resultaron expulsores de pequeños productores rurales, dando lugar a la migración rural-urbano. Schiavoni (2008).

<sup>4</sup> En 1979, la población de Posadas era de 140 000 habitantes. En ese momento, la Entidad Binacional Yacyretá (EBY) estimaba que más de 20 000 personas serían las afectadas (Bartolomé, 1985, pp. 70-71). De acuerdo con el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 1991, la población asentada en el departamento Capital había aumentado a 218 685 habitantes. Para el año 2001, la población ascendía a 284 279 y, en 2010, a 324 756 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-41>).

<sup>5</sup> Durante las etapas de la relocalización, las personas censadas por la EBY fueron clasificadas de diferentes maneras. En los relevamientos realizados entre 1979 y 1989, la categoría “beneficiario” otorgaba el derecho a ser relocalizado. Los hogares asentados bajo la cota de afectación que no fueron registrados en ese entonces recibieron la categoría de “adicionales”. No fue sino hasta 1994, con la firma de un convenio específico entre la EBY y el Instituto Provincial de Desarrollo Habitacional (IPRODHA), que se generaron programas de reasentamiento para estos casos, denominados “adicionales o extra-censales” (Brites, 2010).

hidroeléctrica, en el año 1974, se fue generando entre la población, pasible de ser afectada, un clima de incertidumbre y desorganización. Tal como tempranamente argumentó Bartolomé (1985), los efectos de las relocalizaciones compulsivas provocaron un desacoplamiento de las coordenadas cognoscitivas de la distribución espacial de los recursos utilizables, así como también de las redes sociales de reciprocidad y ayuda mutua de los grupos domésticos y el vecindario. En este campo, Jaume (2011), al estudiar los procesos de organización, movilización y resistencia desde la categoría de “afectados”, reparó en el hecho de que tales agrupamientos no lograron constituirse en un movimiento único, y atribuye esta singularidad a la temporalidad de las relocalizaciones planificadas por etapas, así como a la estrategia de la EBY de atender demandas puntuales evitando su convergencia. La territorialidad derivada de la “renovación urbana” implicó, para las familias, reconfigurar un nuevo modo de vida ligado a sus necesidades de reproducción social (Sintes, 2011).

En estos nuevos contextos emergentes de poblaciones relocalizadas, promover modos de participación comunitaria en asuntos de salud representó un desafío. Las redes sociales tejidas en las zonas ribereñas afectadas no solo se fueron desarticulando, sino que también los liderazgos previos se desvanecieron, en tanto la compleja red de sentidos y prácticas que las personas habían construido se iban desdibujando (Batolomé, 1985). Como detallamos a continuación, el despliegue de la APS en Posadas, durante los años 80, implicó un trabajo de vinculación con una población recientemente relocalizada en el barrio A-1 y el surgimiento de nuevos conglomerados de viviendas sociales construidas por el IPRODHA<sup>6</sup>. En cada uno de ellos, tanto las relaciones de vecindad como los medios de subsistencia revestían un carácter precario con recursos urbanísticos en ciernes que aglutinaban en sus cercanías nuevos asentamientos informales.

Respecto del proceso de organización del sistema público de salud en la provincia de Misiones, cabe aclarar que este adquirió mayor autonomía posteriormente a la provincialización que tuvo lugar en el año 1954 (Bidegain, 2008)<sup>7</sup>. El Plan Decenal de Salud para las Américas de 1960 constituyó un primer antecedente en materia de política sanitaria regional, sentando las bases para que, a finales de la década de 1970, la APS ocupe un lugar relevante como estrategia de desarrollo nacional y provincial (Draganchuk, 2017). Hasta ese momento, la atención sanitaria de carácter extrahospitalaria en el país estaba básicamente concentrada en las zonas rurales y las periferias de las grandes ciudades dinamizadas por los programas materno-infantil y de planificación familiar (Bertolotto *et al.*, 2012). Durante este período en Misiones, la red hospitalaria provincial, junto con las postas de salud o consultorios externos-periféricos,

<sup>6</sup> El complejo A-1 (barrio Yacyretá o Johasa) se conformó en dos etapas: la primera, entre 1983-1992, con la relocalización vinculada a la construcción del puente internacional Posadas-Encarnación. La segunda etapa —“A-1 complementario”— comenzó en 1998, con la construcción del primer tramo de la costanera. En dicho complejo habitacional se congregaron familias procedentes de Barrio Tiro Federal, Balneario El Brete, Barrio YPF, Pira Pitá, San Cayetano y Chacra 209 (Thomas, 2014). En relación con las viviendas IPRODHA se conformaron los complejos habitacionales en Villa Cabello, en La Chacra 32-33, entre los más significativos.

<sup>7</sup> En el período en que Misiones era Territorio Nacional, el sistema de salud local estaba bajo la jurisdicción de la Dirección General de Sanidad del Nordeste (Bidegain, 2008).



se incorporaron gradualmente a un nuevo modelo conocido como Servicios de Atención Médica Integral para la Comunidad —SAMIC— (Castellaro *et al.*, 2012).

En la década de 1980, el impulso local de la APS, bajo el lema “Salud para todos”, se vio influenciado por la adopción de normativas internacionales derivadas de las directrices de Alma Ata (1978), así como de las sucesivas conferencias promovidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ottawa (1986) y Australia (1988). Dichos eventos establecieron tres coordenadas básicas en el diseño de políticas públicas: 1) la reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud y prevención de enfermedades; 2) la acción y participación comunitaria y 3) la cooperación intersectorial para garantizar el derecho a la salud involucrando otras agencias estatales y sectores de la sociedad civil, además de los sistemas públicos de salud (Báez y Schiavoni, 2011). Se esperaba que la adopción de estas coordenadas también permitiera la inclusión de disciplinas no médicas en el campo sanitario, con el fin de garantizar la salud como derecho integral. A partir de entonces, las políticas sanitarias locales buscaron garantizar el acceso a la atención médica, y extender la cobertura mediante la formación de recursos humanos y la incorporación del personal auxiliar sanitario (Sintes, 2003). Como resultado, la figura del agente sanitario se convirtió en el pilar del diseño del programa de APS al actuar como intermediario entre la comunidad y los equipos de salud. Es curioso destacar que, en este primer período, la capacitación en el primer nivel de atención se enfocó exclusivamente en la figura del agente sanitario<sup>8</sup>. Otros profesionales de la salud —excepto la enfermería— no recibieron la misma formación en las directrices de la APS que enfatizaban el trabajo territorial-comunitario de promoción de la salud y prevención de enfermedades, tal como veremos en los relatos de las/os entrevistadas/os.

Como discutiremos más adelante, dicha cuestión fue planteando diversas disyuntivas que se fueron intensificando con el tiempo. Nos referimos, por un lado, a concebir la APS como estrategia sanitaria basada en los tres principios mencionados de modo transversal a todo el equipo de salud y los sectores involucrados en un territorio. Por otro lado, a la concepción de la APS como mero modo de organización de la atención biomédica basada en una división social del trabajo donde solo a una parte del equipo le tocaría la responsabilidad de las tareas comunitarias en terreno. En esta última acepción, el foco se concentra, básicamente, en descomprimir la atención hospitalaria para cubrir la demanda en los denominados “consultorios periféricos” y el agente sanitario deviene en auxiliar de los médicos en la regulación de turnos según niveles de riesgo de morbi-mortalidad identificados en las visitas domiciliarias a las familias.

A finales de la década de los 80, la hiperinflación y la crisis generalizada provocaron cambios sociopolíticos de gran impacto en diversos aspectos de la vida social: el trabajo, la vivienda, la educación y la salud. En los años 90, se reforzaron las

---

<sup>8</sup> Numerosos estudios se han centrado en esta figura en tanto “trabajador polivalente” por la multiplicidad de tareas realizadas en territorio: educativas de promoción de salud, detección de embarazos, control de crecimiento de niñas/os, vacunación, identificación de niños desnutridos y seguimiento de familias “críticas” (Castellaro *et al.*, 2012).

políticas neoliberales a nivel nacional y provincial, lo que se tradujo en la disminución del papel del Estado hasta su mínima expresión, y en el rol del mercado como el principal regulador de la agenda pública.<sup>9</sup> Desde una perspectiva local, la inversión estatal, enfocada básicamente a las políticas sociales de tipo compensatorias para las familias rezagadas del sistema, encontró una caja de resonancia particular con la apertura del Puente Internacional Posadas-Encarnación en el año 1991, dando lugar a un incremento del intercambio-movilidad entre la población de ambas ciudades. En este período, la estigmatización de la población paraguaya nativa se intensificó, convirtiéndose en el blanco de los discursos hegemónicos que argumentaban la disminución de los recursos económicos y la reducción de la oferta laboral como consecuencia de la movilidad transfronteriza (Sintes y Báez, 2001).<sup>10</sup> Lo cual como veremos a continuación tuvo particulares impactos en el sistema sanitario.

En todo el país, la APS se transformó en sinónimo de programas sanitarios compensatorios o de emergencia, diseñados para los denominados grupos vulnerables de la población (Ase y Buriyovich, 2009). Tal como señala Sintes (2003), en los años 90, la infraestructura sanitaria misionera estaba formada por una red de servicios asistenciales organizada desde el Servicio de Extensión de Cobertura, dependiente de la Subdirección de Atención Primaria de la Salud. La zona sanitaria Capital contaba con treinta centros de atención, denominados Consultorios Externos Periféricos (CEP) que articulaban con el Hospital “Dr. Ramón Madariaga”. Respecto de la conformación de los equipos en los CEP, el recurso médico representaba casi un 40 % del personal asignado y había una proporción decreciente de personal formado en otras disciplinas o auxiliares técnicos, lo que evidenciaba la escasa estructura de recursos humanos y la falta de personal de apoyo para los médicos.

En el año 1995, se impuso el “servicio público de salud arancelado” en los hospitales (Báez, 2001). La Ley de Arancelamiento requería que las/os usuarios del sistema completaran una encuesta para declarar si tenían obra social o recursos para pagar la atención requerida, lo que no solo implicaba una “certificación de la condición de pobreza o indigencia”, sino también un obstáculo para los extranjeros residentes temporarios o permanentes que necesitaban realizar un trámite especial para acceder a la atención hospitalaria (Sintes, 2003). Estos equipos del primer nivel de atención se vieron sobrepasados por el surgimiento de asentamientos emergentes. Para ese entonces, se habían constituido los barrios de relocalizados conocidos como A-3.2 (1993-1994) y el A-4 (1996-2000)<sup>11</sup>. El aumento de la demanda de atención médica, en dicho lapso temporal, se concentra en los CEP frente a una población en situación de creciente vulnerabilidad.

<sup>9</sup> Cabe destacar que estas políticas respondieron a una corriente más amplia signada por el Consenso de Washington promovido por los organismos internacionales de crédito tales como el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM), el Tesoro de los Estados Unidos y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (Barba, 2004). A principios de los años 90 en América Latina se adoptaron los programas de estabilización y ajuste estructural allí prescriptos (Báez y Schiavoni, 2011).

<sup>10</sup> Este intercambio-movilidad transfronterizo obedecía, entre otros motivos, a la búsqueda de servicios de salud, dada la precariedad de cobertura del sistema sanitario en Paraguay (Sintes y Báez, 2001).

<sup>11</sup> El Barrio A-3.2 concentró familias provenientes de la ribera del Río Paraná, Villa Blosset, Estación de Trenes, El Chaquito, La Cantera, Villa Coz, Rowing Viejo, Parque Adam, San José Obrero, LASA, Santa

En este escenario, el Programa de Postas de Salud en Posadas se constituye en el epítome de la descentralización, las intervenciones focalizadas y la responsabilización individualizante en el mantenimiento de la salud que daba cuenta de la crisis sanitaria de cobertura universal (Sintes, 2003). La creación de las postas de salud en esa época se planteó como una nueva unidad operativa que fortalecería a los CEP para hacer frente a la falta de recursos de los equipos existentes en este nivel. El programa tenía como objetivo establecer una organización barrial sanitaria a través de los promotores de salud. A diferencia de los agentes sanitarios, los promotores de salud eran residentes voluntarios de las zonas carenciadas que recibían capacitación en APS con el fin de desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades (Sintes, 2003). Según la disposición del Programa de APS, las postas de salud —base de operaciones de las/os promotores voluntarios de salud— estarían bajo la órbita de los CEP y serían supervisadas por los agentes sanitarios<sup>12</sup>. Tanto los lugares de asentamiento de las postas de salud como las/os promotores serían elegidos por la propia comunidad. Dichos voluntarios no recibirían remuneración, pero sí botiquines con insumos básicos. Considerado como un “servicio” de carácter participativo brindado a la comunidad, no obstante, las tareas desarrolladas por las/os promotores devinieron en autogestivas sin conexión estable con los CEP y estuvieron libradas a sus capacidades e iniciativas en un entorno de pauperización creciente.

En este marco, entonces, la década de los 90 estuvo atravesada por dos tendencias que configuraron las políticas sanitarias tensionando los distintos niveles de atención. Por un lado, el arancelamiento en la atención de los hospitales —particularmente en los servicios materno-infantil— (Báez, 2001) y por otro, la búsqueda de extender la cobertura en salud con la incorporación de los promotores voluntarios mediante la creación de postas sanitarias (Sintes, 2003). Así, dos ideas-fuerzas guiaron los reacomodamientos de la red de salud modulando una trama semántica bajo el lema de la autonomía y la participación comunitaria. Se puso en juego la noción de la descentralización sin la correspondiente partida presupuestaria y se apeló al involucramiento ciudadano mediante el mandato de autogestión responsable. Este giro implicó una fragmentación y el recorte del gasto público en salud en función de una presunta racionalización eficiente y efectiva de los recursos. De este modo, las tres directrices de Alma Ata ya mencionadas: promoción de la salud, prevención de enfermedades, participación comunitaria y cooperación intersectorial encontraron nuevas resignificaciones dentro de las políticas neoliberales que signaron los vínculos entre las agencias estatales y la sociedad civil.

---

Rosa, Dos de Abril, Bajo Sesquicentenario, San Gabriel, Nuevo Asentamiento, Loma Poí, Villa Poujade, San Lorenzo, Arroyo Mártires, Santa Rita y El Laurel. En el barrio A-4 se ubicaron familias de los barrios: Costanera I-II, Villa Blosset, Estación de Trenes, El Chaquito, La Cantera, San Cayetano, Rowing Viejo, Villa Congost, Parque Adam, San José Obrero, Santa Rosa, Dos de Abril, Bajo Sesquicentenario, San Gabriel, Nuevo Asentamiento, Loma Poí, Tiro Federal, Balneario El Brete, YPF, Pira Pitá, Villa Poujade, Arroyo Mártires, Santa Rita y El Laurel (Thomas, 2014).

<sup>12</sup> De las 29 postas creadas, la mayoría funcionaron en los mismos hogares de las/os promotores de salud y solo unas pocas en locales cedidos por las organizaciones religiosas y comunitarias.

El estallido político-social del año 2001 y la inestabilidad económica e institucional subsiguiente hasta la asunción del gobierno de Néstor Kirchner (2003), se constituyó en el punto de inflexión donde cobró un nuevo pulso la relación Estado-sociedad civil (Stolkiner *et al.*, 2011). En este período se diagraman e implementan en Posadas dos complejos habitacionales, San Isidro y Fátima, articulados por la EBY y el IPRODHA.

En términos generales, las políticas sociales a nivel nacional buscaron encaminarse hacia una “nueva universalización”, mediante programas que cubrieran el espectro de los distintos sectores subalternizados: mujeres e identidades disidentes, niñas/os, pueblos indígenas, adultos mayores, entre otros colectivos sociales. En el plano local, dos momentos se constituyen en instancias que motorizaron las acciones públicas en el primer nivel de atención de salud: los acuerdos con el Plan Federal de Salud (Báez y Schiavoni, 2011) y la firma, en el año 2005, del Plan de Terminalidad de las obras Yacyretá que le dio impulso al Programa de Asistencia Social (Thomas, 2014).

Un eje importante en el transcurso de estos años, desde el Ministerio de Salud de la provincia, fue la implementación del Programa de Formación de Agentes Sanitarios (PFAS) en el 2005, cuyo propósito fue capacitar promotores de terreno y auxiliares administrativos. Estas/os trabajadoras/es, que empezaron a ser conocidos como “los chalecos amarillos” debido a su vestimenta, fueron incorporadas/os en su mayoría en carácter de becarias/os mediante dos programas: uno de alcance nacional (Médicos Comunitarios) y otro provincial, renovándose su inserción anual como tales, mientras desempeñaban las labores en el primer nivel de atención. En el año 2010, casi mil agentes sanitarias/os estaban involucrados en la APS y recibían diversos pagos mensuales por su labor, aunque sus relaciones contractuales eran endebles, careciendo de beneficios, como aportes jubilatorios, reconocimiento de antigüedad y otros incentivos no salariales. Esta situación, de alguna manera, afectaba su sentido de pertenencia al sistema de salud público en Misiones (Draganchuk, 2017).

Asimismo, desde 2005 al 2015, comienza a reforzarse la intersectorialidad como modalidad de trabajo en salud. Básicamente, con el plan de la terminalidad de las obras de la represa Yacyretá, la EBY impulsó una serie de iniciativas que tenían como objetivo reforzar los operativos y campañas de salud en los diferentes barrios de la ciudad, dando lugar a iniciativas propuestas por organizaciones de la sociedad civil (ONG), entre ellos, el Plan Ambulatorio de Atención Integral de la Salud (PAIS).

En base a estas claves de lecturas, en el siguiente apartado, inscribimos las diversas experiencias compartidas por nuestras/os interlocutores. Los testimonios que recuperamos enfatizan ciertos aspectos, dimensionan algunos elementos en lugar de otros y reflexionan sobre las iniciativas y trayectorias basadas en sus experiencias y roles en el sistema de salud pública local.

### **Los testimonios del trabajo en la APS: problemáticas, improntas y alcances**

La tarea de recordar las acciones de salud de quienes participaron en ellas no es un camino lineal. Como expresa Armus, “los datos y eventos adquieren relevancia

cuando son parte de procesos” (2010, p. 5). La reconstrucción que hemos iniciado se fue abriendo paso en esa compleja trama esbozada en el apartado anterior, donde ciertos acontecimientos dejaron una impronta en los modos de entender la APS. Así, las maneras de narrar ese pasado reciente —en las entrevistas en profundidad— estuvieron atravesadas por un conjunto de dimensiones que aquí desarrollamos: la evocación de las circunstancias en que se incorporaron al trabajo en salud para darle encarnadura al primer nivel de atención, la formación en este campo, las articulaciones con grupos e instituciones con distinto anclaje territorial y sus lecturas de las directrices emanadas desde diversas jurisdicciones. En este sentido, hemos optado por tomar los fragmentos *in extenso* de los relatos compartidos para dar cuenta de las tramas y las conexiones que fueron estableciendo las/os entrevistados, conservando sus asociaciones y acentos desde las trayectorias trazadas.

Las voces que aquí recuperamos son de profesionales que se desempeñaron en APS de Posadas tanto desde la gestión y la atención sanitaria como desde la investigación orientada a la extensión en sus vínculos con los distintos efectores de salud. Particularmente nos circunscribimos a contactar personas con un rango etario de 60 a 80 años, a fin de dar cuenta de las maneras en que sus relatos iban tejiendo una especie de legado de su labor en la salud pública. En su mayoría, dichas/os interlocutores están jubiladas/os o bien siguen ejerciendo tareas en sus consultorios privados, así como también brindando asesoramiento en áreas de capacitación. Ellas/os han tenido una trayectoria promedio de 30 años en el sector salud, articulando labores en los hospitales y los centros de atención barriales de Posadas, iniciando su actividad en la década de 1980 e inicios de 1990. Tres de ellos son médicos formados en las facultades de medicina de las universidades de Córdoba y Rosario, a finales de la década de 1960 y mediados de la década del 1970. Otras tres son personas formadas en otras disciplinas: administración-gestión pública, trabajo social y demografía. Algunas/os profesionales se han desempeñado, asimismo como docentes universitarios en la Universidad Nacional de Misiones en carreras de las ciencias de la salud, las disciplinas sociales y como capacitadores del personal sanitario.

Respecto de las circunstancias de su formación en la APS, una de las cuestiones que han tenido en común los médicos entrevistados al referirse a su quehacer de la salud pública fue la necesidad de capacitarse bajo los lineamientos de la APS luego de haberse recibido. En sus comienzos, no encontraron condiciones en el sistema sanitario que les provean de instancias de formación-capacitación. El aprendizaje fue más bien autónomo y debieron procurarse sus propias fuentes. Así lo referenciaban en las charlas:

*...mirá, yo, de atención primaria, cuando estudié medicina, eso no existía, no se enseñaba, era todo medicina curativa. Había una... una materia, muy corta incluso, “medicina social y preventiva” que poco y nada se daba. Pero no, no existía... esa materia incluso era como una imposición, un clavo, porque el paradigma era la medicina biológica, curativa, así que no... no había dónde... yo aprendí por mí mismo nomás*

*¿no?, en ese sentido, porque no existía... (Médico de 80 años, comunicación personal).*

*...tuve que ponerme a estudiar sobre la atención primaria de la salud, sobre los postulados de Alma Ata, que me sirvió también para aplicarlo en la Escuela de Enfermería, como docente. A la vez aprendí en la Escuela de Enfermería también lo que es el autocuidado y fui nutriéndome de esos aspectos... (Médico de 69 años, comunicación personal).*

*...adquirí experiencia y conocimiento porque tengo libros de APS y porque tengo una visión integral de la medicina... prácticamente, yo hice toda la carrera con los milicos. Fue bravo eso. Rosario fue uno de los epicentros de la represión... tenía compañeros que desaparecieron... Era una época de enorme agitación política. Y cuando sobrevino el golpe, nosotros quedamos terriblemente confundidos porque no sabíamos qué hacer... A veces, hacíamos una ronda de visita al Hospital... y esa era toda nuestra relación con los enfermos. Tuvimos muy poco, muy poca práctica... A mí nunca nadie ni me incitó, ni me alentó, ni se interesó por capacitarme en APS. Por iniciativa propia, personal, yo me formé con libros. (Médico de 74 años, comunicación personal).*

Esta receptividad tardía de la estrategia en APS se inserta condicionada en una dinámica de la organización del trabajo en salud donde, tal como relata uno de los entrevistados, primaba aún una visión hospitalocéntrica:

*...Se pensaba mucho hasta ese entonces, en la enfermedad y no en la salud... El médico no conoce de salud colectiva... Durante la década del 80, siempre a partir de la OMS, entendieron que iban a trabajar sobre los indicadores. En ese momento eran considerables algunos indicadores... mortalidad infantil, mortalidad materna... eran indicadores severos. Entendieron que la participación de los hospitales era fundamental en llevar adelante políticas de salud para disminuir esos indicadores. Eso fue más o menos a lo que yo llamo un periodo de hospitalocentrismo, donde todo se hacía a partir de los hospitales (Funcionario de MSP de 76 años, comunicación personal).*

En este marco, una de las entrevistadas comenta que la APS estaba en ciernes:

*...El hospital era el centro y lo que había eran Consultorios Externos Periféricos. Fíjate el nombre, eran consultorios del hospital que no estaban dentro del hospital, sino que estaban en las periferias de la ciudad... Los médicos son muy*

*originales, porque ellos tenían atención ambulatoria, que eso hace un consultorio, y externa porque estaban fuera de los pabellones...No existía la APS, no se hablaba de la APS todavía... Teníamos tasas altísimas de morbi-mortalidad (materno-infantil). Pensá que, en el 80, vos tenías dos, tres años de Alma Ata, los documentos estaban circulando (Demógrafa de 75 años, comunicación personal).*

Las/os entrevistados coincidieron que en el currículo de sus carreras primaba, ante todo, el enfoque curativo-asistencial, en tanto que la perspectiva de la medicina social o colectiva era prácticamente inexistente. De este modo, expresaron ser autodidactas en el primer nivel de atención. Afirmaron que tal capacitación no transcurrió en las aulas de la facultad, sino que la adopción de este enfoque fue incorporado una vez recibidos. Es en el ejercicio de la medicina, atendiendo a la población vulnerable de los barrios relocalizados y los asentamientos informales, en constante incremento, que comienzan a trabajar con los lineamientos de la APS. Así, comentaron dos de los médicos entrevistados:

*Todos aprendimos atención primaria acá en la calle... por supuesto, consultando los libros de la OMS, de las experiencias... No se podían controlar todas las villas que había, era impresionante... durante el período ese en que no estaban relocalizados todavía, había periódicas inundaciones y eso era una emergencia... tenían que relocalizarlos transitoriamente, entonces llevaban a la gente a los... los galpones de los clubes, qué sé yo. Algunos se relocalizaban solos, pero después que estuvo terminada la represa no hubo más problemas... fueron todos relocalizados. El problema de los relocalizados era que ellos mismos hacían que parientes de ellos ocupen ese lugar, entonces había que relocalizar a más gente (risas). Ese fue un problema... (Médico de 80 años, comunicación personal).*

*...Y de ahí hacia el río estaba la gente que, generalmente, venía del Paraguay, y se instalaba ahí en la costa del río. Y le quedaba cerca Posadas entonces venían y se rebuscaban en Posadas... Le sacaron del Brete, no se querían ir, estuvimos con la gendarmería porque no se querían ir. Sí venía la gente del operativo con camiones, con todo para hacerle la mudanza...Pero fue antes de que nosotros empezáramos con los operativos (de salud). Porque, cuando nosotros íbamos, ya estaba instalada esa gente ahí, ya estaba desalojado. Ahora, los que estaban en la costa del Brete, fueron llevados a San Isidro, se resistieron y luego fueron llevados a San Isidro. Alguno no quería saber nada. Compulsivamente se le desalojó*

(Médico de 74 años, comunicación personal).

En este contexto, trabajar con la población en APS representó para los equipos de salud un gran desafío. Se trataba de una población en aumento, con una intensa movilidad y necesidades apremiantes, a diferencia de las familias que habitaban en las zonas rurales:

*...un loquero era... por ahí estábamos desbordados...por ejemplo, entrabamos en las colonias y vos veías que estaba todo bien plantado: “acá no va a haber desnutridos”. (En contraposición señala)... había menos desnutrición que en la villa de Posadas (Médico de 80 años, comunicación personal).*

*... dentro de los programas de gobierno de la época, que empezó con la democracia, viene un poco el ser ciudadano... Mucha gente sin documentación, y entonces el registro de las personas se transformó en una oferta ambulante. Recorría los barrios de Posadas documentando gente... Había planes de asistencia alimentaria, primero fue el de Alfonsín con el Plan Alimentario Nacional, la famosa caja PAN. Acá, abrían la caja PAN y hacían varias. Pero imagínate ¡cómo iban!, porque el aceite iba para una y la leche para la otra...si vos desarmás. Después, salíamos a recorrer lo que se llamaban Consultorios Externos Periféricos. Lo que queríamos ver, era cómo interpretaban las madres esas órdenes que el médico daba cuando no solamente estaba como barrera la lengua, sino también las condiciones de vida de esas personas... teníamos tasas altísimas de morbi-mortalidad. Altísimas (Demógrafa de 75 años, comunicación personal).*

El comienzo de la democracia en 1983 marca, de algún modo, un progresivo despliegue del giro en lo curativo-asistencial hacia lo que nuestros interlocutores denominan una visión de medicina integral general, no solo en los CEP sino también en el hospital de referencia de Posadas.

*...en el mismo hospital creamos, porque hacía falta acá ese nivel de atención primaria, pero que existía en los periféricos. Vamos a ver las etapas técnicas: medicina general, agentes sanitarios, después vendría la cobertura mediante el enfoque de riesgo (década de los 90) ... y eso empezó de a poco, primero estuve tratando de adaptar el hospital a la estrategia de la atención primaria, con la creación del Servicio de Medicina General... implementé el consultorio interdisciplinario que era un psicólogo, un trabajador social y un médico generalista. Entre tres le atendían, tenía que verse el problema social, el problema psicológico y el problema, digamos,*



*general. Bueno... eso después se perdió... (Médico de 80 años, comunicación personal).*

A pesar de estos esfuerzos en la década del 80 para cubrir a la población urbana en expansión, tal como narra uno de los entrevistados, la década de los 90 fue de agudización de los indicadores, abriéndose paso otras estrategias para racionalizar los recursos disponibles a fin de garantizar el acceso al servicio de salud en el contexto de crisis:

*... en los años 91-92 teníamos un 27-29-30-31 por 1000 de mortalidad infantil. Muy alto, y mortalidad materna también. Entonces se llega al convencimiento de aplicar una política de salud distribuida y descentralizada con atención a la población, dejando de lado el hospitalocentrismo y haciendo hincapié en la atención primaria... distribuyendo un primer nivel de atención, que son hospitales de muy baja complejidad, o centros de salud de muy baja complejidad (Funcionario de MSP de 75 años, comunicación personal).*

En esta dirección, el enfoque de riesgo comienza a implementarse con el propósito de alcanzar una cobertura más amplia de familias con los recursos humanos del sector salud disponibles:

*... Bueno, no, no se podían controlar todas las villas que había, era impresionante. Entonces, ahí, utilizamos el enfoque de riesgo... desde cada periférico seleccionábamos la población por la vivienda precaria. Teníamos... una definición basada en lo que veíamos... no una definición teórica... Había una serie de factores de riesgo, por ejemplo, familia numerosa, niños desnutridos... Entonces tenía su gráfico en el centro de salud... donde había "hogares críticos", le llamamos cuando se sumaba esos factores de riesgo, le dábamos un puntaje. Entonces, ahí, sí tenían que hacer tres visitas al año de rigor... el hecho de tener una planta bastante reducida fue, tal vez, lo que nos indujo a modificar las técnicas de campo, en este caso, mediante el enfoque de riesgo, que era algo que estaba en la literatura. Pero se trabajó muy bien... (Médico de 80 años, comunicación personal).*

Ante la constante demanda y recursos cada vez más limitados, se implementó la incorporación de las/os promotores de salud voluntarios a mediados de los 90, tal como anticipamos en el apartado anterior. La idea era cubrir y contener a las familias más afectadas a través de un refuerzo adicional que pudiera acompañar el trabajo de las/os agentes sanitarios en terreno. No obstante, como refiere el entrevistado, dichas incorporaciones generaron resquemores entre las/os mismas/os agentes sanitarias/os que lo vivieron como un factor de fragilidad ante su situación laboral endeble, desbordados en su ámbito de actuación.

Empoderar a la población en el contexto de crisis donde las necesidades iban creciendo a la par del deterioro de las condiciones de salud, no fue tarea sencilla:

*... nosotros empezamos a llamarles promotores de salud... hubo un problema con los líderes comunitarios acá en Posadas... no eran asalariados, sino voluntarios... el agente sanitario se sintió de alguna manera desplazado, marginado. Le costaba mucho entender que ese tenía que ser de la comunidad... algunos sí, tuvieron buena relación con su promotora. Si vos querés hacer una atención primaria en la comunidad, se tienen que mover en función de la comunidad... y en función del sistema de salud oficial... con coordinación (Médico de 80 años, comunicación personal).*

Paralelamente a estas articulaciones entre agentes sanitarias/os y promotores de salud se crean los hospitales de autogestión, bajo el modelo de Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad (SAMIC). Como señalamos, tres pilares eran los que procuraban vincular los lineamientos de la APS en los hospitales: intervención activa de la comunidad mediante la creación de un consejo de administración, la descentralización y la autarquía. No obstante, el impulso de esta iniciativa quedaría reducida solo a la gestión de los recursos de financiación, tal como narraba un entrevistado:

*Esos hospitales públicos de gestión descentralizada prometían un trabajo extenso sobre gestión, sobre indicadores y elementos de organización y de administración... Cosa que la gente que no tenía acceso a la clínica y sanatorios sintiera que estaba bien atendida (...) Para eso también se desarrolla el arancelamiento y la participación del personal que era como un contrato de gestión entre el hospital, o entre el Estado y el recurso humano para que, si cumplían ciertos parámetros, se le iba a retribuir o se iba a distribuir una parte... Se echó a andar la autogestión de los hospitales... Por decreto, se estableció una autogestión donde ellos establecían sus recursos humanos, sus políticas de atención, su régimen de compra, etcétera. Pero, en ese momento faltó un control de gestión. Entonces, cada uno de los hospitales, al faltar un control de gestión, se disparaba sin una política central... La reglamentación del SAMIC era un directorio. Un directorio formado por los médicos, por la comunidad (...) se armaron Consejos de Administración con esa figura de participación... Después, cuando estábamos nosotros en Buenos Aires, vino un ministro que no le gustó cómo funcionaban los hospitales de autogestión... no le gustó que cada uno resolviera por su cuenta, entonces congeló al hospital de autogestión y le dejó*

*únicamente el arancelamiento... Justamente yo le decía “el arancelamiento es una última herramienta del hospital de autogestión. Vos dejaste la última herramienta y congelaste todo el resto” ... Sería bueno que en los hospitales se vuelvan a instalar los consejos de administración... Hay que instalar la participación ciudadana (Funcionario de MSP de 75 años, comunicación personal).*

Para la población usuaria, esto significó un circuito de atención que implicaba la tramitación de un certificado de pobreza para acceder a los servicios y consultas médicas, tal como ya mencionamos:

*Yo me acuerdo cuando viene el hospital de autogestión... venía totalmente operacionalizada con un documento del Banco Mundial del año 94 que es el que propone que los hospitales públicos se transforman en hospitales de autogestión y pudieran cobrar... que fijaran aranceles y había que hacer un certificado de carencia porque cuando vos hablabas con los pacientes, lo primero que te decían era “yo soy un carenciado”, porque tenían que ir a una repartición que atendían de 8 a 12... Encima que no tenían recursos, tenían que certificarlo, y si no tenía eso no se los atendía gratuitamente... (Demógrafa de 75 años, comunicación personal).*

La década de los 90 implicó una fuerte contracción del sistema de salud en su conjunto, a la vez que una fragmentación en las posibilidades de articulación de niveles y programas. La apelación a la participación ciudadana fue el antídoto para frenar el deterioro de las condiciones de salud acentuando el valor del voluntariado ante el desfinanciamiento progresivo de las partidas presupuestarias. Los testimonios dan cuenta de tendencias que generaban sus propias contradicciones: oportunidades para el involucramiento comunitario en un contexto de creciente demanda ante la pauperización y el derecho a la salud, solo accesible mediante la acumulación de factores de riesgo y certificados de acreditación de la pobreza. En ese contexto, tal como refiere una de las entrevistadas, comienza a implementarse el Programa Nacional Materno Infantil y Nutricional (PROMIN) donde los equipos de salud locales con la incorporación de trabajadoras/es sociales inician una articulación con referentes comunitarios, escuelas, comisiones barriales, comedores, centros de salud, etc.

*... estoy hablando unos 90 y piquito... yo me voy al programa como contraparte provincial porque era un programa nacional con financiamiento externo, obviamente. Y acá en la provincia había un problema que era la desnutrición... Era muy interesante por como lo fueron implementando. Era por un lado la parte de salud, pero, por otro lado, todo lo que se llamaban los CDI. Los CDI eran Centro de Desarrollo*

*Infantil...que pudieran ver la evolución del niño, todo su desarrollo social, emocional, cognitivo, etcétera, y poder darle una alimentación adecuada. Por otro lado, estaba la parte de salud que era el control de ese niño desnutrido de una manera más eficaz y ahí se empiezan a implementar todo lo que son los percentilados, las tablas que, hasta ese momento, no se habían implementado... Toda una estrategia en la que había que capacitarse. Se capacitó a todas las enfermeras y se empieza a articular entre tres ministerios. Era el de Salud, el de Desarrollo y el de Educación...toda esa articulación obviamente estaba en terreno... (Trabajadora Social de 60 años, comunicación personal).*

A partir de la puesta en marcha del PROMIN, comienzan a reforzarse los centros de salud, lo que significó para algunos barrios contar con mejoras de ciertas estructuras edilicias para fortalecer la atención materno infantil:

*Una de las estrategias era el modernizar el centro de salud... eran muy precarios, la mayoría eran de madera. Era mejorar todo lo que era la infraestructura de servicios de salud... incorporar ciertas prácticas que no se utilizaban, por ejemplo, no solamente los percentilados, que eran esas tablas, sino las historias clínicas. Las historias clínicas no existían. La gente iba, se atendía y terminaba todo. No había seguimiento, no había nada. Había una estructura, pero más chiquitita, había agentes sanitarios —no en todos, pero había—, había médicos, había enfermeros, y administrativos hasta por ahí nomás. Se empiezan a incorporar los administrativos por el tema de todo lo que eran las historias clínicas... es un paso... importantísimo para el seguimiento de los niños. Niños y embarazadas... eso también ayudó a mejorar los datos de la estadística... entonces empiezan a ver los registros y a ver un poco más de proyección, a ver si se estaban haciendo las cosas bien o mal... Se hacían unas cocinas impresionantes. Se trabajó mucho con la parte de nutrición, (con) el maestro, la jardinera, o en su defecto idóneas de la de la misma comunidad. Las capacitaban para el cuidado de los niños (Trabajadora Social de 60 años, comunicación personal).*

En esta clave de trabajo, la participación comunitaria comienza a afianzarse, no exenta de ciertas fricciones en cuanto a las expectativas de las/os vecinas/os y las posibilidades de adecuar las modalidades de trabajo de los centros de salud para sostener un hacer mancomunado. Así nos comentaban detalladamente la trabajadora social y el funcionario del Ministerio de Salud Pública de Misiones:

... hubo todo una etapa de capacitación muy importante y el trabajo comunitario. Hoy capaz que uno habla de participación comunitaria y hay como un poco más de ejercicio, pero en esa época nada... trabajamos mucho con lo que era talleres con las madres, la parte nutricional, lo hacíamos junto con las nutricionistas... Era más organizar los talleres, utilizar las salas de espera, como para trabajar toda esta temática... y después trabajamos con todo lo que eran algunas organizaciones... En algunos lugares, se pudo trabajar con comisiones vecinales, con algunos comedores... Lo que también trajo bastantes problemas... a veces, por ahí, había gente que quería imponer cómo tenía que trabajar el centro de salud y eso generaba conflictos. Pero pudimos tener varias reuniones, con la escuela... algunas organizaciones sociales, más ordenadas, como comisiones vecinales... Fue muy, muy complicado que los médicos entendieran también. El médico antes atendía al que estaba y se iba. El hecho de tener una obligatoriedad de ir, de controlar, de volver, de tener un tiempo más, era difícil. Obviamente que no dependía de mí, porque te imaginas que un trabajador social le vaya a decir "quédate dos minutos más" ... ¡Piiin! ¡fuera!... Bueno, tampoco podés pensar en prestar un buen servicio cuando la infraestructura no daba, entonces iba el médico un ratito porque también ¡pobre tipo! había que llegar ahí... Me acuerdo de que llegamos a hacer diagnósticos comunitarios, de juntar a mucha gente... se invitó a todos, la iglesia, la escuela, las comisiones vecinales. Hicimos con un médico, pero él era un médico muy particular porque era un sanitarista, entonces tienen otra mirada... nos reunimos todos, les preguntamos cuáles consideraban que eran los problemas que había del barrio... se anotaron todos los problemas, votaron para hacer la prioridad y de ahí empezamos a trabajar... Fue hermoso, pero después a la hora de trabajar cuesta mucho. Cada uno se va, va para acá, para allá, había que estar buscándole: "por favor, vamos a la reunión para ver cómo seguimos trabajando" ... Creo que quedó una buena experiencia, esto de poder hacer algo en terreno. Lo que cuesta mucho es dejar esta capacidad instalada de participación (Trabajadora Social de 60 años, comunicación personal).

... se ha citado muchas veces a la ciudadanía y no se le dio respuesta. Se ha mal usado. Para citar a la participación, vos tenés que estar preparado, tenés que saber un lenguaje llano y tenés que saber llegar... la participación es darle lugar a cada

*uno y saber escuchar, no discutir. Escuchar para aprender y no para discutir... Muchos de los funcionarios a veces toman muy a pecho lo que está diciendo la población y se levantan, o se ofenden, o cortan el diálogo... cuando vos querés hacer un diálogo, tenés que estar preparado para escuchar todo, después formás tu opinión... Una de las de las cosas que yo les digo, no crean que van a discutir y van a sacar la cosa en dos días... buscar el consenso, es muy difícil, pero el consenso es necesario para que todo sea sustentable y sostenible en el tiempo... tenés que buscar, en la participación ciudadana, el consenso. Porque cuando vos consensuaste, vos te apoderás de eso... No hay una preparación de la población, ni hay una preparación del funcionario. Son mal llevados por ahí los funcionarios, creen que se impone todo y estamos muy mal acostumbrados a imponer las cosas La participación ciudadana que van a estar todos sentados ahí y vos le bajás línea. Todos me van a decir “Eh... pero vos me querés ganar por goleada, y yo no te puedo hacer ningún gol” (Funcionario MSP de 75 años, comunicación personal).*

Los relatos remiten a las preocupaciones de la década de los noventa: la necesidad de generar y hacer un seguimiento de los datos estadísticos, bajar los índices de morbi-mortalidad materno-infantil y dar anclaje a la participación comunitaria. Comienza a instalarse como prioridad la proyección estadística de los datos para fundamentar la implementación de las políticas sanitarias y un sistema de georreferenciamiento de la población atendida como lo remarcaba uno de los entrevistados:

*... Se empezaba a trabajar ya a fines de los 90 y principios del 2000 con una población georreferenciada. Había una aplicación muy fragmentada de salud... Entonces para comenzar a combatir esa fragmentación se aplicaba un georreferenciamiento... Cuántas familias hay, qué información tienen, qué genética tienen, cómo es el medio ambiente, si dentro de esa familia hay obesos, hay violencia (otros problemas) ... La necesidad de recuperar su salud en ese primer nivel. Si hay algo que amerita, algo de más complejidad, y que ese primer nivel de atención no puedo atender se le deriva, con nombre y apellido, al segundo nivel y si no un tercer nivel. Van con una orden de referencia y cuando vuelven a su lugar habitual funciona el contrarreferenciamiento. La historia de esa persona, la vida de esa persona en salud está en primer lugar en el georreferenciamiento... (Funcionario del MSP de 75 años, comunicación personal).*

La experiencia del PROMIN dejará una impronta en el primer nivel de atención, a partir de la incorporación de las/os trabajadoras/es sociales, dando lugar a la creación del Área Social exclusivamente en la Zona Capital (Posadas), para encarar estrategias de articulación diversas entre efectores de salud y reforzar el trabajo materno-infantil. Es así como, por ejemplo, se habilita la participación de APS en el tercer nivel de atención:

*La idea era que los centros de salud PROMIN fueran modelos para los otros centros de salud. Por ejemplo, la historia clínica, que no se hacía, se empezaron a hacer... Claro, tenían que después ir incorporando todas estas buenas prácticas... Eran las zonas más vulnerables. Acordate que en esa época no estaba ni siquiera la relocalización del A4. La A-32 estaban recién empezando... La idea era muy clara: sacar a los chicos de la desnutrición. Chicos y embarazadas... Y yo ahí me voy a APS... había que empezar a darle una dinámica distinta a lo que venían los Centros de Salud... Comienzo a tener mucha relación con la gente de APS, de lo que era la Dirección de Zona... Entonces, me voy a trabajar con la doctora. Es muy interesante, porque ella era bien médica de hospital, médica pediatra. Me dice, “yo no podía entender, no la podía entender” me dijo (se refiere a la APS) ...Al principio de 2000 por ahí. “Bueno, vamos a crear el área social. Ustedes pónganse, escriban”. Así que bueno, con mi compañera ¡dale acá, acá, acá! todas las experiencias y pruebas que había como para armar el área, y se forma el área social... En ese momento, nos dice: “Mirá, necesitamos que vaya alguien a los comités de análisis de mortalidad”. Entonces, le digo: ¿nosotros? “sí, vayan ustedes” ... Estos Comité de análisis de muerte eran muy interesantes, porque lo que se estudiaba era si esa persona se tenía que morir o no. Si se habían hecho todas las actuaciones preventivas, por eso lo traigo a colación. Eran muertes que nosotros consideramos muertes prematuras. Si esa persona hubiera tenido otra cantidad de estrategias, esa persona seguiría viviendo... La persona muere por lo general en el hospital, pero la persona vive en una comunidad, tiene relaciones y tiene ingreso ¿por dónde al sistema? Entonces, por eso nosotros íbamos, por APS. En eso tenía que estar la pata de APS. Empezamos a trabajar todo lo que ellos llaman las autopsias verbales, que son las entrevistas a la familia, que habían perdido un familiar... Los médicos analizaban todas las historias clínicas que se buscaban de los centros de salud, del hospital y nosotros íbamos a hacer las entrevistas a la familia, se trabajaba solamente con la mortalidad de los niños menores de un año y cinco años y las mujeres embarazadas o en edad*

*fértil... Y empezamos a ver con una guía de análisis, y decíamos acá fallamos. Dentro de lo que es el sistema, de trabajar sobre todos los determinantes. Es decir, si la persona tiene educación, cuál era el nivel económico que tenía, si entendía o no entendía al médico, cuál era la accesibilidad al sistema... (Trabajadora Social de 60 años, comunicación personal).*

La declaración de la Emergencia Sanitaria a nivel nacional del año 2002, bajo el Decreto 486/02 del Poder Ejecutivo Nacional, marcó el desplazamiento hacia una revisión de lo actuado en la APS. El Consejo Federal de Salud (COFESA), en el 2003-2004, pondría el foco en el primer nivel de atención generando iniciativas respecto de sus articulaciones, pero también fijando prioridades y modalidades de acción. Así, lo recordaba uno de los entrevistados:

*Dejar de subsidiar al enfermo y empezar a subsidiar a la persona sana... Esa era la idea de qué es lo que queríamos por salud. Desde los años 2003-2004 hay una mirada muy positiva hacia la salud... hablamos de que la atención primaria es un continuo. Vos decís: “bueno, vamos a hacer en el barrio y ponemos, en una salita de salud, profesionales”. Pero la atención primaria es un continuo. El continuo significa una constante capacitación... En el año 2003, 2004, nosotros largamos la figura del promotor de salud. En realidad, hablamos de agentes sanitarios... pero cuando vamos al Ministerio de Economía eran mil agentes. Mil agentes sanitarios, a mí me sacaron de una patada... Entonces, vengo y busco el plan de cuentas del presupuesto y veo que hay promotores de salud mediante becas, por eso salió la figura del promotor de salud que cobraba becas, no sueldo... Se le pagaban becas y no sueldo. A la par de hacer hincapié en explicar el plan, tenés que hacer hincapié en capacitar y en formar capacitadores, cosa que no se deja nunca... Estuvimos estudiando cómo identificarlos... salió el color amarillo, la frase de Misiones es Salud. Todo fue estudiado para la aplicación del plan: que salieran a llevar adelante la atención primaria, el conocimiento, el georreferenciamiento de la población, todo subsidiando a la demanda (Funcionario del MSP de 75 años, comunicación personal).*

En esta dirección, con la participación provincial en el COFESA se activaron dos líneas programáticas: por un lado, el incremento y fortalecimiento del recurso humano en la APS y por otro, la implementación del programa Médicos Comunitarios. En palabras de nuestras/os interlocutoras/es esto significó revalorar la figura del agente/promotor de salud e incorporar, a los equipos, psicólogos/os, trabajadoras/es sociales y antropólogos/os.



*...a partir de ahí, el elemento principal no son ni los hospitales, ni los médicos, ni los otros especialistas, sino es el promotor de salud... Teníamos un apotema que decía que el promotor de salud es la puerta de entrada al Ministerio. Dividíamos, cada mil habitantes teníamos un promotor, y ese promotor se hacía cargo de la salud de los habitantes. Salud, que tenía que ver con tres indicadores básicos: la genética, el medio ambiente... y, el fundamental, y que tiene aún hoy día, mucha incidencia, el estilo de vida... (Funcionario MSP de 75 años, comunicación personal)*

*... creo que, como política pública, el Ministerio tuvo esa visión —después podemos discutir los errores que tuvieron— de ponerle mucha fuerza a la APS. Se volvieron a mejorar los centros de salud... se incorporó recursos humanos, muchos recursos humanos desde Médicos Comunitarios... todo lo que fue incorporar médicos, que se los empiezan a capacitar... no eran solamente médicos, sino eran todos los equipos en que se incorporan psicólogos, trabajadores sociales... Fue muy importante, esta movida fortaleció mucho el sistema... Acá, a nivel provincial, incorporan a los promotores de salud. Podrías cuestionarlo o no. Como estrategia no era mala, permitía tener más llegada... se incorporan cualquier cantidad de profesionales... ¡Ojo! eran todos pagos por el nivel nacional, no había pagos por el nivel provincial (Trabajadora social de 60 años, comunicación personal)*

En estos años, las tareas en terreno de los efectores de salud empezaron a ser ponderadas como el diacrítico de trabajo: “En los CAPS es salir a ver la demanda, tenés que salir a ver qué demanda hay” (Funcionario del MSP de 75 años, comunicación personal). A la par que se efectúan estos movimientos, la EBY también generó articulaciones con el sector de salud y las ONG. En los distintos barrios se organizaron operativos de atención ambulatoria. Lo que empezó con equipos pequeños, con el sostenimiento de políticas sanitarias, tomó más preponderancia y volumen:

*... Estaban, en ese momento, en el proceso de relocalización, había un grupo de las familias ya relocalizadas en los barrios creados para tal fin y había otro grupo que todavía permanecían en sus viviendas originarias... Entonces en los dos grupos hicimos el trabajo de investigación junto con otro antropólogo. En función de este diagnóstico de situación que hicimos, se elaboró el programa, en base a los datos que teníamos, acerca de las necesidades. La propuesta que hicimos fue hacer un programa basándonos en el material y en el consultorio móvil con un sistema de atención itinerante,*

*domiciliaria. Es decir, recorrer los distintos barrios, tanto de los relocalizados como a relocalizar, e ir trabajando en proximidad con los pacientes, con las personas... Al principio, era pequeño, acotado, íbamos agregando a medida que veíamos la necesidad. Teníamos varios médicos, enfermeros, farmacéuticos, bioquímicos, psicólogos, nutricionistas, odontólogos. O sea, nuestro equipo era muy completo, interdisciplinario. Como tuvimos una epidemia de dengue, por ejemplo, brotes epidémicos, incorporamos biólogos. Creamos el departamento de dengue, específicamente, y con eso ya se diversificó ampliamente nuestra tarea. También nos dedicamos a la tarea docente, formamos grupos de médicos, enfermeros y que íbamos a las escuelas, se daban charlas en donde iba nuestro equipo y se juntaban con los docentes primero y después con los alumnos. Es decir, que hacíamos promoción de la salud y era muy importante eso... Era un conglomerado de cosas en que todos trabajamos en forma conjunta ahí y tratamos de apoyarnos permanentemente y de suplir las necesidades, y así sirvió en muchos aspectos, porque nosotros a través de nuestro programa pudimos detectar pacientes que teniendo enfermedades graves, que no habían sido tratadas, ni siquiera consultadas... La ventaja que tuvimos fue que justo, en esa época, el gobierno había puesto el Programa Remediar, cosa que nos vino estupendamente porque nos proveyó de medicamentos, que supimos aprovechar... Nuestro programa duró 10 años, desde el 2006 al 2016 (Médico de 69 años, comunicación personal).*

El trabajo con la participación comunitaria y en articulación con otras instituciones se constituyeron en pilares de sus intervenciones, según nos contaba uno de los médicos coordinadores de los operativos itinerantes:

*Los cambios que se producían eran abismales y en poco tiempo se notaba, sobre todos los niños, porque tienen una rápida recuperación, cuando cambia su estatus. Porque, en los barrios relocalizados, la gente ya disponía de comedores comunitarios que le brindaban la comida y, entonces, ya era más cotidiana la alimentación, más adecuada que en los barrios donde estaban antes. A pesar de que había mucha gente que no quería abandonar su lugar... También participamos en eso, en ir y hablar con la familia para que se relocalicen, porque el agua iba a subir... La EBY había dispuesto un mecanismo de contención a esas familias... dispuso la presencia de muchos trabajadores sociales que los recibían a los relocalizados y le*

*informaban, les enseñan a usar la casa nueva... Durante la epidemia del dengue, nosotros implementamos los camiones para descacharrizar, y también hacíamos limpieza de los barrios... trabajamos sinérgicamente con las comunidades. Lo importante que yo veía, y necesario, era la participación comunitaria, eje fundamental para el éxito de cualquier programa. Hacíamos reuniones permanentemente y ahí se discutían todos los temas: de seguridad, de atención sanitaria, de alimentación... nosotros brindamos asesoramiento nutricional a los comedores... Todos se engancharon por el nivel de proximidad que teníamos, porque no contaban antes con esos servicios. Al encontrar que nosotros íbamos periódicamente a los 15 días, cuando llegábamos ya nos esperaban con chipa cuerito... (Médico de 69 años, comunicación personal).*

El recorrido por estas experiencias da cuenta de una serie de cuestiones que atravesaron las dinámicas de la APS en Posadas, al calor de una expansión urbana signada por coyunturas nacionales y locales. A modo de cierre, retomamos las principales aristas que signaron cursos de acción en los distintos momentos. Si bien no agotamos todas las implicancias de estas miradas retrospectivas, en lo que sigue, referenciamos algunas pistas significativas para leer la trayectoria de la APS en las últimas décadas del siglo XX y las primeras del siglo XXI.

### **Recapitulando**

Con las lecturas de los estudios realizados en Posadas y las entrevistas buscamos hilvanar una reconstrucción de la APS local, teniendo presente las escalas de acontecimientos, a nivel macro y micro, que tornearon las posibilidades del hacer en este primer nivel de atención. Así, en diálogo con los trabajos referidos a las políticas de expansión urbana y a la APS en Posadas —de acuerdo con nuestros ejes de análisis— realizamos un ejercicio de contextualización que nos permitió identificar las condiciones del despliegue de la APS, el bagaje de continuidades y discontinuidades, lo que perduró o se desvaneció en dicho proceso. Aquí ponemos de relieve los alcances y las ambigüedades de esta trama del primer nivel de atención en salud condicionada por estructuras preexistentes, donde se inscribieron los cursos de acción narrados por nuestras/os interlocutoras/es. La recuperación del aspecto vivencial de las experiencias nos ha permitido dar encarnadura a las cuestiones priorizadas, al carácter de las intervenciones y las redes que se fueron tejiendo. Todas/os las/os entrevistadas/os remarcaron la importancia de la APS, sin embargo, a lo largo de las charlas, coincidieron en la escasa valoración social del trabajo en este nivel, en términos de inserción laboral y reconocimiento profesional. Sentirse como el “último orejón del tarro”, tal como lo mencionaba una de las interlocutoras, de algún modo, sintetiza varias tensiones estructurantes que recorren los pilares de la APS: 1) las capacitaciones y el trabajo en

los centros de salud, 2) la participación social y 3) la intersectorialidad para encarar las tareas de promoción y prevención.

En cuanto al primer eje, los relatos referenciaron —en las distintas etapas— ciertas dificultades respecto no solo a la formación en los lineamientos de APS de los equipos en su totalidad, sino también en sus capacidades operativas reducidas, al encontrarse ante la constante movilidad y demanda poblacional atravesada por diversas crisis. Aquellas/os médicas/os con mirada sanitarista, que se inmiscuyeron en los centros de salud, fueron los mejor predispuestos a buscar herramientas formativas y a no limitarse únicamente a la atención en los consultorios, participando de otras actividades con la comunidad y organizando la atención de acuerdo con la demanda de la población usuaria, aun cuando también trabajaban en los hospitales o en el sector privado. En relación con el agente sanitario, como eslabón imprescindible en el nexo entre el sistema y la comunidad, si bien recibieron distintas capacitaciones para la actuación en terreno, sus condiciones laborales fueron las más endebles e inestables. A tal punto, que la figura de promotor voluntario de salud, creada en la década de los 90, para “paliar” la falta de recursos y dar anclaje comunitario a las acciones de contención, fue percibido por estos más como un atisbo más de la precariedad y fragilidad del sistema que como señal de robustecimiento.

El enfoque de riesgo redefinió la modalidad de las visitas domiciliarias en paralelo al arancelamiento hospitalario, quedando la participación social subsumida a “una administración de pobres para pobres”. De este modo, el segundo tópico, la participación comunitaria en salud se volvió, por momentos, esquiva, presentando dificultades para canalizar las expectativas de la población. La capacidad para sostenerla en el tiempo se veía comprometida cuando las familias tenían que lidiar con la búsqueda constante de medios para subsistir. Además, surgían desafíos para establecer consensos que involucraran la capacidad de escucha por parte de los diseñadores e implementadores de las políticas en APS. Además, tal como mencionamos, las relocalizaciones habían resquebrajado los lazos de solidaridad comunitaria y en muchos casos las/os vecinas/os apenas se conocían entre sí.

En tercer lugar, respecto de la intersectorialidad las/os entrevistadas/os refirieron a diversas experiencias en dos direcciones. Por un lado, los esfuerzos en estrechar lazos de trabajo entre el hospital y los centros de salud, con la creación de un Servicio de Medicina General interdisciplinario, a finales de la década del 80, los consejos de administración de los directorios SAMIC, la participación del área social de APS en los comités de análisis de mortalidad y con el PROMIN, mediante la implementación de las historias clínicas, a mediados de la década de los 90. En esta línea, observamos movimientos que buscaron una mayor integración entre los distintos niveles de atención, para dejar de verlos de modo aislado o disociados, y reconocer a la APS como puerta de entrada al sistema. Por otro lado, se mencionaron las iniciativas para generar vinculaciones transversales con otras agencias, tales como otros ministerios, entidades nacionales, escuelas, organizaciones barriales y no gubernamentales, enfocando en las propuestas que tuvieron como prioridad disminuir los indicadores de desnutrición y morbi-mortalidad materno infantil. Para los equipos, esto significó encontrar puntos

de apoyo y sinergia en determinados momentos que, si bien no fueron uniformes o sostenidos en el tiempo, dieron la posibilidad de obtener y suplir recursos por fuera de las partidas presupuestarias de salud para concretar algunas de sus acciones.

En este racconto visualizamos que estas experiencias pusieron en relieve dos tendencias en puja en la trayectoria de la APS local. Una, asociada a la idea de estrategia sanitaria basada en una promoción y prevención integral que involucra a todo el equipo de salud y los sectores implicados en un territorio. Otra, asociada a la concepción de APS como una mera extensión de la atención biomédica, fundamentada en una división social del trabajo, donde se asignan tareas de modo fragmentario, orientadas a regular la demanda de la atención médica.

### Referencias bibliográficas

- Armus, D. (2010). “¿Qué historia de la salud y la enfermedad?”. *Salud Colectiva*, 6(1), 5-10. ISSN 1669-238; e-ISSN 1851-8265.
- Ase, I. & Burijovich, J. (2009). “La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?”. *Salud Colectiva*, 5(1), 27-47. ISSN 1669-238; e-ISSN 1851-8265.
- Báez, A. (2001). “Las prestaciones obstetricias: entre el amor y el temor (un análisis desde la micro teoría de las donaciones)”. *Revista Estudios Regionales*, 9(12), 67-79. ISSN: 0328-0977.
- Báez, A. & Schiavoni, L. (2011). “¿Una vida saludable es posible? Oportunidades y contradicciones institucionales para garantizar el derecho a la salud en pequeños municipios de Misiones”. En A. Báez & F. Jaume (comps.), *Desarrollo y Ciudadanía en Misiones, Argentina. Escenarios locales y procesos políticos*, (pp. 453-513). Posadas: EDUNaM.
- Barba, C. (2004). “Los enfoques latinoamericanos sobre la política social: más allá del Consenso de Washington”. *Espiral*, XI (31), 85-130. ISSN: 1665-0565; e-ISSN: 2594-021X
- Bartolomé, L. (comp.). (1985). *Relocalizados: Antropología Social de las poblaciones desplazadas*. Buenos Aires: IDES.
- Bertolotto, A., Fuks, A. & Rovere, M. (2012). “Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto”. *Saúde em Debate*, 36(94), 362-374. ISSN: 0103-1104; e-ISSN: 2358-2898.
- Bidegain, E. (2008). *Impacientes. El personal de un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Posadas, Misiones, 2004-2006. Una etnografía* (Tesis de licenciatura no publicada). Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones.
- Brites, W. (2010). “Transformación urbana y periferización. La experiencia de los conjuntos habitacionales de la población relocalizada”. *Ciudades*, 13, 219-237. ISSN: 1133-6579; e-ISSN: 2445-3943.

- Brites, W. (2019). *Ciudades, teorías e investigación urbana. Una aproximación a los procesos de Posadas y Encarnación*. Buenos Aires: CICCUS.
- Castellaro, L., Delgado, L., Guareschi, E. & Revale, E. (2012). “El período de oro de la APS, la experiencia de Eldorado”. *Salud y Población*, 7, 86-91. ISSN: 1669-0966; e-ISSN: 1669-6980.
- Catullo, M. & Brites, W. (2014). “Procesos de relocalizaciones. Las especificidades de los reasentamientos urbanos y su incidencia en las estrategias adaptativas”. *Avá*, 25, 93-109. ISSN: 1515-2413; e-ISSN: 1851-1694.
- Draganchuk, C. (2017). *Las Prácticas Sanitarias de los Promotores de Salud, en el marco del Programa de Atención Primaria de la Salud. Análisis de una experiencia sanitaria en dos efectores de salud pública de la provincia de Misiones* (Tesis de maestría no publicada). Universidad Nacional de Misiones.
- Freidin, B., Ballesteros M., Krause, M., Wilner, A. & Vinitzky, A. (2020). *Atención primaria de la salud en tiempos de crisis. Experiencias de un equipo de salud en el conurbano de Buenos Aires*. Buenos Aires: Teseo.
- Jaume, F. (2011). “La represa, el municipio y los oleros: crónica de un desalojo compulsivo”. En A. Báez & F. Jaume (comps.), *Desarrollo y ciudadanía en Misiones, Argentina. Escenarios Locales y procesos políticos*, (pp. 325-361). Posadas: EDUNaM.
- Maceira, D. (comp.). (2007). *Atención Primaria en Salud. Enfoques Interdisciplinarios*. Buenos Aires: Paidós.
- Schiavoni, G. (2008). (comp.) *Campesinos y Agricultores Familiares. La cuestión agraria en Misiones a fines del siglo XX*. Buenos Aires: CICCUS.
- Sintes, L. (2003). *Los Promotores Voluntarios de la Salud en la ciudad de Posadas: análisis de una experiencia sanitaria*. Posadas: EDUNaM.
- Sintes, L. (2011). “Procesos emergentes en el acontecer de una población relocalizada, Posadas-Misiones”. En A. Báez & F. Jaume (comp) *Desarrollo y ciudadanía en Misiones, Argentina*. Escenarios locales y procesos políticos. (pp. 267-290). Posadas: EDUNaM.
- Sintes, L. & Baez, A. (2001). “Atención de la salud en el área de frontera: Posadas-Encarnación”. *Revista Estudios Regionales*, 9(12), 41-50. ISSN: 0328-0977.
- Santos, M. (2000). *La naturaleza del espacio*. Barcelona: Ariel.
- Stolkiner, A., Comes, Y. & Garbus, P. (2011). “Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2807-2816. ISSN: 1413-8123; e-ISSN: 1678-4561.
- Thomas, O. (2014). *Yacyretá: Energía para el Desarrollo 1973-2013*. Buenos Aires: Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios y Entidad Binacional Yacyretá.
- Valenzuela, C. (2006). “Contribuciones al análisis del concepto de escala como instrumento clave en el contexto multiparadigmático de la Geografía contemporánea”. *Investigaciones geográficas*, 59, 123-134. ISSN: 0188-4611; e-ISSN: 2448-7279.