

# Atención Primaria de la Salud: movimientos neoliberales y política de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

---

Daniela Cherry<sup>1</sup>  
Carolina María Volpi<sup>2</sup>

## Resumen

El trabajo apunta a analizar de manera crítica las tensiones de la Atención Primaria de la Salud (APS) como política pública de salud y su aplicación desde y en los efectores del primer nivel de atención de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), a partir de una investigación bibliográfica y la revisión de registros propios de la práctica profesional.

**Palabras clave:** POLÍTICA SANITARIA, NEOLIBERALISMO, TRABAJO SOCIAL.

## Abstract

This work aims to critically analyze the tensions of Primary Health Care (PHC) as a public health policy and its application in first level health care providers of the City of Buenos Aires (CABA). It is based on bibliographic research and the review of records of professional practice.

**Key words:** SANITARY POLICY, NEOLIBERALISM, SOCIAL WORK.

---

<sup>1</sup> Lic. en Trabajo Social. Trabajadora Social del Depto. de Servicio de la Dirección de Prestaciones de Jubilaciones y Pensiones del Instituto de Seguridad Social de Neuquén (ISSN). [cherrygdani@gmail.com](mailto:cherrygdani@gmail.com)

<sup>2</sup> Lic. en Trabajo Social. Trabajadora Social en el Hospital General de Agudos "Dr. E. Tornú" de la Ciudad de Buenos Aires. Docente de Trabajo Social y Planificación Social en la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. [carolinavolpi.ts@gmail.com](mailto:carolinavolpi.ts@gmail.com)

## **A modo de introducción**

El presente trabajo surge como resultado de reflexiones disparadas por nuestro tránsito como trabajadoras sociales en el marco de la formación de la Residencia de Trabajo Social. Esta formación nos implicó, a lo largo de los años 2019 y 2020, inserciones en tres espacios diferentes de Atención Primaria de la Salud (APS): el Área Programática (AP) de un Hospital General de Agudos (lo denominaremos como “A”) y dos Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) (“B” y “C”), todos ellos ubicados en el norte de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA); además de participar mensualmente en una Red Comunal, compuesta hace 20 años por instituciones y organizaciones de una comuna de la CABA<sup>3</sup>.

Nuestro paso por estos espacios se vio atravesado por diferentes procesos que entendemos hacen a la política de salud y por lo tanto tienen efectos constantes sobre los efectores de salud, los trabajadores de los mismos y los usuarios. Por nombrar algunos: implementación de SIGEHOS (sistema unificado informático para el subsector público de salud) e Historia de Salud Integral (HSI) en las instituciones de salud; procesos de gentrificación, urbanización y relocalización planificados y ejecutados por el Estado; disputas por el uso del espacio público; aumento en la burocratización del acceso a políticas públicas que complementan el acceso a una salud digna; reforma de la carrera profesional en salud e intento de reforma de la Ley de Residencias y Concurrencias de CABA, entre otros. Entendemos que todo esto hace a una coyuntura extremadamente particular en la que el derecho a la salud y su “universalidad” están en disputa.

En función de estos movimientos, nos preguntamos por el lugar de la Atención Primaria de la Salud (APS) en las políticas de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) y las tensiones que existen entre la APS como política pública oficial del GCBA y las prácticas cotidianas de los equipos de salud en los efectores públicos de la Ciudad.

Es por esto que definimos como objetivo general del trabajo reflexionar en torno a las tensiones de la APS como política pública y su aplicación en y desde los efectores de salud. Para hacerlo, recurrimos a la recuperación y análisis de nuestros registros de campo, a la vez que realizamos una investigación bibliográfica. Ésta última ha sido de lo más variada, desde documentos oficiales de organismos internacionales y diferentes niveles del Estado, hasta documentos sindicales, pasando por artículos que intentamos fueran lo más recientes posibles para ayudarnos a enriquecer nuestra caracterización del lugar de la APS hoy.

El desarrollo del trabajo esperamos permita, en primer lugar, dar un marco crítico a la propuesta de política pública en salud del GCBA, a nivel nacional y local. Luego, intentaremos reflejar nuestras reflexiones en torno a las tensiones en la implementación de la misma en los efectores de salud por los que hemos pasado.

Hemos podido experimentar cómo la cotidianidad de los equipos de APS se encuentra regida por el tironeo entre los lineamientos de la política pública desde el Ministerio de Salud de CABA y la construcción urgente de la demanda de los usuarios del sistema, cotidianidad a su vez atravesada por el impacto concreto que esto tiene en

---

<sup>3</sup> Elegimos el anonimato de los efectores por cuestiones éticas y de resguardo hacia los profesionales que allí trabajan.

los procesos salud-enfermedad-atención-cuidado (PSEAC) de les usuaries y en el proceso de trabajo de les profesionales de la salud<sup>4</sup>.

### **De Alma Ata a Astaná: movimientos neoliberales en salud**

Para poder responder algunos de los interrogantes que nos surgían a la hora de pensar este trabajo, consideramos que hace falta contextualizar la política de salud del GCBA con respecto a la APS. Es nuestro punto de vista que esta política que se está dando no es únicamente local, sino que encuentra sus gérmenes en movimientos neoliberales a nivel global.

Las Declaraciones de Alma Ata (1978) y Astaná (2018) son declaraciones sobre la APS. En la primera se identifica el surgimiento de la APS como estrategia, como función central y núcleo principal del sistema de salud; mientras que la segunda implicó un balance y reformulación de la primera, 40 años después. Si bien por cuestiones de extensión no podremos adentrarnos en detalles de cada una de ellas, en líneas generales podemos decir que se advierte, de una a la otra, un viraje de lo colectivo a lo individual, de la intencionalidad integral a un intento de abordaje acotado y básico de la salud de las poblaciones mundiales.

Teniendo en cuenta lo difundida y analizada que ha sido Alma Ata<sup>5</sup>, hemos decidido hacer foco en Astaná. En 2018, la Declaración de Astaná reafirma ciertos puntos de la anterior. Se presenta a la APS como

la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud” (OMS, 2018:5). Expresa que hay que trabajar sobre los determinantes sociales, económicos y medioambientales. A pesar de esto, la forma en la que plantean las problemáticas de salud deja vislumbrar una mirada atomizada de la salud y desprendida de sus determinantes sociales, del modelo de explotación y producción, responsabilizando al individuo por su padecimiento. Por ejemplo, sostiene que las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son ‘debido al consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, los modos de vida y comportamientos poco saludables, y la insuficiente actividad física y las dietas malsanas’ (OMS, 2018:5), desconociendo que los ‘modos de vida’ no son simples elecciones individuales (...) (RIEPS, 2019:17).

---

<sup>4</sup> A los fines de este trabajo se hará hincapié principalmente en les profesionales de la salud (entre quienes incluimos, aunque la normativa de carrera profesional no lo haga, a les enfermeres entre otras) sin desconocer que los lineamientos de la política sanitaria impactan también en el resto de les trabajadores en efectores de salud (administrativos, personal de limpieza y seguridad, etc.).

<sup>5</sup> En líneas generales, la Declaración de Alma Ata es reconocida como revolucionaria al poner en la agenda mundial a la APS como función central y núcleo principal del sistema de salud. En su desarrollo expresa que la APS “representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS, 1978). Se enuncia que la APS comprende de manera imperante las condiciones ambientales (se refiere al “abastecimiento de agua potable y saneamiento básico”) y requiere la coordinación de distintos sectores. Apela a la responsabilidad de los gobiernos, quienes deben formular políticas y planes de salud a fin de lograr un sistema nacional que contemple la coordinación con otros sectores y enuncia al pueblo como actor fundamental de la APS, tanto a nivel individual como colectivo. Sumado a esto, se hace referencia al uso adecuado de los recursos mundiales para mejorar la salud de toda la humanidad.

La Declaración de Astaná y las recomendaciones del Banco Mundial (BM) en los últimos tiempos (de Ortúzar, 2018) hacen referencia a una APS selectiva<sup>6</sup>, la cual intenta garantizar ciertos servicios básicos de alto impacto para afrontar las principales problemáticas de la salud en los países en desarrollo. De esta forma, se constituye como un conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para “los pobres” y termina de distanciarse de las propuestas de Alma Ata.

Es la Declaración de Astaná la que posiciona a la CUS como respuesta a la ineficiente administración y organización de la salud en las últimas décadas. Expresa que la pobreza extrema se relaciona con *“los gastos directos desproporcionados en la salud”* (OMS, 2008:4), omitiendo las complejidades estructurantes que vulneran el derecho a la salud de millones de personas. Por otro lado, manifiesta la importancia que tiene la introducción de nuevas tecnologías, las que ayudarían a *“mejorar el acceso a la atención de la salud, enriquecer la prestación de los servicios de salud, mejorar la calidad de los servicios y la seguridad del paciente, y aumentar la eficiencia y la coordinación de la atención”* (OMS, 2018:9).

Es interesante considerar la coyuntura en la que se da la Declaración Internacional de Astaná. El neoliberalismo está instalado como modelo estatal, el BM y el Fondo Monetario Internacional (FMI) se han afianzado como actores de peso a la hora de influenciar a las políticas en salud. Según los propios datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *“para el 2015 apenas un cuarto de los recursos financieros de la OMS provenían de aportes gubernamentales, mientras un 75% provenían de laboratorios farmacéuticos, otras empresas trasnacionales y la filantropía internacional”* (Rovere, 2018:322), lo cual permite, de mínima, dudar de los intereses detrás de las recomendaciones planteadas como neutrales desde la OMS.

Entendemos que los movimientos de Alma Ata a Astaná pueden pensarse como movimientos del neoliberalismo en salud. Tomando a Molina y Tobar,

el neoliberalismo en salud constituye un discurso de origen económico político que al ingresar en el ámbito sanitario se organiza sobre tres premisas principales: 1) primacía de la concepción biomédica, 2) la influencia del enfoque denominado Nueva Gestión Pública y 3) una concepción tecnocrática del sistema de salud (Molina y Tobar, 2018:65).

Entendemos por Nueva Gestión Pública o Nuevo Gerenciamiento Público (*new public management*) al modelo a partir del cual se fundamentan los movimientos neoliberales en salud, *“se autopresenta como un modelo estandarizado de desempeño apto para reemplazar el modelo burocrático que orientó el desarrollo de las organizaciones del Estado de Bienestar y para ‘liberar’ a las organizaciones públicas de interferencias de la política”* (Ibídem, 2018:68). A partir de esta concepción, se orientan transformaciones en los servicios de salud en función de reformas que priorizan al mercado, al mismo

---

<sup>6</sup> A inicios de la década de los ‘80, las dictaduras y la instauración de procesos neoliberales en los distintos países dificultaron pensar a la política de salud de manera integral, en términos de sistemas nacionales, siendo el Estado el organizador y garantizador de llevar a cabo políticas de carácter universal. “Se empieza a plantear la necesidad de una atención primaria selectiva. Es decir, que concentre todos sus esfuerzos en algunas intervenciones, dirigidas a grupos de población precisos y en donde se maximiza la eficiencia en el uso de los recursos” (Ase, Burijovich, 2009: 34).

tiempo que se refuerza la idea de la política como interferencia para la gestión y se prioriza una mirada tecnocrática de la salud.

En el siglo XXI nos encontramos con una versión recargada de neoliberalismo en salud, profundizando líneas apuntadas a modernizar los servicios de salud (modificando en el mismo movimiento la relación entre usuaries y prestadores). Estas propuestas tienen un acento en la concepción biomédica de la salud y en la necesidad de fundamentar en la racionalidad la definición de problemas y políticas públicas como instancias basadas en evidencia, invisibilizando así el carácter inherentemente político de la gestión pública y la visión del mundo que acompaña cualquier diseño de Estado.

Es en esta línea que se introduce la Cobertura Universal de Salud (CUS) desde la OMS<sup>7</sup>, expresión que pareciera referirse a una ampliación de derechos cuando en realidad se trata de una identificación y nominalización de los usuaries de los sistemas de salud para, en función de su caracterización, poder definir paquetes restringidos de atención (González y Nin, 2018). Sumado a esto, una mirada centrada en el individuo y en la atención de su salud biomédica desplaza las ideas de salud pública y colectiva, a la vez que obstaculiza el reclamo al Estado por la garantía amplia del derecho a la salud, como la vivienda, el empleo, la educación, la asistencia social, etc.

Se trata de una presentación engañosa sin lugar a dudas. La CUS es acompañada de un discurso simbólico progresista que ayuda a disimular los objetivos concretos de su propuesta. Como expresa Laurell en entrevista con González y Nin,

estos discursos ideológicos aprovechan e incorporan una serie de cuestiones que están en el debate público y que tienen fuerza por sí mismas por representar valores sociales extendidos, pero logran vaciarlas de contenido (...) Esto, porque si de pronto se escucha 'acceso' o 'cobertura universal de salud', el común de las personas piensa que eso es bueno, porque de ese modo tendrá acceso a todos los servicios. Sin embargo, lo que queda oculto en el discurso, es que el modelo apunta por el contrario al recorte de un derecho. Por eso todos los discursos ideológicos tienen por finalidad construir una nueva subjetividad (Ibídem, 2018:185).

### **Traducciones nacionales de los movimientos neoliberales en salud**

En nuestro país, la CUS se estableció a través del Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 908/2016. Se la presenta como una estrategia para garantizar el acceso universal a la salud, lo que llama la atención dado que en nuestro país se encuentra contemplado en el diseño y organización del sistema de salud (acceso igualitario a la atención en efectores públicos) y enunciado en la Constitución Nacional de 1994 (Art. 42).

---

<sup>7</sup> La presentación de la Cobertura Sanitaria Universal o Cobertura Universal de Salud desde la OMS/OPS es identificada en diferentes momentos de acuerdo a diversos autores consultados. Algunos hablan de un primer planteo en 2005 (<http://idepsalud.org/porque-decimos-no-a-la-cus-movimiento-por-el-derecho-a-la-salud/>), otros identifican el 52° Consejo Directivo de la OPS en 2013 como el momento en el que surge (Iriart en MDS, 2018), reforzada luego por su firma en la 66° sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas en 2014. Nos interesa en este punto identificar el hecho de que la Declaración Internacional de Astaná en 2018, la CUS es sostenida como estrategia mundial prioritaria, sin importar en qué año fue mencionada por primera vez.

Es poca la información que se encuentra en el Decreto; en el Anexo I sólo se presentan las finalidades<sup>8</sup>, pero no se clarifican las estrategias para llevarlas a cabo. Se destaca el uso de palabras que aparecen también de manera reiterada en la Declaración Internacional de Astaná, como “modernización”, “optimización”, “calidad”.

En los países en donde se ha implementado un sistema similar (Colombia, México) la CUS se traduce en una canasta básica de prestaciones, excluyendo ciertas prácticas de salud a las cuales se debe acceder por otros sectores y medios privados (Giraldo, 2011; González y Nin, 2018). El subsector público, de este modo, compete con obras sociales y con empresas de medicina privada (Manoukian, 2016).

Algo novedoso para nuestro sistema de salud, es la introducción de la idea de nominalización de la población. Según de Ortúzar (2018), este modelo es utilizado en países desarrollados que no tienen grandes brechas de desigualdad y donde las necesidades de salud son distintas a las nuestras. Se lleva a cabo en países que gozan de un grado de desarrollo tecnológico apropiado para la informatización del sistema de salud. La autora plantea que

en nuestro país las historias clínicas electrónicas (HCE), amparadas en la supuesta necesidad de la modernización informática del sistema de salud, sólo abren el juego al mercado; siendo el interés prioritario el económico -es decir, garantizar la facturación de servicios eficientes y de calidad-. Queda claro que la informatización del sistema de salud no busca beneficiar a los que más necesitan del acceso igualitario la atención de la salud (de Ortúzar, 2018:106)<sup>9</sup>.

Como antecedentes de la CUS en nuestro país, pueden identificarse el Plan Nacer y el Programa SUMAR<sup>10</sup>, ambos del Ministerio de Salud de Nación. Han requerido, para la garantía de ciertas prestaciones básicas, la nominalización de un sector de la población.

Las miradas críticas de la CUS en nuestro país definen ciertos puntos problemáticos en la implementación y difusión de la misma: por un lado, el hecho de que haya sido anunciada por decreto presidencial, evitando así la discusión de la misma en el ámbito legislativo (de Ortúzar, 2018); es engañosa a nivel discursivo (uso de conceptos progresistas), tal como mencionamos anteriormente, especialmente considerando experiencias previas de implementación de la misma en otros países de América y el mundo; es auspiciada por un organismo internacional cuyas intervenciones tienen antecedentes consistentes de recortes de derechos para los sectores más vulnerables de la población, el BM; su principal punto de inversión son los sistemas informáticos en los que el capital financiero podrá sacar rédito, aunque esto no esté enunciado

---

<sup>8</sup> “Identificación, nominalización y documentación de beneficiarios de la Cobertura Universal de Salud./ Mejoramiento de las determinantes sociales de salud./ Desarrollo, equipamiento y puesta en valor de efectores públicos de salud./ Fortalecimiento y modernización del sector público de salud./ Acciones de Atención Primaria de la Salud./ Desarrollo y optimización de las Redes Integradas de Servicios de Salud./ Mejoramiento de la calidad de los servicios de salud./ Fortalecimiento de los recursos humanos en salud./ Actividades de Promoción y Protección de la salud y medicina preventiva” (DNU 908, 2016).

<sup>9</sup> de Ortúzar agrega que, en sociedades como las nuestras, caracterizadas por el no acceso al derecho a la información, por la carencia de alfabetización digital y por la existencia de brechas digitales y sociales, la modernización digital se vuelve claramente obsoleta.

<sup>10</sup> Para más información ver Dávila (2016) y <http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/triptico-sumar.pdf>

explícitamente<sup>11</sup> (de Ortúzar, 2018; MDS, 2018), la no garantización del acceso a la salud de la población, sino la posibilidad de identificación de “paquetes” poblacionales para la posterior comercialización de un sector público de la salud (de Ortúzar, 2018; MDS, 2018).

14 provincias ya adhirieron a la CUS en Argentina (medida electiva, ya que no puede realizarse de forma obligatoria)<sup>12</sup> y no se cuenta con información concreta de cómo continuará la implementación de esta política.

### **¿Y por CABA cómo andamos?**

La APS en la CABA tiene su propio recorrido desde la década de los '80 en el siglo pasado. Si bien no nos adentraremos en los detalles de la misma, sí podemos decir que en la última gestión de la Jefatura de Gobierno de Rodríguez Larreta, el primer nivel de atención y la APS tomaron nuevamente relevancia luego de años sin ser prioridad en la política de salud<sup>13</sup>.

Consideramos que estos movimientos de “vuelta al territorio” y de priorización de la APS no son ingenuos y tienen que ver con la promoción de una reestructuración del subsistema público de salud de la CABA, teniendo en cuenta que a principios del año 2019 se publicó la Resolución N° 500/MSGC/19 que designa a la Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria dependiente del Ministerio de Salud del GCBA, como la autoridad responsable de implementar la CUS en la CABA, en función de viabilizarla.

El ordenamiento del sistema de salud en la CABA es regido por la Ley Básica de Salud N° 153 (1999), la cual enuncia que el subsector estatal se encuentra organizado *“conforme a la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel; y la descentralización progresiva de la gestión dentro del marco de políticas generales”* (Ley N° 153/99:6). De este modo, se encuentra estructurado en torno a tres niveles de atención, de acuerdo a niveles de complejidad<sup>14</sup>.

En el año 2016, se sanciona el Decreto N° 315 que modifica la estructura organizativa y el organigrama del Ministerio de Salud del GCBA. Establece que se suprima la Dirección General de Atención Ambulatoria y se crea la Dirección General de Atención Primaria y la Dirección General de Salud Comunitaria, dependiente de la Subsecretaría de Atención

---

<sup>11</sup> Refiriéndose al proyecto del BM aprobado en mayo 2018 que incluye la implementación de la CUS, Iriart dice: “cuando se establecen las metas, las metas poblacionales son bajísimas, del 25 al 40% del cumplimiento de resultados de salud o de estas prestaciones, cuando se refieren a las metas del cumplimiento de estos sistemas hablan del 80%. Este es el foco, que es el negocio de las grandes compañías de tecnología que venden a todos los sistemas y servicios de salud del mundo.” (MDS, 2018:127)

<sup>12</sup> El funcionamiento de la CUS tiene su experiencia piloto en la provincia de Mendoza, en la localidad de Guaymallén, donde el 40% de los habitantes utiliza el sistema público. “Sin embargo, esta experiencia piloto no incluye el diseño de un paquete básico de prestaciones, sino que se enfoca en la instalación de un software de recopilación de datos” (Bianchi, Osella, Guemureman, 2019: 16).

<sup>13</sup> Damos cuenta de este recorrido de la política pública en APS a través de entrevistas e intercambios con las referentes de los distintos espacios de inserción.

<sup>14</sup> Con la sanción de la Ley N° 5462 en el año 2015, se modifica la organización en base a unidades territoriales y regiones sanitarias, y se determina que “los niveles funcionales en los cuales se organizará la red integrada de servicios incluyen: atención primaria de la salud con base en el primer nivel de atención, atención ambulatoria con base en centros de atención ambulatoria y atención ambulatoria hospitalaria e internación” (Ley N° 5462, 2015, Art. 2).

Primaria, Ambulatoria y Comunitaria. Así también establece sus respectivas funciones en el año 2017 a través del Decreto N° 118.

En esta misma línea, el Ministerio de Salud del GCBA presentó en el año 2016 un nuevo Plan de Salud. En primera instancia uno que va desde el 2016 al 2019, y luego otro con mayor información y alcance que abarca hasta el año 2030. Como “lineamientos estratégicos”, plantea:

1. Desarrollar una APS de acceso universal, equitativo y oportuno, logrando una intervención integral y con participación ciudadana con foco en los problemas de salud y los determinantes sociales.
2. Conformar una red de hospitales con perfiles complementarios que resuelvan hasta los problemas más complejos.
3. Implementar sistemas de información que mejoren la toma de decisiones asistenciales y de la gestión sanitaria.
4. Promover el desarrollo de profesionales con perfiles ajustados a las necesidades de la población.
5. Gestionar eficientemente, aumentando la calidad e impacto de la inversión.
6. Lograr que los ciudadanos y los trabajadores mejoren su visión de los servicios públicos (GCBA Ministerio de Salud, 2017:32).

En consonancia con las reglamentaciones sobre las modificatorias mencionadas anteriormente, se entiende que el primer nivel de atención debe cubrir a toda la población y ser la puerta de entrada integrando y coordinando a todo el sistema (GCBA Ministerio de Salud). Para esto, se plantea la organización del sistema de salud en cinco categorías “de resolución de complejidad de la red”: CeSACs, CEMAR (prestarán atención para estudios complementarios de resolución ambulatoria y de especialidades ambulatorias), Hospitales de Cabecera (de Agudos adultos, Pediátricos y Materno-Perinatales), Hospitales de Alta Complejidad (Cerrados al público general, la derivación es desde otro efector), Hospitales Especializados Clínicos - Institutos (GCBA Ministerio de Salud, 2017)<sup>15</sup>.

Otra de las líneas fuertes del plan de salud es el objetivo transversal a todos los niveles de atención y efectores, de implementación de sistemas de información, creando la Historia Clínica Electrónica (HCE)<sup>16</sup>. De manera paulatina se fue implementando en los CeSACs del sur de la Ciudad, luego se extendió al resto y actualmente se encuentra incorporada en algunos sectores de los hospitales. El plan de Salud 2016-2030, expresa que la HCE “*es una herramienta central para los pacientes ya que asiste a los profesionales de la salud a garantizar la continuidad del cuidado en toda la red integral de salud*” (GCBA Ministerio de Salud, 2017: 44). Además, plantea que facilita el acceso a la información asistencial de todo el equipo de salud y la disponibilidad de información estadística y epidemiológica. Todos los profesionales tienen la obligación de registrar allí las atenciones tanto individuales y en consultorio,

---

<sup>15</sup> Los niveles de atención contienen a estos efectores. El primer nivel conformado por los CeSACs, los Centros Médicos Barriales (CMB) y los CEMAR. El segundo nivel contiene a los Hospitales de Cabecera, el tercer nivel a los Hospitales de alta Complejidad, monovalentes e Institutos Especializados. Un futuro cuarto nivel estaría constituido en base al “Proyecto de Complejo Hospitalario de Alta Complejidad” (“será un hospital de altísima complejidad, especificidad, resolutivez, que funcionará exclusivamente por derivación de los otros niveles de atención. Atenderá a pacientes con patologías complejas o de baja incidencia” (GCBA, 2017: 51)).

<sup>16</sup> Se materializa actualmente a través del sistema “SIGEHOS” en donde se encuentra la Historia de Salud Integral (HSI), herramienta informática integral de efectores de salud del GCBA.

como las comunitarias en ámbitos “extramuros”. Para las actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, se confeccionaron planillas de registro online.

Es necesario destacar el valor que tiene la existencia de un Plan de Salud que contempla distintas variables (objetivos a corto plazo, mirada sobre el accionar de los profesionales de la salud, mirada sobre la salud), que realiza un diagnóstico de salud, de indicadores sociodemográficos y de respuestas del sistema de salud en la jurisdicción de la CABA. Más allá de estar de acuerdo o no con perspectivas u objetivos que se propone, contar con un plan escrito y un rol activo de la Secretaría y las Direcciones relacionadas a la APS, es claramente diferencial a la vacancia de la política de salud de este nivel de atención de años anteriores. Se observa una fuerte jerarquización de la APS como política de salud, no sin tensiones con respecto al trabajo cotidiano de los equipos de salud. En consonancia con la CUS tanto a nivel global como nacional, el Plan de Salud 2016-2030 puede analizarse críticamente con respecto a la elección de conceptos progresistas para pensar intervenciones más bien tecnocráticas, sumado al acento en los sistemas informáticos de nominalización e identificación de población.

### **Mucho ruido y pocas nueces**

Como planteamos anteriormente, la intención de este trabajo es poder problematizar la enunciación de la APS como eje prioritario de la política de salud del GCBA y las tensiones que esto implica en un abordaje integral y en el despliegue cotidiano de los equipos de salud. Es nuestra opinión que, si bien a nivel discursivo podemos coincidir con algunos de los puntos planteados por el Plan de Salud del GCBA, hay ciertos nudos problemáticos del mismo -que hemos podido ver en nuestras inserciones programáticas- que tienen que ver con dificultades en su aplicabilidad para garantizar las condiciones necesarias que permitan viabilizar el plan y generar un acceso integral a la salud para la población.

#### **- La “bajada” o modalidad de implementación del Plan**

La intención de imponer nuevas formas de trabajo (en algunos lugares resultó ser nueva, en otros similar, en otros una realidad muy alejada) a todos los centros y equipos de salud por igual, provocó distintas reacciones<sup>17</sup>.

Creemos que, a pesar de plantear diferencias en la puesta marcha entre, por ejemplo, el sur y el norte de la Ciudad<sup>18</sup>, se piensa en una política igualitaria para todos los centros de salud, perdiéndose las particularidades (tales como el recorrido de trabajo de los equipos de salud, el vínculo y la historia del efector con el barrio y la comunidad, las

---

<sup>17</sup> Las primeras líneas de implementación del Plan en los efectores que nos insertamos, fueron: 1) el empadronamiento y nominalización de todos los usuarios, lo que implicó la necesidad de que realicen dicha gestión para poder registrar las atenciones recibidas en la HSI; 2) la organización de una agenda de turnos electrónica por cada profesional o servicio, la que fue acordada en conjunto con implementadores del nuevo sistema informático, pero de la que los profesionales no tienen un control directo (cancelar la turnera en una franja horaria o día determinado debe ser realizado por directores de centro de salud u otra jerarquía), 3) concentración de insumos farmacéuticos en los centros de salud y no más en hospitales, por lo que toda la población del AP de un hospital asiste a los CeSACs correspondientes para su adquisición.

<sup>18</sup> Según nuestras observaciones y experiencias, sumado a lo que plantea el Plan de Salud (GCBA Ministerio de Salud, 2017) se le dio prioridad al ingreso de profesionales en los CeSACs del sur de la Ciudad, al igual que la construcción de nuevos efectores, por entender que los indicadores socioeconómicos de aquel sector presentan mayores grados de vulnerabilidad y necesitaban de un abordaje más urgente.

relaciones internas entre los profesionales, entre otras). En este sentido, siguiendo a Spinelli (2017) y retomando algunas nociones de la mirada tecnocrática en APS, en el plan predomina el valor instrumental de la política, en tanto técnica que determina el hacer, que busca la neutralidad y la universalidad. La mirada sobre los aspectos relacionados con los modos de vida, las condiciones estructurales y la relación con los territorios, presenta limitaciones. Pareciera quedar fuera de foco el aspecto político (¿quiénes son los actores en juego? ¿qué visiones del mundo comparten y cuáles no? ¿cómo circula el poder en las instituciones y los barrios?) y las dimensiones socioculturales que se presentan en la cotidianeidad del trabajo en salud.

Más allá de la mirada limitada e inherente a los programas, observamos en reiteradas ocasiones la frustración de los equipos de salud al sentir poco reconocimiento del trabajo realizado durante todos los años anteriores, sobre las estrategias puestas en práctica con la población, con líneas de trabajo sostenidas en el tiempo y dispositivos de atención de larga data. En este sentido, el plan de salud sí se presenta lejano a la realidad de los equipos, ya que el diagnóstico situacional no incluye ninguna de las dimensiones recién nombradas. La cultura de la planificación normativa consiste en planificar a nivel central, *“identificando unilateralmente los problemas y las respuestas, administrando los programas en lo que se desagrega el plan a nivel local”* (Spinelli, 2016:155).

- *Una nueva propuesta de proceso de trabajo, Equipos Básicos de Salud*

Según el nuevo plan, los centros de salud deben contar con equipos multidisciplinarios (comúnmente llamados Equipos Básicos de Salud -EBS- o Equipos Territoriales) conformados por médico generalista, pediatra, enfermere, que deben tener a cargo un territorio con un número definido de población, calculando una cantidad de 700 familias<sup>19</sup>. *“Estos tres integrantes serán los profesionales de referencia de dichas familias, las cuales serán asistidas por los otros profesionales del equipo de salud en forma matricial”* (GCBA Ministerio de Salud, 2017:37). Para esto, se crearon entre los años 2016 y 2018 numerosos cargos para la incorporación de nuevos profesionales con dependencia directa del Ministerio de Salud del GCBA<sup>20</sup>. Se contempla que el resto de los integrantes del equipo de salud de los CeSACs, trabajen conjuntamente con los EBS en reuniones de equipo y que también tengan asignada una responsabilidad nominal de usuaries (GCBA Ministerio de Salud, 2017)<sup>21</sup>.

Esta propuesta de abordaje ha tenido resonancias desde sus inicios por la especialidades que se convocan para la conformación de los EBS, dando cuenta de que la perspectiva de una atención “básica” de salud o de “referencia” excluiría a disciplinas

---

<sup>19</sup> Por otra parte, cada persona usuaria o grupo familiar debe tener asignado un “profesional de cabecera”, “quien se constituirá en el interlocutor primario de la persona con el sistema de salud” (GCBA Ministerio de Salud, 2017:41).

<sup>20</sup> También se crearon seis CeSACs y se realizaron (y continúan realizando) mejoras estructurales en otros.

<sup>21</sup> El plan establece funciones y responsabilidades de todos los que conforman los equipos de salud, como así también las actividades que deberían llevar a cabo: “1) Atención en consultorio, 2) Visitas a domicilio para relevar la situación familiar, 3) Actividades de promoción y prevención en sala de espera, 4) Actividades de promoción y prevención en territorio, 5) Actividades de diagnóstico territorial y comunitario del área / población a cargo, 6) Actividades de coordinación con las actividades de los planes de prevención y promoción de la salud y las áreas programáticas, 7) Actividades de generación y sostenimiento de articulación intersectorial: articulación con otros organismos o actores de la sociedad civil teniendo como referencia casos puntuales, familias o necesidades más generales de la población a cargo” (Ministerio de Salud GCBA, 2017:40).

psico-sociales. Mientras que el plan enuncia una perspectiva de salud integral y de determinaciones sociales de la salud, pensamos que un equipo básico de trabajo conformado netamente por disciplinas biomédicas no refleja dicho imperativo. En uno de los CeSAC en los que nos insertamos, además, no se corresponde la cantidad de profesionales de los equipos matriciales (resto de las especialidades) con la cantidad de familias que deberían tener a cargo, existiendo así un sesgo en la posibilidad de abordaje integral de las situaciones en el área de responsabilidad de la institución y reforzando el reduccionismo de que la salud es un tema médico.

Nos surgen inquietudes con respecto a la pertinencia de la definición de los profesionales que componen los EBS. Por un lado, la formación de grado de los profesionales médicos tiene una jerarquización de lo biomédico, con foco en lo individual y lo curativo (Molina y Tobar, 2018)<sup>22</sup>. Por otro lado, observamos que esta propuesta no siempre es acorde a la organización institucional de cada efector ni a las tareas históricamente asignadas/construidas por los profesionales de la salud.

En la misma línea, el Plan determina que los equipos de salud de cada área territorial deben dividir el tiempo de trabajo dedicando el 60% a actividades asistenciales en el centro de salud y el 40% a *“actividades en territorio, participativas y trabajo en equipo”* (GCBA Ministerio de Salud, 2017:41). Entendemos que esta organización de trabajo acarrea dificultades por implicar un cambio en la dinámica de trabajo y en la cultura institucional. En primera instancia, podemos ver cómo tensiona aquellos efectores que traen una tradición de funcionamiento como “policonsultorios” de atención individual. Sumado a esto, observamos cómo se pone en jaque la idea de “atención en salud” en tanto asistencia individual y cuesta insertar en las agendas de los profesionales, en general sobrecargadas, actividades del orden de lo comunitario/territorial. Por último, la introducción del Plan impacta en los procesos de trabajo de los profesionales de la salud<sup>23</sup> por dos vías: aumentando el volumen de trabajo (por ejemplo agregando actividades, multiplicando instancias de registro) sin que haya correlato en las horas trabajadas y el salario percibido; y además afectando su autonomía relativa y llevándolos a perder algo del control sobre su proceso de trabajo (obstáculos para manejar/cancelar turneras, emergentes epidemiológicos modificando la organización de sus horarios de trabajo, entre otras).

- *La concepción de territorio*

Los espacios por los que circulamos se vieron afectados de una manera u otra en los últimos años por cambios con respecto a los límites y características en su abordaje territorial. Tanto el AP del Hospital “A” y del CeSAC “B”, tuvieron que modificar los espacios sobre los cuales estaban trabajando por orden directa del Ministerio de Salud.

Ambos equipos desarrollaban de manera coordinada acciones territoriales en un asentamiento aledaño a los dos efectores. A partir del 2018, en consonancia con la implementación de normativas del Plan de Salud 2016-2030, se redefinieron de manera

---

<sup>22</sup> No introducimos esta idea en desmedro de la potencial capacidad crítica de los profesionales médicos, como de cualquier otro profesional de la salud, pero sí nos parece necesario dar cuenta de su cercanía con un modelo biomédico que poco tiene que ver con la idea de un abordaje comunitario, integral y que incorpore la perspectiva de la determinación social de la salud.

<sup>23</sup> Para mayor profundidad ver: Balenzano, C. y Cunzolo, V. (2019). Cambios en el proceso de trabajo de los equipos de salud de CABA. Implicancias en las condiciones de trabajo de las/los TS y la relación con las/los usuarios.

arbitraria y vertical las AP de otros dos Hospitales, lo que obligó a los equipos de las instituciones mencionadas a reorientar su trabajo territorial<sup>24</sup>. Esto tuvo diferentes efectos para cada uno: el AP del Hospital de nuestra inserción amplió el equipo y reformuló su estrategia de trabajo en otro espacio territorial, mientras que para el CeSAC “B” implicó generar un proceso de investigación para conocer su nueva área de influencia en el barrio en el cual se ubica.

Este tipo de decisiones desde el nivel de gestión central parecieran desconocer, omitir o no dar cuenta de la historia de los equipos de salud con los usuarios y en los espacios comunitarios, como si fuera algo menor la referencia construida entre ambos, sobre todo en contextos vulnerables. De este modo, se superponen acciones de salud y se atomizan a los habitantes de los territorios. Son reducidos a problemas, enfermedades, son “parte del territorio de ‘X’ CeSAC”.

En esta línea, nos parece pertinente tomar la perspectiva del territorio en relación con la salud que plantea Molina Jaramillo (2018):

la construcción de vidas saludables no puede ser pensada fuera de un territorio concreto que provea recursos materiales y simbólicos; tanto unas condiciones materiales dignas para la vida, como el apego, la identidad de lugar y el sentido de comunidad son necesarios para una vida saludable (Molina Jaramillo, 2018:7).

Entendemos que la salud es determinada de manera significativa tanto por procesos de territorialización que definen a la identidad, a los vínculos, a la sensación de bienestar; como por la presencia de desigualdades territoriales y las condiciones de vida. En este sentido, la directiva de cambiar al equipo de salud que viene trabajando con un barrio hace más de diez años, afecta de modo directo los PSEAC.

Por otro lado, el Plan de salud contempla que los CeSACs tengan la responsabilidad de prestar atención y servicios a la población que registre domicilio en sus áreas de influencia (GCBA Ministerio de Salud, 2017). Observamos aquí un entendimiento de la vivencia territorial acotada y circunscripta netamente al domicilio, desatendiendo procesos de “arraigo” o de circulación y uso del territorio por distintos motivos (trabajo, escuela de niños, uso de espacios comunitarios etc.)<sup>25</sup>. Como plantea Spinelli (2016), “*los programas actúan como clausuras simbólicas sobre la percepción de la realidad de los sujetos, y los alejan de las ideas de potencia y caos con las cuales conviven en el juego social*” (Spinelli, 2016:163).

El armado de áreas de responsabilidad de los EBS ha quedado a cargo de los equipos de salud, considerando el número de 700 familias “bajo su responsabilidad”. Este recorte arbitrario del territorio se ve complejizado por la escasez de los recursos materiales y humanos disponibles: en uno de los CeSAC, si bien correspondían cuatro equipos territoriales debido a la cantidad de población dentro del AP, han definido tres por el número de profesionales con los que cuentan.

---

<sup>24</sup> El AP del Hospital “A”, trabajaba en dicho territorio por una inserción histórica, a pesar de no estar incluido en su área de responsabilidad.

<sup>25</sup> El Plan es extremadamente opaco en términos de Testa (1989), con respecto a la noción de territorio utilizada. Mientras que habla de territorio como un aspecto importante para la transformación del sistema de salud (GCBA Ministerio de Salud, 2017:6), no pareciera estar considerándolo desde su complejidad. Por ejemplo, a la hora de dar cuenta del abordaje con quienes tengan domicilios en provincia de Buenos Aires, no habría forma de viabilizar su atención.

Además de presentar una mirada simplista del territorio, consideramos que se han coartado procesos de potencia que se venían dando en algunos espacios.

### **Algunas notas sobre APS, pandemia y postpandemia**

Entendemos que no estamos en condiciones aún de poder hablar de “efectos” de la pandemia COVID-19 en los efectores de salud: es difícil ponerle nombre a aquellas cosas que todavía están sucediendo. Sin embargo, sí nos parece necesario introducir algunas notas con respecto a lo que sucedió y sucede.

Por un lado, es necesario hacer mención al impacto de la pandemia en los denominados trabajadores “esenciales”, sus procesos y condiciones de trabajo. Quienes nos encontramos trabajando en salud en el momento de la irrupción del COVID-19, tuvimos que transitar la suspensión de nuestras licencias, discrecionalidad en la asignación de tareas, mala comunicación y por tanto confusión en cuanto a lineamientos y protocolos a seguir. A su vez, prevaleció la falta de información y de equipos de protección personal para llevar adelante nuestras tareas cotidianas, suspensión de actividades grupales, comunitarias, preventivas y promocionales. Todas estas cuestiones han profundizado el desgaste de los trabajadores de la salud, generando renuncias, movilidad en los efectores, licencias prolongadas, etc.

Sumado a esto, coincidimos con el análisis hecho por Rovere<sup>26</sup>: la pandemia reforzó lógicas hospitalocéntricas y biomédicas por cómo se dio la estrategia de abordaje de la misma. Debido a las características de las primeras personas afectadas por el virus, el sector privado fue el que respondió de manera inmediata y el sector público tendió a copiar esos modelos de abordaje. Un sector privado que bien sabemos se encuentra muy lejos de poder pensar cualquier estrategia de APS. Nuestro país y la CABA no fueron una excepción. El modelo de atención propuesto abocó la totalidad de los efectores públicos de salud a la atención del COVID-19: testeos, hisopados, pretriages; resultando en la suspensión de turnos y de la atención casi total de todo lo que quedaba “por fuera del abordaje del virus”.

Podría argumentarse que al adoptar esta modalidad se perdió una oportunidad para fortalecer a los efectores del primer nivel de atención, entendiendo que éstos tenían la capacidad -con intencionalidad política y asignación de recursos pertinentes- de haber absorbido problemáticas de salud que tradicionalmente se atendían en los Consultorios Externos hospitalarios. De hecho, aunque todavía es muy pronto para lograr conclusiones, observamos que toda la demanda de los PSEAC de la población que no fue atendida en su momento, tiene efectos fenoménicos concretos: agudización de las consecuencias de enfermedades autoinmunes sin seguimiento, secuelas por falta de tratamiento en enfermedades crónicas, como ser la amputación de miembros inferiores, sólo para nombrar algunos ejemplos.

Por último, no queremos dejar de destacar situaciones específicas que están actualmente transcurriendo en la política sanitaria de la CABA. En el marco de una tendencia de agudización de la crisis socioeconómica, es evidente la pérdida de poder adquisitivo en los salarios de los trabajadores de la salud y diferentes embestidas a nuestras condiciones de trabajo. Además de paritarias a la baja, está habiendo movimientos de traspaso: primero de administrativos y ahora profesionales de la salud de sus dependencias de las AP hospitalarias y CeSAC, directamente a la esfera de la

---

<sup>26</sup> Róvere en Conversatorio UNPAZ: Desafíos en la lucha por el derecho a la salud en Latinoamérica. [https://www.youtube.com/watch?v=I2sNqKA71A&ab\\_channel=UNPAZCanalOficial](https://www.youtube.com/watch?v=I2sNqKA71A&ab_channel=UNPAZCanalOficial)

Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria del Ministerio de Salud de CABA. Esto sin contar los cargos de profesionales que se han abierto para el ámbito de APS bajo dicha dependencia. Se trata de un traspaso que se impulsó de manera inconsulta para con los trabajadores sin ninguna claridad sobre las implicancias que tendrá en las condiciones de trabajo ni en la política de salud.

### Palabras finales

El objetivo de este trabajo fue un tanto ambicioso; quisimos intentar un acercamiento crítico a la APS como política de salud del GCBA y entendimos que para eso debíamos contextualizar qué estaba sucediendo a nivel global y nacional. Fue un enorme desafío y esfuerzo de síntesis importante echar luz a algunos de los procesos que se están dando aquí y ahora a partir de discursos tecnocráticos, discursiva y simbólicamente progresistas pero con raíces neoliberales y una notoria jerarquización del capital financiero por sobre los derechos de la población.

Los avances neoliberales en salud han implicado en estos últimos años una reducción considerable del presupuesto en salud, y con la misma la desvalorización del trabajo de los profesionales de la salud, la falta de inversión en infraestructura, aparatología, la dificultad en el acceso a turnos para especialidades y de acceso a políticas y recursos complementarios a la atención de la salud. En CABA, se visualiza la priorización de APS como estrategia de salud en un esquema de tipo embudo en el que el primer nivel de atención sería el principal filtro, con un Plan de salud a quince años que está implicando hoy una facilitación en el acceso a recursos para actividades puntuales pero, a la vez, una -no tan- paradójica falta de inversiones en infraestructura y en profesionales de la salud en algunos efectores<sup>27</sup>.

Reina una “falsa integralidad”, miradas acotadas del territorio, de la salud. La pregunta por CUS o SUS (Sistema Único de Salud) sintetiza los ejes principales de la discusión: salud como responsabilidad individual mercantilizada o salud como cuestión colectiva responsabilidad del Estado. Esta “falsa integralidad” puede pensarse por dos vías: hay líneas de acción del mismo Estado que formula el Plan que van en contra de una mirada integral de salud<sup>28</sup>. Por otro lado, aún si el Plan del GCBA fuera fabuloso, se vive cotidianamente en los servicios de salud la ausencia o aumento en la burocratización y recorte de políticas complementarias que permitan accesos integrales a la salud (medicamentos, insumos, pensiones, subsidio habitacional, comedores, etc.).

Entendemos, como Iriart (MDS, 2018), que el gran desafío hoy está en lograr alianzas al interior de los trabajadores de la salud y con los usuarios para así visibilizar y colectivizar la resistencia ante la avanzada neoliberal en salud. Avanzada que está

---

<sup>27</sup> Más allá del aumento en la asignación de recursos anteriormente mencionada, entendemos que se sostiene un déficit en esta área.

<sup>28</sup> Presenciamos quejas de la población de un asentamiento con respecto a los desagües mal construidos por el Instituto de Vivienda de Ciudad (IVC), organismo estatal a cargo de su “urbanización”. Otros vecinos nos explicaron el impacto que pueden tener (y probablemente tengan) 11 torres de 17 pisos en la Isla de Paternal, fracturando el segundo pulmón verde más grande de la Ciudad y afectando corredores de aves y en consecuencia la regulación de la población de mosquitos, la recuperación de flora y fauna nativa en “El Renacer de la Laguna” en la Facultad de Veterinaria de la UBA y sus ovitrampas (trampas sencillas usadas en áreas urbanas para la vigilancia vectorial de *Aedes aegypti*, mosquito transmisor del dengue) negativas durante años. En esta línea sugerimos video de Breilh: [https://www.youtube.com/watch?v=wBT\\_NpB-view](https://www.youtube.com/watch?v=wBT_NpB-view)

teniendo, como ya desarrollamos, efectos en los equipos de salud y los trabajadores que los componen, pero también efectos claros y directos en la atención de los usuarios<sup>29</sup>.

Durante nuestras rotaciones en APS nos insertamos en equipos y actores diversos. Tuvimos la posibilidad también de participar en una Red comunal que enriqueció nuestra perspectiva y lectura del territorio en el que nos encontrábamos trabajando. Pudimos encarnar la imposibilidad de sostener miradas acotadas de la salud, escindidas de los modos de vida, del sistema de producción y reproducción del capital, nuestra práctica profesional atravesada constantemente por el territorio (Ver nota al pie 23).

También nos preguntamos por el lugar del Trabajo Social en estos procesos, con sus particularidades: las colegas referentes en los equipos traccionando acciones que tiendan a miradas complejas y ricas de la salud y de la realidad social; el protagonismo del colectivo profesional en la construcción de una mirada crítica sobre lo que está sucediendo en nuestros ámbitos de trabajo aún con altísimos niveles de alienación y desgaste; nuestra representación sindical, la Asociación de Profesionales de Servicio Social (APSS), como gremio que denuncia y discute la reforma en salud en la CABA (reforma de la carrera profesional, CUS, 5x1 hospitales, 5x1 salud mental, reclamos por paritarias justas, etc.).

Entendemos que la discusión es ético-política y que nuestra posición como profesionales de la salud es privilegiada para cuestionar fundadamente y pensar situadamente qué sistema de salud queremos, qué salud, vida y mundo queremos. Se trata entonces de definir como

meta fundamental e irrenunciable de la lucha sanitaria, la denuncia y proposición de alternativas frente a la acumulación de capital como principio rector, de los sistemas laborales que destruyen masivamente la salud en los espacios de trabajo, de los patrones consumistas que degradan los modos de vivir, y para lograr el control y un giro total de la lógica extractivista y derrochadora de la industria que degrada también la relación sociedad - naturaleza (Breilh, 2013:23).

Las crisis del capital parecerían volverse cada vez más groseras y la paradoja se vuelve cada vez más insostenible con modelos estatales que continúan apostando por modalidades fragmentadas de abordaje de lo social, *“los aparatos de poder se mueve(n) en una lógica centrada-genealógica, de relaciones binarias que siempre fijan un punto, un orden”* (Spinelli, 2016:165). De esta forma, estas instancias de política pública apuestan a detener y cristalizar, condenando a una repetición cualquier intento de acción creativa, construyendo la ilusión de una estructura sin salida<sup>30</sup>.

Creemos que los trabajadores de la salud estamos constantemente deviniendo en *“el juego de la micropolítica, en la que se mezcla lo individual y lo colectivo, lo consciente y lo inconsciente, el deseo y la razón, todos elementos innegables de lo humano, que constituyen los procesos relacionales”* (Ídem) y que por tanto, se trata de sostenernos en la ambigüedad de nuestra participación cotidiana en mecanismos perversos con los cuales no acordamos, como potenciales impulsores de líneas de fuga relacionales,

---

<sup>29</sup> “Vos tenés a tal profesional de cabecera”, “En realidad por tu domicilio, vos correspondés a tal CeSAC”. Obstáculos administrativos para el empadronamiento de la gente, falta de información de la nueva política de salud para los usuarios del subsistema público.

<sup>30</sup> Aferradas a líneas deleuzianas pero sin espacio para desarrollarlas, pensamos que se trata de un intento de construcción arborescente frente a realidades deseantes rizomáticas, falso dilema.

“proceso inmanente que destruye el modelo y esboza un mapa, incluso constituyendo sus propias jerarquías” (Ídem).

### **Bibliografía consultada**

- Bianchi, E. Osella, N. Guemureman, S. (2019). Cambios en salud en Argentina (2018- primer trimestre 2019). *Informes de Coyuntura No 7. Mayo de 2019. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales UBA*. Disponible en: <http://iigg.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/22/2019/10/IC7.pdf>
- Breilh, J. (2013). *La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31 (supl 1): S13-S27. Universidad de Antioquia, Colombia. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2013000400002](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2013000400002)
- Dávila, A. (2016). *Cobertura Universal de Salud -CUS- Una mirada crítica y auto crítica sobre el proceso de reforma de los sistemas de salud en Argentina*.
- de Ortúzar, M. (2018). *Cobertura Universal de Salud -CUS- vs. Derecho a la Salud. Un análisis ético y político sobre lo “universal” en salud en “tiempos de restauración conservadora”*. RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas, vol. 12, núm. 12, 2018, Octubre-Marzo, pp. 103-116 Universidad Nacional de San Juan Rivadavia, Argentina.
- Duré, I. y Daverio, D (2008). *Atención Primaria de la Salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires*. En: El rol legislativo en la formulación de políticas sanitarias: aprendizajes del seminario 1a ed. - Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2008. pp 25-32.
- Franco-Giraldo A. (2011). *Atención primaria en salud (aps). ¿De regreso al pasado?*. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 30(1): 83-94.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2016) Decreto N° 315/GCBA/16. Boletín Oficial N° 4889. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2017) Decreto N° 118/GCBA/17. Boletín Oficial N° 5103. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ministerio de Salud (2017) *Plan de Salud CABA 2016-2030*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2019) Resolución N° 500/MSGC/19, Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 5564. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ministerio de Salud. *Manual de introducción al trabajo en el Primer Nivel de Atención del Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires, Argentina. Documento inédito interno del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en el marco de la gestión del Ministerio de Salud 2015-2019. Podemos ponerlo a disposición a través de nuestros correos electrónicos en caso de que haga falta.
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ministerio de Salud. *Salud mental en el primer nivel de atención: Responsabilidades y alcances*. Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria. Dirección General de Atención Primaria. Documento inédito interno del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en el marco de la gestión del Ministerio de Salud 2015-2019. Podemos ponerlo a disposición a través de nuestros correos electrónicos en caso de que haga falta.

- Gobierno de la República Argentina, Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2018). *Cobertura Universal de Salud. Avanzando en la implementación de la CUS*. Documento técnico 1. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001381cnt-serie cus. dt1 avanzando en la implementacin de la cus 0.pdf>
- Gobierno de la República Argentina, Ministerio de Salud (2018). *Avanzando hacia la Cobertura Universal de Salud*. Subsecretaría de Coberturas Públicas Sanitarias. Recuperado de: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001381cnt-serie cus. dt1 avanzando en la implementacin de la cus 0.pdf>
- González, N. y Nin, C. (2018). *Tiempos de resistencia. Por el derecho a la salud. Entrevista con Asa Cristina Laurell*, ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1 (2018) Nro. 2 Universidad Nacional de Córdoba. pp. 179-187.
- Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires (1999). Ley básica de salud de Ciudad de Buenos Aires- Ley N° 153/99. Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 703. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2005) Modificatoria artículos Ley 153-Ley N° 5462/12. Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires N° 4911. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
- Manoukian, D. (2016). *Cobertura Universal de Salud, Golpe al Derecho a la Salud y al acceso universal*. IDEP Salud – ATE Socio-sanitario. Neuquén, Argentina. Recuperado de: <https://idepsalud.org/wp-content/uploads/2016/10/IDEP-Salud-Cobertura-Universal-de-Salud.pdf>
- Molina, C. Tobar, F. (2018). *¿Qué significa Neoliberalismo en salud?* RevIISE - Revista de Ciencias Sociales y Humanas, vol. 12, núm. 12, 2018, Octubre-Marzo, pp. 65-73 Universidad Nacional de San Juan Rivadavia, Argentina.
- Molina Jaramillo, A. (2018). *Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública*. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 1, e00075117, Rio de Janeiro, Brasil.
- Movimiento por el Derecho a la Salud (2018). *Memoria del 2do congreso nacional, pluri e internacional del Movimiento por el Derecho a la Salud en Argentina, "Construyendo poder popular para defender el Derecho a la Salud"*. 6 y 7 de diciembre de 2018, Facultad de Ciencias Sociales UBA. Buenos Aires, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma Ata*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Declaración de Astaná*. Recuperado de <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Presidencia de la Nación Argentina (2006) Cobertura Universal de Salud. DNU N° 908/2016. Buenos Aires, Argentina.
- Residencia Interdisciplinaria de Educación y Promoción de la Salud (RIEPS) (2019). *De Alma Ata a Astaná: la Atención Primaria de la Salud en disputa*. Buenos Aires, Argentina: Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Trabajo inédito de la Cohorte 2019 de la RIEPS. Puede solicitarse una copia a: [riepsenlaciudad@gmail.com](mailto:riepsenlaciudad@gmail.com)
- Rico Velasco, J. (1997). *Neoliberalismo, salud pública y atención primaria*: Colombia Médica, vol. 28, núm. 1, 1997, pp. 27-33 Universidad del Valle Cali, Colombia.

- Rovere, M. (2018). *La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora*. *Saúde em Debate*, 42(1), pp. 315-327.
- Schuftan, C. (2015). *Las ambigüedades en torno a la Cobertura Universal de Salud (CUS): ¿Reforma progresiva o complot neoliberal?* *Revista Medicina Social* vol. 10, nú. 2, mayo-agosto de 2015, pp. 39-43.
- Spinelli, H. (2016). *Volver a pensar en salud: programas y territorios*. *Revista Salud colectiva*, 12, 149-171 Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires, Argentina.
- Testa, M. (1989). *Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud)*. OPS, Publicación N° 11, Argentina.