

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Liliana de Vita

El sistema de información en salud y el proceso de trabajo desde la perspectiva de los trabajadores del primer nivel de atención. Provincia de San Juan, 2009-2012

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud

Director de Tesis

Georgina Strasser

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

De Vita, Liliana. (2013). El sistema de información en salud y el proceso de trabajo desde la perspectiva de los trabajadores del primer nivel de atención. Provincia de San Juan, 2009-2012 [en Línea]. Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria

Disponible en: http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/034598_De_Vita.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**
9º cohorte 2006-2008

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

**“El sistema de información en salud y el proceso de trabajo
desde la perspectiva de los trabajadores del primer nivel de atención.
Provincia de San Juan, 2009-2012.”**

AUTORA:
Lic. Liliana de Vita

DIRECTORA DE TESIS:
Dra. Georgina Strasser

FECHA DE ENTREGA:
Febrero 2013

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
DEPARTAMENTO DE SALUD COMUNITARIA

**MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD**
9º cohorte 2006-2008

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

**“El sistema de información en salud y el proceso de trabajo
desde la perspectiva de los trabajadores del primer nivel de atención.
Provincia de San Juan, 2009-2012.”**

AUTORA:
Lic. Liliana de Vita

DIRECTORA DE TESIS:
Dra. Georgina Strasser

INTEGRANTES DEL JURADO:
Mgr. Alba Habichayn
Mgr. Lorena Pasarin
Lic. Carlos Guevel

FECHA DE APROBACIÓN:

29/10/13

CALIFICACIÓN: 8 (ocho)

...“La Biblioteca es una esfera cuyo centro cabal es cualquier hexágono,
cuya circunferencia es inaccesible.
A cada uno de los muros de cada hexágono corresponden cinco anaqueles;
cada anaquel encierra treinta y dos libros de formato uniforme;
cada libro es de cuatrocientas diez páginas;
cada página, de cuarenta renglones;
cada renglón, de unas ochenta letras de color negro.
También hay letras en el dorso de cada libro;
esas letras no indican o prefiguran lo que dirán las páginas.
Sé que esa inconexión, alguna vez pareció misteriosa”...
Borges, Jorge Luis. “La Biblioteca de Babel”.

RESUMEN

En este trabajo se analiza la normativa que estructura al sistema de información de salud (SIS) y se describe el mismo desde su concepción como sistema amplio y complejo, utilizando la propuesta DICCA (Dato-Información-Conocimiento-Comunicación-Acción) para superar la concepción tradicional de estos sistemas. Se describe también al grupo de trabajadores que participan del SIS en el primer nivel de atención de la provincia de San Juan. A partir de la conceptualización de Eduardo Menéndez del Modelo Médico Hegemónico se analizan las problemáticas que atraviesan el proceso de trabajo dentro del cual se genera la información en los centros de salud del primer nivel. Se analizan las valoraciones y significados que estos trabajadores asignan a su práctica en salud en general y a las tareas directamente relacionadas con la información de salud. Se destaca el modo en que el sistema instrumentaliza al trabajador y la forma en que éste continúa tomando decisiones que interfieren en la obtención de información de calidad. Se identifica la perspectiva que los trabajadores tienen sobre la información como insumo para su proceso de trabajo y el tipo de información que a partir del mismo puede obtenerse. Se concluye en la presencia de obstáculos comunicacionales y en la relevancia que adquieren las prácticas comunicativas dentro de todo este proceso.

PALABRAS CLAVE: gestión en salud; sistemas de información; personas; trabajo.

ABSTRACT

This paper analyzes the normative that structures the health information system (HIS) and describes it from its conception as a large and complex system using the proposal DIKCA (Data-Information-Knowledge-Action-Communication) to overcome the traditional linear conception of these systems (Data-Information- Knowledge). It also describes the group of workers who participate in the HIS in the first level of care in the province of San Juan. It analyzes the problematic from the conceptualization of Eduardo Menendez on hegemonic medical model undergoing the work process in which information is generated in first level health centers. Valuations and meanings assigned by workers to their practice and to tasks directly related to health information are analyzed. It is highlighted how the system instrumentalizes the worker and the way he continues taking decisions that interfere with obtaining quality information. It is identified the perspective that workers have about the information as an input to their work process and the type of information that can be obtained from it. It concludes that communicational obstacles are constant features and that communicative practices acquire relevance within this whole process.

KEY WORDS: health management; information systems; persons; work.

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1: Encuestados por área programática.....	p. 34
Cuadro 2: Zonas sanitarias y Áreas Programáticas de la Provincia de San Juan, seleccionadas para encuesta exploratoria a trabajadores de los centros de salud que usan HCP.....	p. 35
Cuadro 3: Distribución de la muestra para descripción de resultados del estudio exploratorio.....	p.35
Cuadro 4: Registros implementados en centros de salud de la provincia de San Juan.....	p. 55
Cuadro 5: Discriminación de respuestas positivas sobre capacitación en SIS.....	p. 61
Cuadro 6: Algunos ejemplos de asociaciones de palabras.....	p.115

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1: Zonas Sanitarias, Departamentos, Población, Densidad y Superficie de la Provincia de San Juan.....	p. 31
Tabla 2: Trabajadores del primer nivel que usan HCP, según edad.....	p. 58
Tabla 3: Trabajadores del primer nivel que usan HCP, según sexo.....	p. 58
Tabla 4: Trabajadores del primer nivel que usan HCP, según situación laboral.....	p. 58
Tabla 5: Trabajadores del primer nivel que usan HCP, según antigüedad.....	p. 59
Tabla 6: Trabajadores del primer nivel que usan HCP, según función.....	p. 59
Tabla 7: Trabajadores del primer nivel que usan HCP, según sexo y función.....	p. 60
Tabla 8: Mujeres profesionales que usan HCP, según profesión.....	p. 60
Tabla 9: Varones profesionales que usan HCP, según profesión.....	p. 60
Tabla 10: Trabajadores que usan HCP, según capacitación.....	p. 61
Tabla 11: Registros listados por trabajadores del primer nivel que usan HCP.....	p. 62
Tabla 12: Información de los trabajadores que usan HCP sobre HCP.....	p. 64
Tabla 13: Información de los trabajadores que usan HCP sobre IECMA.....	p. 65
Tabla 14: Información de los trabajadores que usan HCP sobre registros de vacunas.....	p. 65
Tabla 15: Información de los trabajadores que usan HCP sobre C2.....	p.66
Tabla 16: Proporción de encuestados con respuesta 1 y 0, por registro y área.....	p. 66

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

AE: Auxiliar de enfermería

ANMAT: Administración Nacional de Medicamentos y Tecnología Médica

AS: Agente Sanitario

AUH: Asignación Universal por Hijo

C2: Consolidado semanal de enfermedades de notificación obligatoria

CNS: Control de Niño Sano

CMDB: Conjunto Mínimo de Datos Básicos

CS: Centro de Salud

DEIS: Dirección de Estadísticas e Información de Salud

ESAVI: Evento Adverso Supuestamente Atribuible a Vacunación e Inmunización

HCP: Historia Clínica Peri-natal

IECMA: Informe Estadístico de Consulta Médica Ambulatoria

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

CUCAI: Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante

MMH: Modelo Médico Hegemónico

MSN: Ministerio de Salud de la Nación.

PROFE: Programa Federal de Salud

ProNaCEI: Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

PROSADIA: Programa Sanjuanino de Diabetes

ProSanE: Programa Nacional de Sanidad Escolar

PN: Plan Nacer

PIM: Preparación Integral para la Maternidad

RMS o HMN: Red de la Métrica en Salud o Health Metrics Network

SES: Sistema Estadístico de Salud

SINAVE: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica

SINTRA: Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de Órganos de la República Argentina

SIVILE: Sistema de Vigilancia de Lesiones

SIISA: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina

SIP: Sistema Informático Perinatal

SIS: Sistema de Información de Salud

VPH: Virus del Papiloma Humano

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	11
1.1. <i>Justificación</i>	13
1.2. <i>Pregunta de investigación, Hipótesis y Objetivos</i>	16
1.3. <i>Antecedentes</i>	17
1.4. <i>Marco Teórico</i>	20
1.5. <i>Metodología</i>	28
1.5.1. Ubicación geográfica	30
1.5.2. Fase exploratoria	31
1.5.3. Entrevistas semi-estructuradas	36
2. DESARROLLO. Resultados fase exploratoria	38
2.1. <i>Estructura y funcionamiento del SIS</i>	38
2.2. <i>El primer nivel de atención</i>	41
2.3. <i>Las personas que trabajan en los CS</i>	45
2.3.1. Profesionales de la salud: Ley N° 2580	46
2.3.2. Auxiliares y técnicos: Ley N° 5525	49
2.3.3. Contratos Ley N° 7492	50
2.3.4. Trabajadores de enfermería	50
2.3.5. Trabajadores en otras formas laborales	51
2.4. <i>El SIS en el primer nivel</i>	53
2.5. <i>Resultados obtenidos en encuesta</i>	57
2.5.1. Perfil del trabajador del CS	57
2.5.1.1. <i>Edad</i>	57
2.5.1.2. <i>Sexo</i>	58
2.5.1.3. <i>Situación laboral</i>	58
2.5.1.4. <i>Antigüedad</i>	58
2.5.1.5. <i>Función</i>	59
2.5.2. Información de los trabajadores sobre registros en uso	60
2.5.2.1. <i>Capacitación específica</i>	61
2.5.2.2. <i>Listado de registros en uso</i>	62
2.5.2.3. <i>Información sobre HCP</i>	64

2.5.2.4. Información sobre IECMA.....	65
2.5.2.5. Información sobre registros de vacunas.....	65
2.5.2.6. Información sobre C2.....	66
2.5.3. Sintetizando los resultados de la fase exploratoria.....	67
2.6. Resultados obtenidos con técnicas cualitativas.....	69
2.6.1. El SIS en un proceso de trabajo biólogo.....	71
2.6.2. Biologismo que subordina los aspectos sociales y descontextualiza la práctica.	77
2.6.3. “M’hijo el doctor” ¿goza de buena salud?	84
2.6.4. “Tiene razón... pero marche preso”	91
2.6.5. Medicalizando la enfermedad, la salud, la vida.....	98
2.7. El SIS en los CS del primer nivel: ¿qué información de salud?.....	107
2.8. Los sonidos del silencio.....	113
2.8.1. Las palabras.....	113
2.8.2. Los silencios.....	114
2.8.3. La señal.....	118
3. CONCLUSIONES.....	120
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	126
APÉNDICES.....	131

1. INTRODUCCIÓN

Las organizaciones de la sociedad actual atraviesan momentos de desarrollo tecnológico e informático signados de gran prosperidad. Los sistemas de información en general tienen hoy la posibilidad de procesar datos, de manejar y difundir información, y de optimizar los procesos de trabajo en volúmenes, formas y tiempos impensados en épocas no muy lejanas. Dentro del ámbito de la salud, la información también atraviesa momentos de abundancia pero no se transforma en insumo indispensable en los procesos de trabajo ni es suficientemente utilizada para la toma de decisiones. Los sistemas de información de salud en general no acompañan ni sustentan la gestión de los servicios de salud, y tampoco se evidencian decisiones políticas que estén claramente orientadas al fortalecimiento de la gestión basada en la información.

Existe una amplia gama de problemas referidos a los Sistemas de Información de Salud (SIS) que son compartidos y reconocidos en ámbitos nacionales e internacionales de gestión de salud. En paralelo al reconocimiento de estas problemáticas y en la intención de superarlas, se destina gran cantidad de recursos desde organismos centrales y en su mayoría resultan infructuosos. La complejidad inherente a todos los fenómenos sociales en general y particularmente los referidos a la salud pública, convierte el tema de la información de salud en un asunto prioritario y de difícil tratamiento. La concepción tradicional de los SIS, entendidos desde la asociación lineal de dato, información y conocimiento, comienza a ser discutida en algunos ámbitos, entrando en juego conceptos tales como comunicación y acción, en una forma interesante y novedosa de abordar viejos problemas (Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006).

Los sistemas de información presentan también serias dificultades en los sectores locales, dificultades que adoptan formas particulares cuando nos aproximamos al primer nivel de atención de la estructura de servicios de salud provinciales, ya que en los centros del primer nivel la información es producto de un proceso de trabajo muy diferente al hospitalario. La significación que los trabajadores en estos centros de salud le otorgan a su quehacer cotidiano así como su forma de comunicarse dentro de estos espacios, no son tenidas en cuenta al discutir la problemática de los SIS. Se observan repetidos esfuerzos orientados a mejorar aspectos formales de estos sistemas, pero la subjetividad del trabajador que recibe y usa estos elementos, sus procesos de trabajo y los obstáculos comunicacionales prácticamente naturalizados hacia dentro de las instituciones de salud, resultan invisibles desde la gestión central y el diseño de los SIS.

Podemos definir al sistema de información como un conjunto integrado de recursos humanos y materiales mediante el cual se recolectan, almacenan, procesan y comunican datos e información con el objetivo de lograr la utilización eficiente de los recursos. Su

finalidad es apoyar el proceso de gestión y reducir la incertidumbre para la toma de decisiones (Ministerio de Salud de la Nación, 2004). Atendiendo a la complejidad de estos sistemas, adherimos a la idea de que:

La concepción de los SIS como sistemas abiertos, complejos y en los que somos parte constitutiva, nos permite comprender problemas actuales de los sistemas de información y orientar acciones para enfrentarlos. Esta concepción es más acorde también con una concepción de salud en el sentido amplio y no solamente limitada a lo médico. [...] Un sistema de información que pueda dar soporte a la gestión local debe articular los siguientes elementos: dato, información, conocimiento, comunicación y acción (Alazraqui Mota & Spinelli, 2006, p. 2694).

La posibilidad de integrar estos elementos (dato, información, conocimiento, comunicación y acción) en una mirada abarcadora y dinámica, sin duda puede conducir a optimizar esfuerzos y aumentar logros en el ámbito de la información de salud. Sin embargo, esta integración es aún difícil de observar en los espacios de gestión locales, tal como expresa Spinelli:

No obstante, las evidencias científicas acumuladas acerca de los problemas de registro, la calidad de los mismos y del esfuerzo de muchos trabajadores de la salud de diferentes niveles por solucionarlos, las estadísticas de salud siguen padeciendo los viejos problemas. La secuencia: datos, información, conocimiento, decisiones, está rota o mejor dicho, casi nunca pudo enlazarse como tal, permaneciendo cada nivel como un círculo independiente con baja o nula interrelación entre ellos. (Spinelli, 2005, p. 10).

La producción del dato como elemento desencadenante del proceso, tiene en el sistema de salud provincial serios inconvenientes, ya que su obtención depende en gran parte de los trabajadores que se constituyen como actores en su espacio de acción diaria. Sin embargo estos actores transitan su proceso de trabajo dentro de un sistema caracterizado por la biomedicina que entre otras cosas puede estar interfiriendo seriamente en la posibilidad de que estos trabajadores se apropien de su práctica y construyan información de calidad.

Los centros de salud del primer nivel reciben un alto porcentaje de la demanda global de servicios de salud de una población, principalmente cuando no se requieren prácticas complejas. En esta parte de la estructura del sistema se llevan a cabo las acciones básicas de salud materno-infantil, cuyos indicadores son trazadores de la organización y la utilización de recursos en los sistemas de salud. El control del embarazo y del niño sano, así como también la atención ambulatoria en general, son los principales objetivos de esta parte de la

estructura de servicios y difícilmente estos objetivos podrían alcanzarse sin el insumo mínimo de información epidemiológica que permita orientar decisiones.

1.1. Justificación.

Encarar los problemas de salud de la población requiere que el sistema disponga de información cuantitativa y cualitativa que permita orientar acciones hacia problemas específicos, no obstante el sistema de información de salud argentino no escapa a las condiciones que caracterizan a los demás sistemas latinoamericanos, y que están relacionadas con una amplia gama de situaciones.

En América Latina encontramos una serie de problemas en los datos y la información sobre condiciones de vida y eventos del Proceso Salud Enfermedad Cuidado (PSEC) que dificultan su utilización. Estos problemas son: registros asistemáticos, ausencia de soporte magnético (en formato papel), bases de datos sin formalización institucional (falta de reconocimiento formal de la institución), superposiciones e incoherencias entre bases de datos semejantes, entre otros problemas. En definitiva esta información presentada así es de muy baja utilidad en la toma de decisiones y como consecuencia insuficiente para dar soporte a la gestión. (Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006, p. 2696).

Los organismos centrales se han esforzado durante décadas en acciones que pretendieron mejorar la calidad de la información pero en general no alcanzaron su objetivo, probablemente porque dichas acciones estuvieron circunscriptas a minuciosas clasificaciones nosológicas (Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud y Acción Social, 1988; Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2002; Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Sistema Estadístico de Salud, Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, 2004; Ministerio de Salud y Ambiente, Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades, 2005) sin problematizar los obstáculos que presentan los SIS y que no están relacionados exclusivamente con la clasificación de enfermedades.

Toda la normativa desarrollada en los niveles centrales respecto de la organización, la estructura y el funcionamiento del SIS, no logra minimizar los viejos inconvenientes. Más allá de la limitación del sistema en cuanto al tipo de datos priorizados, pareciera que los problemas de salud sólo pueden “expresarse” dentro de las instituciones hospitalarias, puesto que prácticamente todos los servicios son de alguna manera orientados en base a la información que éstas producen.

Lejos de los grandes hospitales y de los niveles centrales, diariamente se prestan servicios a poblaciones ambulatorias en los centros de salud del primer nivel de atención.

Estos espacios forman parte del circuito de la información de salud pero los empleados de este sector, encargados de manejar datos y producir información, tienen grandes inconvenientes a la hora de conformarla y comunicarla. La consigna manual de datos es realizada generalmente por médicos, enfermeros, agentes sanitarios y administrativos, que presentan entre sí grandes disparidades de criterio y difícilmente logran ensamblar acciones generadas en la información. Son estos trabajadores los que resultan actores de su proceso de trabajo, al tiempo que se encuentran imbricados en él. Cada uno de estos sujetos, en palabras de Morin, “De productor se convierte en producto, de producto en productor, de causa deviene efecto, y viceversa. Podemos así comprender la autonomía del individuo, pero de una manera extremadamente relativa y compleja” (Morin, 1994, p.72).

A partir de nuestra práctica en el primer nivel a lo largo de años observamos diferentes lineamientos políticos que tendieron a orientar las decisiones en niveles macro con miras a lograr eficiencia en la utilización de recursos y aún se trabaja constantemente en mejorar la producción de información. Sin embargo el sistema de información nacional no logra superar obstáculos tradicionales (Spinelli, 2005), a pesar de la implementación de nuevos programas y de la velocidad observada en los avances informáticos. El producto obtenido continúa siendo de baja calidad, pero a pesar de ello, desde el sistema se siguen creando formularios de todo tipo, sin poner en discusión la heterogeneidad de los perfiles, la subjetividad de estos trabajadores, y principalmente, sin problematizar los momentos del proceso de trabajo en los que el circuito de la información se inmoviliza, lo cual nos condujo a plantear la presente investigación.

Resulta importante entonces poder rescatar la mirada que tienen las personas que diariamente desarrollan acciones relacionadas con la información en estos servicios de salud del primer nivel, espacios donde circula un gran porcentaje de la población ambulatoria de la provincia. El volumen de datos que manejan suele ser desmedido en cuanto a que un pequeño grupo de trabajadores debe “llenar” una gran cantidad de planillas. Estas planillas son conformadas en algunos casos por personas que probablemente desconocen el objetivo de la actividad encomendada. Si las tareas relacionadas con la información no son suficientemente comprendidas por quienes las realizan, o si los objetivos de las mismas resultan alejados de los que tiene el propio trabajador, podría esto traslucirse en baja calidad del producto obtenido, en el caso que nos ocupa, la información de salud.

En las oficinas donde se asienta la administración de áreas programáticas y zonas sanitarias, desde nuestra práctica profesional frecuentemente observamos una cantidad de registros (formularios y planillas de todo tipo) enviados desde los centros de salud, que superan en mucho lo que pueden llegar a leer quienes tienen responsabilidad de conducción. En palabras de Morin “la información da forma a las cosas, la sobreinformación nos sumerge en el informe” (1986, *apud* Castiel-Vasconcellos, 2005). Estos papeles suelen

amontonarse de manera que llegan a superar los espacios destinados a tal fin, y una buena parte de los mismos tiene como último destino algún lugar en oficinas de las zonas sanitarias, o bien en el nivel central, pero más allá del espacio físico utilizado para archivar papeles, el problema sentido quizá en muchos casos es la falta de lectura de todo lo que se solicitó escribir. Luego, al interior de los centros de salud (CS) del primer nivel pudimos presenciar que lo que el sistema de salud (nacional y local) implementa como recurso destinado a obtener información, muchas veces ha tenido formas y sentidos desconocidos para el trabajador, quien suele otorgar a estos recursos significados muy diferentes, probablemente alejados de la idea de obtener información de calidad para poder gestionar en salud. Los diversos subsistemas de registro usados en las distintas áreas han sido siempre pensados en escritorios centrales y raramente han tenido en cuenta la opinión de quienes en la práctica deben usar dichos recursos para construir la información. El ámbito en el que se diseñan formularios y planillas es totalmente diferente al lugar en el que se usan, luego éstas, en nuestra práctica resultan descontextualizadas del proceso de trabajo y de las prácticas comunicativas que impregnan los centros de salud.

Creemos que estos espacios pueden resultar a veces desconocidos y en algún sentido, invisibles desde niveles centrales, y dentro de ellos un grupo de trabajadores construye una subjetividad seguramente diferente a la que en esos niveles se representa. En sus procesos de trabajo observamos dificultades comunicativas que seguramente trascienden el aspecto de la información de salud, y junto a los trabajadores que diariamente registran datos hay un conjunto social que aún sin ser plenamente consciente de ello, intenta dar señales de su malestar o bienestar a través de dichos datos. Si los registros no cobran sentido para el trabajador, si los datos no se convierten en información y si esta última no se comunica, las señales de salud/enfermedad en los diferentes espacios sociales quedan silenciadas.

La enfermedad de una persona determinada, fenómeno íntimamente conexo a su existencia privada, rara vez es un caso aislado. Iguales procesos morbosos se verifican simultáneamente en otras personas y son expresión de fuerzas destructivas que actúan sobre la colectividad. La suma e interpretación de estos episodios podría proporcionarnos muchos datos de naturaleza económica y social, podría darnos una orientación para comprender lo que ocurre en varias sociedades humanas y lo que ha ocurrido en el pasado. Para prever mejor el futuro. Por eso la enfermedad puede ser una señal. Con frecuencia estos fenómenos, precisamente por ser arduo tomar conciencia de ellos, son negados o mal interpretados. Esto ocurre aún más por la dimensión colectiva de las enfermedades y se verifica a través de dos mecanismos: el ocultamiento o la distorsión de la señal. (Berlinguer, 1994, p. 87/89).

Las sociedades y sus procesos de salud no pueden hoy expresarse en nuestro sistema de información porque éste ignora sus señales o las sub-registra. Los trabajadores que no construyen o recuperan el significado de la información probablemente han sufrido el deterioro de la propia aptitud comunicativa y tampoco se están expresando, o mejor dicho, están expresando un silencio que en el sistema de salud nadie escucha.

Si podemos pensar desde los CS del primer nivel un SIS que contemple al sujeto que registra datos básicos y que produce información, y si logramos comprender el contexto que sustenta su proceso de trabajo, podremos aportar a la maraña de problemas que aquejan a nuestro actual SIS. Por el contrario, existen grandes probabilidades de fracaso al continuar implementando cambios que no tengan en cuenta quiénes son todas estas personas que diariamente se ocupan, o debieran hacerlo, de la producción y utilización de la información de salud de la población. Tanto como la información genera confianza, la desinformación genera desconfianza, lo cual lleva a que el escenario se reproduzca y la situación empeore cada vez más.

1.2. Pregunta de investigación, hipótesis y objetivos.

La situación expuesta nos llevó a plantearnos el interrogante de cómo es el SIS y el proceso de trabajo que lo sustenta dentro de los centros del primer nivel, en particular desde la perspectiva de los trabajadores que se desempeñan en los mismos. Tratándose de escenarios diferentes y alejados de la gestión central donde se diseñan los sistemas de información, creímos relevante su descripción y análisis por cuanto en estos lugares y en su proceso de trabajo particular se estaría generando, o no, el dato básico que puede transformarse en información y en acciones. Partimos para ello de considerar que nos encontrábamos ante un grupo de trabajadores envejecido en cuanto a su edad y también en cuanto al tiempo que lleva desempeñándose en la función, probablemente con condiciones laborales precarias. Nuestra hipótesis estaba relacionada en este sentido con la posibilidad de que los trabajadores cansados o agotados en su función, pueden llegar a desinteresarse de algunos aspectos de su práctica, como por ejemplo el registro de datos y la producción de la información. Partimos también del supuesto de que el sistema de información en el primer nivel se asienta en un proceso de trabajo con características propias del Modelo Médico Hegemónico, tales como la orientación biologista, la organización burocratizada, la profesionalización formalizada y la medicalización de procesos vitales. Estos factores en su conjunto podrían implicar la desvalorización de la información como insumo del trabajo en salud y el consecuente descuido en su producción.

El objetivo general de la presente investigación consistió en describir el sistema de información y el proceso de trabajo que lo sustenta, en centros de salud del primer nivel de

la provincia de San Juan entre los años 2009 y 2012. Para ello nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

- Caracterizar la estructura del SIS a través de sus normativas.
- Describir las características de los trabajadores que participan en el sistema de información.
- Describir y analizar el proceso de trabajo a partir del cual se genera el sistema de información, desde la perspectiva de los trabajadores implicados en el mismo.
- Describir y analizar la información como insumo para el trabajo en salud desde la perspectiva de los trabajadores.

1.3. *Antecedentes.*

Durante la revisión bibliográfica de antecedentes disponibles en el tema, no encontramos trabajos particularmente referidos a la temática del SIS desde la perspectiva de los trabajadores del primer nivel de atención, y es desde esta perspectiva que pretendemos analizar y comprender la problemática de la información de salud en este sector de la estructura de servicios. Solo encontramos aportes generales de distinto tipo relacionados con los niveles centrales, como así también aportes de trabajos en el primer nivel dirigidos a la información sobre patologías o programas específicos.

En referencia a los aportes de niveles centrales, en la Asamblea N° 58 de la Organización Mundial de la Salud, aparece el antecedente de la “Red de la Métrica de Salud” (OPS/OMS, 2005). Este proyecto es presentado como una alianza mundial que trabajaría para aumentar la calidad y la utilización de la información de los SIS, con la intención de avanzar en la coordinación para la disponibilidad de información entre países. Para ello se abordaron principios fundamentales de las estadísticas oficiales y se propusieron estándares de desarrollo para los SIS nacionales, ofreciéndose sumas de dinero provenientes de organismos internacionales tales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, destinados a este desarrollo en los países periféricos. Los lineamientos propuestos tienen directa relación con la organización PARIS21 (Sociedad de Estadísticas para el Desarrollo en el Siglo 21) creada por Naciones Unidas en 1999. La meta propuesta desde la OMS fue que, para el año 2011, el marco de la Red de la Métrica en Salud (RMS o HMN, *Health Metrics Network*) sería el estándar universalmente aceptado por todos los países en desarrollo y las agencias mundiales, que oriente la recolección, el reporte y el uso de la información en salud. Para ello se propuso un proceso de fortalecimiento de los SIS en el que las herramientas básicas de recolección de información serían mejoradas mediante la asistencia técnica de los organismos internacionales, y todo el desarrollo del proyecto ponía su centro en los tomadores de decisión de alto nivel y los

administradores. A su liderazgo le atribuye, el proyecto de la RMS, el éxito en el mejoramiento de la información y la posibilidad de estándares comunes, como así también el intercambio de información de salud de calidad entre países. Se observan diferentes trabajos llevados a cabo en la región, pero nuestro país no parece haber adoptado el proyecto, que en el año 2011 debía ya estar ofreciendo sus resultados (OPS/OMS, 2005, 2007, 2009).

En referencia a trabajos con orientación a los sectores locales, algunos antecedentes encontrados se refieren exclusivamente a programas o temas de salud específicos y se orientan básicamente a la descripción de un tema o al mejoramiento de las estrategias de información o seguimiento en asuntos determinados, para hacer más eficaz y eficiente el abordaje de esas mismas problemáticas. Sintetizamos a continuación algunos de ellos, todos los cuales hacen importantes aportes al análisis de la problemática de la información de salud, aunque, como se dijo, se orientan a problemas de salud puntuales y no a la mirada que nuestro trabajo pretende aportar.

Zunino, Spinelli & Alazraqui analizan el ocultamiento o invisibilización de la violencia, específicamente las muertes por armas de fuego, en un trabajo que refiere a la problemática de nuestros sistemas de información y sus limitaciones a la hora de generar la información referida a eventos de este tipo. Las hipótesis y los argumentos descriptos en el trabajo parten de la complejidad que caracteriza los modos de definir la violencia, sumado a la lógica tradicional con que la mortalidad por violencia es agregada en los sistemas. La concepción tradicional de los sistemas de información prioriza la intencionalidad de la muerte por sobre los mecanismos que la produjeron, haciendo así posible que estos últimos queden muchas veces ocultos y junto a ello, mucha información asociada al problema resulta invisible. El trabajo utiliza una metodología alternativa: otorgar relevancia a los mecanismos y circunstancias que acompañan la violencia por armas de fuego y secundarizar la intencionalidad. Concluyen en que la información así obtenida revela o se acerca a la real magnitud de estos eventos, relacionados específicamente con la mortalidad por armas de fuego. (Zunino, MG; Spinelli, H; Alazraqui, M., 2006).

En un estudio observacional llevado a cabo en el primer nivel de atención del sistema público de salud nacional en el año 2007, se parte de la necesidad de información sobre prevalencia de otitis media aguda (OMA) y sobre los posibles costos para el tratamiento de las mismas. Se analizan 15 millones de recetas de la base del Programa Remediar, como forma de llegar a describir la frecuencia de este problema de salud en la consulta ambulatoria del primer nivel. En este caso, la necesidad de información es de alguna manera resuelta a través de una fuente indirecta (diagnósticos en las recetas de Remediar) para llegar a describir la prevalencia de OMA y la costo-efectividad de su tratamiento farmacológico. (Bernztein, R.; Drake, I.; Elordi, S., 2007). Un estudio similar se orientó a la

bronquiolitis, como evento prevalente en el primer nivel, mostrando gran variabilidad por regiones en cuanto a criterio diagnóstico y abordaje terapéutico de este problema de salud (Bernztein, R.; Drake, I.; Elordi, S., 2008).

Estos autores y con igual metodología, basada en la información de 15 millones de recetas del programa Remediar, analizan la prescripción del hierro en el primer nivel de atención pública de la Argentina y sus variaciones en la práctica clínica, orientada al tratamiento de la deficiencia de hierro y la anemia. Describen sub-prescripción de este aporte nutricional y también gran variabilidad de esta práctica entre diferentes lugares o provincias. Esta información, que resulta importante para la accesibilidad de los usuarios a los servicios de salud en los aspectos preventivos (aporte de hierro) es parte de una gran cantidad de temas que constituyen carencias de nuestros sistemas de información en el primer nivel. (Bernztein, R.; Drake, I.; Elordi, S., 2008).

En la misma línea sobre eventos de salud que permanecen silenciados en el primer nivel, aparece una investigación referida a trastornos infantiles del desarrollo psicomotor. En este caso se intentaba evidenciar el sub-registro de estos eventos, para lo cual se implementó la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) en 839 niños presuntamente sanos que concurrían a tres CS. Estos niños fueron sometidos a la prueba y derivados a un hospital de mayor complejidad y con equipo interdisciplinario especializado. La particularidad de este trabajo apunta a la invisibilización de estos trastornos en directa relación con los actores del primer nivel, específicamente el médico en su tarea diagnóstica (Lejarraga, H. *et al.*, 2008).

En la tesis de Maestría en Salud Familiar de Caldera dos Santos "Información en los equipos de salud familiar: un ejercicio para la planificación local a partir de una serie de indicadores de salud", la autora se plantea la problemática referida a la falta de utilización de la información disponible por parte de los equipos de salud familiar. El trabajo parte del supuesto de que existe información de calidad en cantidad pertinente. Aborda los motivos de la falta de utilización para la toma de decisiones locales aludiendo a la ausencia de sistematización de la información disponible, y propone como objetivos de su estudio el desarrollo de indicadores que faciliten las tareas de diagnóstico y planificación local y el entrenamiento de los equipos para el uso de estas herramientas. (Dos Santos, 2010). En nuestro caso particular no podemos afirmar que la información con que contamos en el primer nivel de atención sea de calidad.

De manera muy interesante Elda Montero Mendoza recupera la subjetividad de los actores del primer nivel de atención, aunque su enfoque está dirigido a la percepción de los usuarios (indígenas de Veracruz, México) sobre los servicios de salud que se brindan en esa localidad y refiere solo tangencialmente al sistema de información, abocándose a destacar la barrera lingüística entre servicios de salud y usuarios (Montero Mendoza, 2011).

Los antecedentes encontrados nos conducen a pensar que el trabajador de salud del primer nivel, su subjetividad y su percepción de los procesos de trabajo, no han sido en general considerados en los estudios publicados sobre SIS; principalmente la práctica en los CS y la obtención de información local referida a la salud de las poblaciones a cargo, aparece como materia pendiente en las investigaciones sobre información orientada a la gestión.

1.4. Marco Teórico.

La problemática de los SIS se presenta de manera persistente como un asunto muy difícil de abordar y las intervenciones destinadas al desarrollo y mejoramiento de dichos sistemas no parecen haber obtenido el resultado esperado. En lo que encontramos como definición de SIS tradicionalmente concebida (Ministerio de Salud de la Nación, 2004), y que responde también a la mirada que operó en todos estos sistemas en la región durante décadas, aparecen los conceptos de recursos humanos y recursos materiales, en referencia a todas las personas que trabajan en relación con la información de salud, tanto como a todos aquellos soportes en papel o informáticos, planillas y registros, compilados de datos y agregados finales que buscan la obtención de información para la gestión de salud. Esta gestión implica el gerenciamiento de recursos económicos que se aplicarán a unas u otras alternativas de acción destinadas al mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Sin embargo la forma de interpretar los recursos materiales en jerarquía similar a las personas que operan estos recursos se nos presenta relacionada con la planificación económica y sus métodos rígidos, que fueron trasladados y aplicados a la planificación en salud en los años sesenta, con el posterior reconocimiento por parte de sus protagonistas, de las imposibilidades y limitaciones que significó dicho aporte desde las esferas de la economía al área de salud (Testa, 2006).

De igual modo, conceptualizar al SIS desde la lógica normativa implica una mirada reduccionista y un análisis lineal del sistema (entendido como asociación simple de dato, información y conocimiento) y de los problemas que en ellos se presentan, tanto como la instrumentalización de los trabajadores que intervienen en la producción de la información. Desde la mirada tradicional, esta información está circunscripta casi en exclusividad a lo puramente médico. Entendemos que no es necesaria la eliminación absoluta de los aspectos normativos dentro del SIS, porque este tipo de componentes es sin lugar a dudas parte importante de cualquier sistema de información; lo que en nuestra opinión constituye una fuerte limitación en los SIS es la ponderación que de estos aspectos se hace, en desmedro o directa invisibilización de los componentes complejos.

Los sistemas así concebidos han buscado afanosamente aumentar la calidad de la información obtenida pero sus logros han sido escasos. Al respecto se han desarrollado de manera interesante sistemas clasificatorios en miras a que los datos adquieran estilos y formas que les permitan agregación de grandes volúmenes y lectura final relativamente simple. Esto debe necesariamente entenderse como un gran avance, pero el tipo de datos normativamente seleccionados y la jerarquización de la información sobre enfermedad, es, entre otras, una limitación que hasta la fecha no logró superarse. El lugar elegido para diseñar los componentes del sistema, relacionado siempre con estamentos centrales, y alejado por ello de los espacios donde el dato se produce y debe ser registrado, es otra dificultad que persiste en nuestros sistemas de información normativamente estructurados.

Sumando al análisis de este complejo tema, como aporte teórico novedoso surge en los últimos años la propuesta DICCA, producto de una minuciosa elaboración conceptual en "*Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local*" (Alazraqui Mota & Spinelli, 2006). Sus autores describen la propuesta DICCA como una forma amplia de concebir los sistemas de información locales. Plantean la hipótesis de que un SIS que dé soporte a la gestión local, debe ser concebido como un conjunto procesal de elementos formado por dato, información, conocimiento, comunicación y acción (DICCA), partiendo de la premisa de que la concepción tradicional de los SIS "no es pertinente para dar soporte a la gestión, ni apoyar acciones para la reducción de desigualdades" (Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006, p. 2695). Este punto de partida nos parece muy acertado para abordar con otra mirada los SIS que fueron históricamente entendidos desde la lógica normativa.

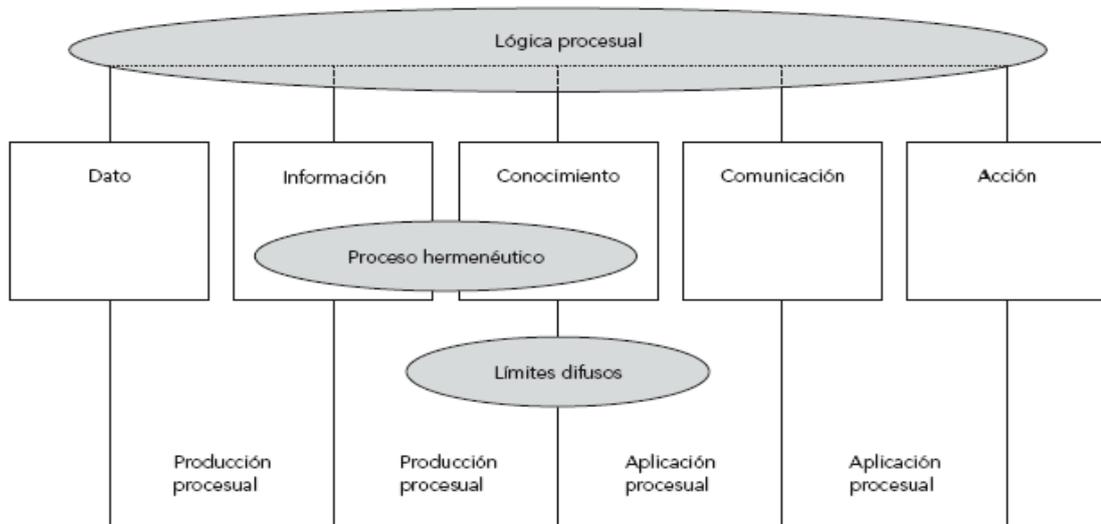
En el mencionado trabajo se caracteriza a los sistemas de información como "sistemas abiertos, complejos y en los que somos parte constitutiva" (Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006, p. 2694) argumentando que con esta concepción puede superarse la mirada tradicional de la salud limitada a lo médico. El SIS es entendido aquí como "un sistema jerárquico formado por otros subsistemas" (Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006, p. 2694). Los autores definen *dato* inicialmente "como una estructura compleja formada por tres elementos básicos: las unidades de análisis, las variables y los valores de las variables" (Galtung, 1978, *apud* Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006, p. 2697), complementando esta definición con la conceptualización de Samaja que propone "dato como una estructura compleja integrada por cinco ingredientes lógicos": unidad de análisis, variable, valor, indicador y unidad de contexto (Samaja, 2004, *apud* Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006, p. 2697). Se menciona a la *información* como "un conjunto de datos procesados" (Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006, p. 2698), diferenciándola del *conocimiento* básicamente porque en este último existe comprensión de un fenómeno y apropiación por parte del sujeto.

Luego aparece la *comunicación*, explicada como una real posibilidad de articulación entre los tres conceptos de la definición tradicional de SIS (dato, información y conocimiento) y la *acción*, que podría así operar sobre las desigualdades existentes en salud, destacando en ello la necesidad de jerarquizar el tema de la comunicación dentro de las organizaciones. La propuesta DICCA surge orientada al hecho de que aún no se ha desarrollado un sistema de información que permita direccionar las acciones locales hacia la reducción de desigualdades en salud, ya que la imposibilidad de objetivar formalmente en el nivel local estas desigualdades estaría favoreciendo la persistencia de las mismas. A pesar de que la problemática de los SIS descrita en el trabajo no es exclusiva de la gestión local, los autores proponen una mirada que específicamente pueda aportar a este espacio en particular. Un cambio en la concepción de los SIS sería un camino inevitable, si se pretende alcanzar en alguna medida el fin de los mismos. La repetición de intentos por abordar estas problemáticas a partir de la lógica instrumental está agotada, y dicha propuesta puede constituir una valiosa oportunidad para quienes se ocupan de la gestión local de salud.

En la propuesta DICCA, el SIS es entendido desde una lógica de procesos, referidos éstos básicamente a dos momentos diferentes: la producción de la información y su aplicación en acciones de salud. Para ello describen los componentes del SIS como conjunto y no como partes aisladas, agregando que los momentos de producción y de aplicación no poseen entre sí límites demasiado claros sino que en la práctica se presentan en constante movimiento o superposición. Relacionan el dato y la información con el momento de producción, de características más normativas, mientras que los tres componentes restantes (conocimiento, comunicación y acción) los asocian con el momento de aplicación, de características estratégicas y comunicacionales. Esto se ilustra de manera clara en la figura de la página siguiente: Momentos de la lógica procesual de un Sistema de Información en Salud (SIS) en el marco referencial “dato, información, conocimiento, comunicación y acción” (DICCA) (Alazraqui, Mota y Spinelli, 2006, p. 2695).

En el trabajo mencionado el proceso de la información es entendido de manera compleja al punto de que habitualmente todas las fórmulas externas que pretenden solucionar la problemática de los SIS suelen resultar inaplicables para los actores locales. Describen la necesidad de aportar también momentos de evaluación y reflexión, de manera que la elucidación (Castoriadis, 2001, *apud* Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006) se convierta en real posibilidad de apropiación de la práctica por parte del trabajador de salud. Así también consideran “que la construcción y reconstrucción de un SIS es un proceso dialéctico [...] en la lógica procesual DICCA”. (Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006, p. 2700)

Momentos de la lógica procesual de un Sistema de Información en Salud (SIS) en el marco referencial “dato, información, conocimiento, comunicación y acción” (DICCA).



Fuente: Alazraqui M., Mota E. y Spinelli H. “Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local”. Fig. 2, pág. 2695 (2006)

Todo el desarrollo teórico de la propuesta DICCA apunta, como se dijo, a una línea de trabajo para la acción local orientada a la reducción de las desigualdades en salud. Aunque no está explicitada la acepción de local, podemos considerar acción local a aquella que se desarrolla en una provincia (según la mirada nacional), o en una localidad o departamento (área programática en la organización provincial), y en igual sentido y en relación al lugar de observación, podemos suponer que la estructura mínima para la acción de salud podría ser un centro del primer nivel.

En el componente central “conocimiento” (no en sentido jerárquico sino secuencial) la propuesta reconoce un proceso con “un doble carácter; por un lado, uno más ligado a la producción (técnica); por el otro, el más ligado a la acción y a la constitución del sujeto (pensamiento)” (Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006, p. 2698). Esta disquisición nos resulta muy importante para el análisis del SIS en el primer nivel ya que este doble carácter debiera estar presente y probablemente pueda objetivarse en el proceso de trabajo en esta parte del sistema, con los trabajadores que manejan los registros y la información en el CS.

Resulta interesante observar que al analizar la problemática general de los SIS, los autores cierran la descripción con que “el problema no se limita a las organizaciones responsables de la producción de información ‘per se’, sino a que éstas son un reflejo de los actores sociales involucrados y sus intereses”, citando a Moraes (1994, *apud* Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006, p. 2696). En nuestro modo de ver, la manera de rescatar en la propuesta DICCA al sujeto que forma parte del SIS presenta cierto sesgo, probablemente

producto de la mirada de la gestión en niveles centrales. Esto se confirmaría en los aspectos del artículo que a continuación describimos.

Acerca de los datos que se deberían recolectar, los autores plantean la cuestión de qué datos se considerarían relevantes y quién lo decidiría. Respecto de esta decisión, se menciona al sujeto/actor en algunos lugares del trabajo: en relación a los problemas de los SIS (Moraes, 1994, *apud* Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006); en relación al carácter interpretativo del conocimiento y la apropiación del mismo por parte del sujeto; en relación a los conceptos sobre comunicación (Maturana, 1996, *apud* Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006) y en torno a los actos de habla (Searle, 1990, *apud* Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006), y la intencionalidad del lenguaje, sin llegar a evidenciarse que también el sujeto que registra datos es (o debiera ser) actor principal, no secundario. Creemos que es precisamente en este momento de la recolección del dato en la práctica diaria (instancia a la cual los autores atribuyen características normativas) donde ya el circuito se cristaliza quedando así inmovilizados los momentos posteriores. Es decir, si el dato en el proceso de trabajo es desvalorizado y percibido como obligación con escasa o nula significación para el trabajador que lo consigna, y si por ello no se transforma en información, entendemos que no hay posibilidad de hacer operativos los momentos posteriores donde la información se transformaría en conocimiento, para devenir éste en acciones mediadas por actos de habla (Searle, 1990, *apud* Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006).

La propuesta DICCA que analizamos, al considerar actor al sujeto que decide qué datos recolectar y no tan claramente al sujeto que decide escribir estos datos, puede tener un trasfondo involuntario de instrumentalización, aspecto que discutiendo la concepción tradicional del SIS dicha propuesta pretende superar. Desde el sistema de salud como en muchos otros en las sociedades modernas se instrumentaliza al trabajador, sin embargo ello no significa que éste se convierta verdaderamente en un instrumento. El trabajador continúa tomando decisiones como sujeto todo el tiempo, dentro de un confuso escenario atravesado por asuntos sociales, culturales, institucionales e individuales, constituyéndose como sujeto que sujeta y es sujetado (Merhy, 2006), como producto y productor (Morin, 1994) y como sujeto y objeto (Campos, 2006) al mismo tiempo. Entendemos que el trabajador que escribe constantemente re-significa lo que el gestor decidió recolectar. Desde ambos espacios: el del gestor/decisor/actor-diseñador de instrumentos de recolección, y el del trabajador del centro de salud/decisor/actor-diseñador de datos, seguramente el sistema de información se figura muy diferente. Es en este punto donde encontramos cierta limitación en la propuesta DICCA y estimamos necesario analizar la forma en que los trabajadores del CS simbolizan los momentos del SIS y las acciones de su práctica diaria, mediante la descripción de su proceso de trabajo, es decir, de sus quehaceres y comohaceres (Testa, 2006). Consideramos esto relevante por cuanto los ámbitos del primer nivel se convierten en el

escenario estratégico de la programación en salud (Testa, 1989) y por ello su análisis es central para la comprensión del SIS y su problemática.

Para describir los momentos del conocimiento y la comunicación en el CS, no podemos restar importancia a la forma en que fueron concebidos y construidos estos espacios. Durante el devenir histórico de la biomedicina, con la ciencia médica y su tecnología de punta, fueron demarcándose dos ámbitos muy diferentes. La salud privada, por un lado, fue ganando terreno en la subjetividad colectiva, aún en los estratos sociales más desfavorecidos, imponiéndose como la mejor salud, si cabe la expresión, debido a los avances científicos y al gran despliegue tecnológico, aunque no fueron solamente estas las determinaciones históricas y sociales que contribuyeron al desarrollo de dicha subjetividad (Galende, 2004). Por otra parte una gran cantidad de personas no ha tenido elección en el tipo de servicio de salud, y se ha convertido en usuaria de la salud pública muchas veces con resignación. Esta salud pública desvalorizada, creció de manera importante en avances científicos y tecnología dura dentro de los hospitales de alta complejidad pero no fue así en el primer nivel de atención, debido a que esta parte de la estructura tiene por objeto la contención ambulatoria de problemas de baja complejidad. Llegamos entonces a observar el proceso del conocimiento y la comunicación en salud en lugares donde existe una “subjetividad disociada entre el prestigio de la medicina científica y la utilización de tecnología por un lado, y los anhelos de la salud pública por el otro” (Galende, 2004, p. 131).

En relación a los procesos de trabajo en salud, Emiliano Galende alude a “una fuerza invisible” (Galende, 2004, p. 121) que separaría hacia un lado, las propuestas de integración de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en el abordaje de los temas de salud/enfermedad, y hacia el otro, los reales modos de trabajar en salud. Entiende este autor que tal disociación no alcanza exclusivamente al trabajador sino que en el imaginario social ocupa un lugar importante esta forma de entender los eventos de salud y enfermedad y las pautas implícitas en su atención, que no contemplan tal integración bio-psico-social.

El momento de la acción que completaría el proceso de la información en salud, queda lejano e imposible de visibilizar desde la mirada de estas personas que trabajan en los centros del primer nivel, que muy probablemente se encuentren signadas por la afirmación de Campos:

Concentrarse en actos vaciados de sentido, o cuyo sentido depende de una continuidad que el trabajador no solo no controla sino que hasta desconoce, todo esto termina produciendo un patrón de relación con el saber y con la práctica profesional burocratizado. No hay vocación que resista la repetición de actos fragmentarios. Trabajar en este tipo de servicios llega a convertirse en suplicio insoportable. (Campos, 2001, p. 107).

Campos expresa que el trabajo realizado puede adquirir diversos colores en una gama que oscila entre la tarea puramente automática y la tarea reflexiva. En este sentido el autor estima que los procesos de trabajo dentro de los equipos de salud lograrán aumentar la calidad de su producto en la medida que pueda equilibrarse la necesaria autonomía profesional con el también necesario control institucional. La autonomía que el trabajador de salud necesita para ejercer su tarea debe ir acompañada de un grado creciente de responsabilidad. Sin embargo esta asunción de responsabilidades en la tarea diaria solamente podría resultar del interés del trabajador en su tarea. (Campos, 2001)

Como dijimos antes, en la mirada amplia de los SIS planteada desde la propuesta DICCA, encontramos un probable ocultamiento del trabajador que describe Campos y que no es tenido en cuenta tampoco en la normativa sobre el SIS nacional ni en sus implicancias provinciales, como describiremos luego. Creemos que es necesario resaltar los significados y valoraciones que este trabajador particular asigna al SIS y a su proceso de trabajo, ya que en este escenario se construyen datos básicos sin los cuales ningún sistema de información podría existir o ensamblarse como tal. Coincidimos en la jerarquización de los aspectos comunicativos que presenta dicha propuesta y entendemos que esta comunicación está impregnada de connotaciones relacionadas con una práctica signada por la biomedicina. En esta práctica se conforma un panorama con muchos aspectos que intervienen o interfieren en la comunicación de estos trabajadores entre sí y con el resto del sistema. Al respecto conviene ahora traer a colación palabras con las que Eduardo Menéndez refiere a su construcción teórica denominada Modelo Médico Hegemónico (MMH):

conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. [...] Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico. (Menéndez, 1988, p. 1-2).

En este devenir histórico de la ciencia médica, en la acorde construcción de los servicios de salud y junto a ellos la concepción de sus sistemas de información, es donde encontramos el mayor obstáculo para obtener información que dé soporte a la gestión. Las tareas y actividades automatizadas, producidas por trabajadores transformados en

instrumentos del sistema, distan mucho del tipo de acciones que se necesitan para gestionar en salud. Al describir Spinelli el campo de la salud, menciona que “Lo urgente desplazando a lo importante domina lo cotidiano de la gestión de instituciones con bajas responsabilidades, dado que el espacio de acción está siempre ocupado por las rutinas, las urgencias y la improvisación” (Spinelli, 2010, p. 286). Dentro de tamaña complejidad, la práctica en el primer nivel se encuentra también inmersa en las disputas que menciona Testa en su “Diagnóstico Estratégico”:

Lo que se disputa cotidianamente es qué cosas hacer y cómo hacerlas. En esta pelea, los aliados naturales son los que comparten la misma división social del trabajo, aunque muchas veces aún esta línea de alianzas naturales se ve rota por circunstancias particulares [...] que no tienen que ver con esa división. (Testa, 1995, p. 221).

Los aliados que ahora nos ocupan son las personas que trabajan en el primer nivel de la provincia y que tienen en su actuar diario la posibilidad de convertir la información en acciones a través de su participación en la construcción del SIS local. El trabajador convertido en actor de su propio escenario, el CS, toma decisiones, como dijimos, y re-significa constantemente lo que se le solicita escribir, consignar e informar. En estas decisiones cobra importancia fundamental la subjetividad del trabajador, ya que la complejidad inherente a estos sujetos/actores opera constantemente en su accionar. Tal como la ciencia clásica excluyó al observador y lo tornó inexistente, y como luego las ciencias humanas lo expulsaron de la historia, en la imposibilidad de utilizar un pensamiento complejo que permitiera unir conceptos opuestos en lugar de ocultar uno de ellos (Morin, 1994), no podemos analizar el SIS sin tener en cuenta la subjetividad de los actores locales.

Entendemos la construcción de subjetividad en estos trabajadores como la interpretación que constantemente hacen de todo lo que los rodea, en un proceso de trabajo atravesado por connotaciones que trascienden lo individual (Testa, 1995). Y esta construcción forma parte del proceso de ideologización que constantemente el sistema y el sujeto conforman en la práctica:

todo individuo se constituye como sujeto a través del proceso de ideologización que se produce por las condiciones generales en que se realiza su proceso de trabajo (su trabajo abstracto); la transformación de un sujeto individual en un sujeto colectivo [...] va a depender de los intereses comunes del conjunto, los que están relacionados casi siempre [...] con las circunstancias generadas en las condiciones específicas en que se realiza el proceso de trabajo conjunto (el trabajo concreto) (Testa 1995, p. 47).

Datos, información, conocimiento, comunicación y acción dentro del proceso de construcción del SIS, están siempre y en todos sus aspectos y momentos, imbuidos de la interpretación que de ellos hacen los trabajadores que intervienen en su construcción. La organización de la subjetividad del trabajador no seguirá un camino lineal sino que se irá conformando en sintonía con los vaivenes del mundo social que lo rodea, junto a las representaciones y afectos con que cada individuo orienta sus propias significaciones (Galende, 2004). Desde esta subjetividad de los trabajadores de los CS del primer nivel, se pueden analizar los modos en que estos actores en estos lugares simbolizan la información y el proceso de trabajo que la sustenta. En tanto el SIS y todo el sistema de salud son instituciones del Estado, vale traer la conceptualización de Testa al hablar de hegemonía, cuya definición entiende modificada en el tiempo en forma paralela a la transformación de la noción de este Estado y que en la actualidad el autor redefine como:

La hegemonía de nuestra sociedad no es una alianza de clases sino el resultado de la confrontación entre las clases que se produce en el seno del Estado. La hegemonía es, pues, una construcción política que resulta de los conflictos permanentes que se suscitan y resuelven dentro del Estado. La expresión concreta de la hegemonía es el pensamiento dominante en la sociedad. (Testa, 2006, p. 30).

1.5. *Metodología.*

Se trata de un estudio descriptivo destinado a contribuir al análisis de los obstáculos presentes en el SIS de la provincia de San Juan entre el año 2009 y 2012, específicamente en el primer nivel de atención de los servicios públicos provinciales de salud. El universo en estudio está compuesto por los trabajadores del primer nivel en cuyo proceso de trabajo se produce y/o usa información de salud local, entendiendo por universo como el “conjunto de individuos u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación” (Pineda, Alvarado, Canales, 1994, pág. 108). A partir del objetivo general propuesto en la presente tesis, adoptamos diferentes técnicas metodológicas que nos permitieran describir y analizar el SIS y el proceso de trabajo que lo sustenta, desde la perspectiva de los trabajadores del primer nivel. Como información previa producto de nuestros años de práctica en este sector del sistema público de salud provincial, aportamos algunas descripciones referidas al uso de los registros en los CS y del SIS en general. Nos desempeñamos en un CS pequeño con una población a cargo de aproximadamente 11.000 habitantes y no contamos con personal administrativo, por lo que enfermería asume esa función.

Para dar cuenta del primer objetivo específico de describir la normativa que estructura el SIS, se desarrolló durante el año 2009 la lectura y el análisis de los marcos administrativos legales adoptados en nuestro país desde 1988 (OPS, 1988), agregando

también la implicancia del SIS en los decretos provinciales de los años 1979 y 1986 (San Juan, Decretos 130 y 1047 respectivamente) con la intención de dar cuenta de la forma en que es considerado el SIS en estos marcos, el modo de jerarquizar la información, de analizar la problemática existente y de proponer soluciones a dicha problemática. Se llevó a cabo una posterior revisión en 2010, dando cuenta de innovaciones como el SIISA que comienza a implementarse en el sistema de información nacional, jurisdiccional y local. Se describió también el primer nivel provincial y su marco normativo de referencia (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 1996-a, 1996-b, 1996-c, 2000). Todo ello aportó a la descripción del contexto del sistema de salud en general y el de información en particular, para situar el terreno específico en el que planteamos nuestra investigación: los CS del primer nivel provincial.

El segundo objetivo específico consistió en describir las características de los trabajadores que participan en el sistema de información y para ello se realizó en primer lugar el análisis del contexto laboral en el que estos trabajadores cumplen funciones, es decir, se describieron las diferentes formas legales en que el empleado se relaciona con su empleador (el Ministerio de Salud Pública) en el marco de las leyes N° 2580, 5525, 7492 (San Juan, 1961, 1986 y 2004 respectivamente) y algunas otras relacionadas con ellas. De esta manera contextualizamos el espacio laboral que es ocupado por los agentes de salud que participan del SIS local. Para alcanzar la respuesta al segundo objetivo, en el transcurso del año 2010 se llevó a cabo una fase exploratoria en nuestra investigación (Deslandes, 2004), debido a que no se contaba con antecedentes de investigaciones que presentaran objetivos o espacios delimitados como en la nuestra, y tampoco contábamos con listados en las oficinas de personal que nos permitieran caracterizar de alguna manera el grupo de trabajadores. Construimos así una encuesta basada en preguntas cerradas que nos permitiera una primera aproximación al colectivo de trabajadores del primer nivel, indagando sobre variables simples y sobre sus conocimientos sobre aspectos básicos del funcionamiento del SIS, más adelante descriptos (Pineda, Alvarado & Canales, 1994). Se eligió la entrevista estructurada por cuanto “Es más fácil para el entrevistado dar respuestas [...] La información es más fácil de procesar [...] Hay uniformidad en el tipo de información obtenida” (Pineda, Alvarado & Canales, 1994, p. 130). La encuesta fue dirigida a todos los trabajadores de los CS presentes en el momento de nuestra visita a los mismos, seleccionando solo a aquellos que usan en su práctica la HCP, como estrategia de selección de participantes que efectivamente tienen relación con el sistema en estudio, y que consintieron en participar en nuestra investigación.

Para responder al tercer y cuarto objetivos específicos: describir y analizar el proceso de trabajo a partir del cual se genera el sistema de información, desde la perspectiva de los trabajadores implicados en el mismo, y describir y analizar la información como insumo para

el trabajo en salud desde la misma perspectiva, se trabajó utilizando la entrevista “tomada en el sentido amplio de comunicación verbal, y en el sentido estricto de recolección de informaciones sobre determinado tema científico” (Minayo, 2004, p. 93) por entenderla como la técnica más acertada en la búsqueda de la comprensión de los significados y valoraciones que este grupo de trabajadores asigna al SIS y a su proceso de trabajo, ya que las entrevistas no estructuradas (también llamadas entrevistas en profundidad) “se orientan a la descripción, comprensión, explicación e interpretación de los fenómenos sociales” (Pineda, Alvarado & Canales, p. 143). Las entrevistas fueron realizadas en el año 2012 dentro del grupo que según nuestra encuesta exploratoria, compone mayoritariamente la fuerza laboral de los CS (médicos y enfermeros) y dentro de este grupo, a los que voluntariamente consintieron su participación en nuestro estudio. No se dirigió exclusivamente a médicos que usan HCP (tal como se aplicó la encuesta) para poder aumentar numéricamente la participación de los entrevistados. Al mismo tiempo, el uso de la información para la gestión de salud que buscaba indagar nuestro trabajo de campo, forma parte de la incumbencia del profesional del primer nivel, no así del sector administrativo (que fue excluido en la selección para entrevistas). Las entrevistas fueron pactadas de antemano verbalmente (en forma telefónica o personal) y grabadas con previo consentimiento de los participantes y el material obtenido fue acompañado de algunas notas de campo en casos en los que un tema de nuestro interés emergía luego de finalizar formalmente la entrevista y cerrar el sistema de grabación. Todas las entrevistas fueron transcritas y luego analizadas a partir de la codificación del material dentro de categorías de análisis elaboradas en torno a nodos temáticos propuestos en marco teórico y que son explicitadas más adelante (apartado 1.5.3. Entrevistas semi-estructuradas).

1.5.1. Ubicación geográfica.

El estudio se llevó a cabo en la provincia de San Juan cuya población es de 680.427 habitantes (INDEC, 2010) y está dividida en diecinueve departamentos con características demográficas y geográficas muy heterogéneas ya que presenta zonas de valles, territorios montañosos de pre-cordillera, y otros que conforman la cordillera de los Andes. Los diecinueve departamentos tienen superficies muy diversas, que van desde los 30 kilómetros cuadrados (Capital) hasta más de 22.000 (Calingasta). La densidad de población de los departamentos también es heterogénea, variando desde 3.759 habitantes por kilómetro cuadrado (Capital) hasta 0,3 habitantes (Iglesia). De igual modo se observa variabilidad en la cantidad de habitantes por departamento, desde 114.018 habitantes (Capital) hasta 4.453 (Zonda), en cifras del INDEC de censo 2010. La administración sanitaria provincial está dividida en cinco zonas dependientes del Ministerio de Salud Pública. Éstas abarcan diferentes departamentos de la división política que no necesariamente presentan realidades

similares sino que el agrupamiento en zonas responde a su ubicación geográfica aproximada en cuanto a los puntos cardinales (centro, norte, sur, este y oeste). En la tabla siguiente se ordenan las zonas sanitarias y los departamentos que incluyen, con la población respectiva (Tabla 1).

Tabla 1: Zonas Sanitarias, Departamentos, Población, Densidad y Superficie de la Provincia de San Juan. San Juan, 2010.

Zona Sanitaria	Departamento	Población 2010	Densidad 2001 (hab/km ²)	Superficie (km ²)
I	Capital	114.018	3.759,3	30
V	Rawson	108.048	359,1	300
I y IV	Chimbas (*)	87.238	1.190,8	62
IV	Rivadavia	81.698	485,0	175
I	San Lucía	53.464	968,1	45
V	Pocito	50.968	79,6	515
II	Caucete	38.497	4,5	7.502
III	Jáchal	23.848	1,4	14.749
III	Albardón	22.182	21,6	915
V	Sarmiento	21.484	6,9	2.782
II	25 de Mayo	15.794	3,4	4.519
II	San Martín	10.899	23,3	435
IV	Calingasta	9.312	0,4	22.589
I	9 de Julio	8.784	41,4	185
II	Angaco	8.495	4,1	1.865
II	Valle Fértil	8.101	1,1	6.419
III	Iglesia	7.177	0,3	19.801
IV	Ullum	4.921	1,0	4.391
IV	Zonda	4.453	1,7	4.391

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) Censo 2010 y Ministerio de Salud Pública (MSP).

(*) El Departamento Chimbas se encuentra dividido en un sector Este que pertenece a la Zona Sanitaria I (Centro) y otro sector Oeste que pertenece a la Zona Sanitaria IV (Oeste).

1.5.2. Fase exploratoria.

Analizamos en primer lugar la normativa proveniente de los espacios centrales (Ministerio de Salud de la Nación y Ministerio de Salud Pública de San Juan). Luego realizamos una encuesta (Apéndice A, p. 132) orientada a caracterizar al grupo de trabajadores por medio de algunas variables simples: sexo, edad, antigüedad, situación laboral o cargo¹, función y nivel de instrucción o formación. Indagamos también sobre la posibilidad de los trabajadores de identificar los registros más usados en los CS y reconocer el circuito que recorren estos registros en el proceso de obtención de información. Esta parte de la encuesta exploratoria se orientó a obtener datos referidos al tipo de información que

¹ Entendemos "cargo" como sinónimo de "empleo". La situación laboral incluye empleo formal e informal (contratados, becados, etc.).

estos trabajadores tienen sobre las planillas y registros que utilizan habitualmente en su práctica diaria y que tienen por objeto el registro del dato básico que daría inicio a un proceso de construcción de información. Para indagar sobre la información que poseen los trabajadores respecto de los registros que efectivamente usan en la práctica diaria, en primer lugar preguntamos sobre capacitación en SIS, y luego solicitamos nombrar todos los registros conocidos. Los registros sobre los cuales interrogamos a los trabajadores, son aquellos utilizados en el primer nivel provincial desde hace años en todos los CS: Historia Clínica Perinatal (HCP), Informe Estadístico de Consulta Médica Ambulatoria (IECMA), registros sobre vacunas (sin especificar denominación) y formulario de notificación de enfermedades de denuncia obligatoria (denominado C2 a partir de que el área epidemiológica considera fuente de datos la planilla IECMA a quien identifica como C1). En los dos primeros casos (HCP y IECMA) preguntamos sobre el lugar de proveniencia y envío de datos agregados, ya que los departamentos de estadísticas y los de maternidad e infancia son los que presentan estructuras ministeriales en todas las jurisdicciones del país desde hace décadas². En los dos últimos registros (vacunas y C2) preguntamos solamente sobre la actividad de agregación semanal o mensual de datos, basándonos en que las vacunas y sus registros tienen un gran desarrollo y utilización durante todo el siglo XX y la notificación obligatoria de enfermedades se ordena y formaliza a partir de 1960³.

Para indagar sobre los registros se aceptó como válida la denominación formal o informal de los mismos, debido a que la encuesta podría sesgarse si no lo considerábamos así, ya que es común que el trabajador nombre a una determinada planilla con un “apodo” más corto que su denominación formal, o bien con un nombre más viejo que el definido por la normativa actual (Apéndice B, p. 133). Esto tiene que ver con que la mayoría de las denominaciones formales de las planillas y departamentos o divisiones técnicas del ministerio de salud provincial, resultan poco usadas y en general son llamadas en la práctica con denominaciones informales que tuvimos en cuenta para evitar sesgo en los resultados.

Para operacionalizar las variables de información sobre registros, utilizamos el criterio de considerar valor “1” a quienes respondieron (y valor “0” en caso contrario):

- En HCP: que provenía del Departamento de Materno Infancia (o nombre informal “materno”) y los datos obtenidos de ella se agregaban mensualmente para enviar al mismo lugar.

² En esta operacionalización no nos orientamos a observar la fragmentación de los procesos inherentes al SIS, sino a indagar la mínima información que pueda poseer el trabajador sobre la continuidad de las acciones de su propia práctica, es decir, los pasos en la circulación de la planilla que contribuye a conformar.

³ La primera ley de denuncia de enfermedades en el país (Ley N° 15.465) es sancionada en septiembre de 1960 y su decreto reglamentario (N° 3.640) en el año 1964.

- En IECMA: que provenía de la División de Bioestadísticas (o nombre informal “estadística”) y de ella se agregaban los datos para enviar al mismo lugar.
- En planillas de vacunas: que se realizaban agregados mensuales.
- En C2: que se realizaban agregados semanales.

Como criterio de selección de los trabajadores a ser encuestados y con la intención de utilizar el que entendimos más abarcador, se optó por incluir a las personas que llevaran a cabo algún tipo de uso, manejo o consigna de datos en la Historia Clínica Perinatal (HCP) por cuanto este registro, entre una gran cantidad de planillas donde diariamente se consignan datos en los CS, se destaca debido a que en su confección, agregación y envío mensual de información, interviene un grupo numeroso de trabajadores del CS: administrativos, agentes sanitarios, enfermería, médicos y otros. Probablemente ningún otro registro del primer nivel pase por las manos de tantas personas. Se conjuga aquí la actividad de diferentes trabajadores que aportan a un producto básico de datos, referido a la salud de las embarazadas. En la provincia se adopta esta HCP a partir de la implementación en el orden nacional del Sistema Informático Perinatal (SIP) del cual forma parte (Resol 856-MSyAS-07).

La encuesta fue dirigida exclusivamente a las personas que consignan datos en la HCP y no en otro tipo de formularios o registros, debido a que esta historia clínica con certeza forma parte del SIS, por lo tanto podía entenderse que estos trabajadores necesariamente participaban del sistema que se buscaba estudiar. La aclaración viene a que es probable encontrar en los centros de salud una cantidad importante de formularios que en la práctica diaria son utilizados por algunos trabajadores, pero no nos consta que dichos registros sean parte formal del SIS que pretendíamos analizar, por ello las personas que participaban de la confección de otros registros, pero no en el de la HCP fueron excluidas de la muestra. Si bien en la estructura del sistema de salud se asigna la función de registrar los datos en parte a los profesionales que intervienen en las prácticas de salud y en parte al personal de estadísticas (administrativos), esto no siempre es así, por lo cual las encuestas se realizaron a cualquier persona que en la práctica diaria llevaba a cabo tal actividad. La estrategia utilizada para reconocer al personal que participa de la confección de la HCP fue la pregunta directa sobre el asunto. En aquellos casos en que la respuesta a esta primera pregunta fue afirmativa, procedimos a realizar la encuesta. A partir de los CS a los que pudimos acceder y de los voluntarios que aceptaron participar en nuestra encuesta, agrupamos para descripción de resultados en áreas Rawson (Ra), Santa Lucía (SL) y Resto de áreas (Re) el grupo total de entrevistados que se presentan en el siguiente cuadro discriminados según su función. (Cuadro 1).

Cuadro 1: Encuestados por área programática según función. San Juan, 2010.

ÁREAS	FUNCIÓN								TOTAL
	Ad(1)	AE(2)	AS(3)	E(4)	TS(5)	N(6)	Ps(7)	M(8)	
Ra	1	7	3	3	2	1	2	10	29
SL	2	4	-	2	1	2	1	5	17
Re	5	11	4	4	3	1	2	13	43
TOTAL	8	22	7	9	6	4	5	28	89

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

(1) Administrativos, (2) Auxiliares de enfermería, (3) Agentes sanitarios, (4) Enfermeros profesionales, (5) Trabajadores Sociales, (6) Nutricionistas, (7) Psicólogos (8) Médicos.

Para seleccionar las áreas geográficas en las que se aplicaría la encuesta exploratoria, se tuvo en cuenta la viabilidad y el alcance de la presente investigación, optando por dirigirla a todos los centros de salud del primer nivel de dos áreas programáticas cercanas a la ciudad Capital: Santa Lucía y Rawson. Los dos departamentos presentan similitudes, ya que ambos forman parte del conglomerado urbano denominado Gran San Juan, y se encuentran a una distancia similar respecto de la capital de la provincia (Santa Lucía a 2,5km y Rawson a poco más de 3) siendo los departamentos geográficamente más cercanos a dicha capital. Para ampliar en lo posible esta muestra, se construyó un tercer grupo de comparación a partir de CS del resto de las áreas programáticas de la provincia. Se tornaba inviable incluir áreas alejadas, por lo que la muestra alcanzó al Gran San Juan (Capital, Rivadavia y Chimbas Este y Oeste), y se extendió hasta áreas externas a este conglomerado central, abarcando CS de San Martín, Angaco, Albardón, Ullum, Pocito y Sarmiento. Para favorecer la viabilidad del proyecto quedaron excluidas las áreas de difícil acceso y escasa densidad de población. Al interior de cada área programática los CS fueron seleccionados por accesibilidad geográfica. Esto conformó una muestra que numéricamente se resume en el cuadro de la página siguiente (Cuadro 2). En este cuadro se resume la forma en que según viabilidad, pudimos abordar el campo de estudio, describiendo la representatividad numérica de encuestados dentro de cada CS, de cada área programática y dentro de cada zona sanitaria de la estructura total del sistema de salud provincial.

En sendas visitas a los CS encuestamos en forma personal a todos los trabajadores presentes en el CS al momento de la visita al mismo que voluntariamente accedieron a contestar la encuesta. Se excluyeron aquellos que, participando habitualmente de la confección de la HCP, se encontraban haciendo uso de cualquier tipo de licencia (Anual Reglamentaria, Especial o de invierno, Parte por Enfermedad, etc.). Esto se determinó así por el hecho de que las licencias reglamentarias tienen una duración que oscila entre las dos y seis o más semanas, y resultaba inviable la prolongación del período programado para levantamiento de datos cuantitativos, principalmente por la cuestión operativa del acceso a

los CS y la autorización institucional correspondiente. Los resultados del estudio exploratorio se describirán en la sección siguiente (apartado: 2. Desarrollo) según la agrupación que se observa en el Cuadro 3.

Cuadro 2: Zonas sanitarias y áreas programáticas de la Provincia de San Juan seleccionadas para encuesta exploratoria a trabajadores de los centros de salud que usan HCP. San Juan, 2010.

Zona Sanitaria	Área Programática	Cantidad de CS	Cantidad de encuestas realizadas
I (Centro)	Capital	1	8
	Chimbas Este	1	5
	Santa Lucía	4	17
II (Este)	San Martín	1	1
	Angaco	1	6
III (Norte)	Albardón	1	4
IV (Oeste)	Rivadavia	1	5
	Chimbas Oeste	1	6
	Ullum	1	4
V (Sur)	Rawson	6	29
	Pocito	1	2
	Sarmiento	1	2
TOTALES:			
5 zonas sanitarias (*)	12 áreas programáticas (**)	20 CS (***)	89 encuestas

Fuente: Elaboración propia, sobre CS del primer nivel, provincia de San Juan, año 2010.

(*) Están incluidos CS de todas las zonas sanitarias de la provincia.

(**) Están incluidas 12 áreas programáticas de las 20 que tiene la provincia.

(***) Incluidos 20 CS del primer nivel, de los 113 que tiene la provincia.

Cuadro 3: Distribución de la muestra para descripción de resultados del estudio exploratorio. San Juan, 2010.

Áreas geográficas	Cantidad de CS	Cantidad de Encuestas
Rawson	6	29
Santa Lucía	4	17
Resto de las áreas (*)	10	43
Total	20	89

Fuente: Elaboración propia, sobre CAPS del primer nivel, provincia de San Juan, año 2010.

(*) Capital, Rivadavia, Chimbas Este y Oeste, San Martín, Angaco, Albardón, Ullum, Pocito y Sarmiento.

Los resultados de la encuesta fueron procesados manualmente, aplicando en su análisis estadística descriptiva consistente en tablas de frecuencia y porcentajes correspondientes a las distintas variables indagadas.

1.5.3. Entrevistas semi-estructuradas.

La segunda etapa de la presente investigación consistió en la realización de entrevistas semi-estructuradas a un grupo de trabajadores del primer nivel con la intención de indagar sobre los procesos de trabajo y el SIS desde la perspectiva de quienes producen esta información, para aportar a la comprensión del modelo que caracteriza dicho proceso y las consecuencias que puede tener para el SIS. Usamos el mismo criterio de selección aplicado en la fase exploratoria en el sentido de que se trató de personas que trabajan en CS del primer nivel y están relacionadas con la información de cada lugar, pero en este caso decidimos abarcar a médicos y enfermeros en lugar de seleccionarlos según su participación en el proceso de confección de la HCP. Esto se decide así por varios motivos que a continuación explicamos.

En primer lugar, para intentar comprender las características del proceso de trabajo nos pareció necesario incluir en lo posible a quienes tienen mayor peso en los aspectos organizativos del mismo (según normativa provincial, médicos y enfermeros), de manera que pudieran los entrevistados compartir sus representaciones sobre el SIS en general en relación a toda la información usada en el CS. Por otra parte, entendiendo que las personas seleccionadas debían acceder a contestar una serie de preguntas frente a un dispositivo que registraba el audio de sus respuestas, era necesario lograr la adhesión de trabajadores que pudieran confiar en nuestro trabajo y en nuestra presencia en el lugar. Pensando incorporar la mayor cantidad de entrevistados posible, ampliamos el criterio de selección incorporando médicos clínicos y pediatras, que no tienen relación directa con la HCP pero participan del mismo proceso de trabajo que sus compañeros y forman parte importante del proceso de la información. También consideramos que la mayor presencia numérica encontrada en el trabajo exploratorio se correspondía con médicos y enfermeros, lo que nos permitiría abarcar una mayor cantidad de entrevistados que accedieran a participar de nuestro estudio. De esta forma se buscó sortear en lo posible la limitación que surge al realizar investigaciones con entrevistas grabadas, en ciudades pequeñas, considerando que San Juan tiene poco más de 680.000 habitantes y todos los CS del primer nivel apenas superan el centenar. De hecho varios de los invitados a participar en principio, no aceptaron hablar frente a un grabador con la explicación de que “acá nos conocemos todos” o bien “no me gusta que me graben”, por lo cual fueron excluidos. Al mismo tiempo, el SIS no significaba un tema demasiado conocido y tampoco se posicionaba como tema de interés de muchos trabajadores, de manera que resultaba tarea difícil encontrar voluntarios para participar en entrevistas.

Otro elemento considerado para ampliar la muestra a médicos y enfermeros sin considerar su relación con la HCP fue la necesidad de acotar el trabajo de campo al tiempo autorizado institucionalmente, que en lo posible no debía superar un mes calendario por las

actividades propias de los centros de salud y por las nuestras, ya que formamos parte del conjunto de trabajadores del primer nivel. Finalmente la muestra quedó compuesta de la siguiente manera: licenciadas en enfermería mujeres: 6; licenciados en enfermería varones: 2; auxiliar de enfermería mujer: 1; médicas mujeres: 3; médicos varones: 4. El total de entrevistas obtenidas fueron 16, compilándose aproximadamente 14 horas de grabación basadas en una guía de preguntas (Apéndice C, p. 134). Este material fue sometido a análisis de contenido. Las grabaciones fueron procesadas manualmente: inicialmente transcritas mediante procesador de texto, luego fueron codificadas las respuestas de cada entrevista según las categorías de análisis seleccionadas, para construir finalmente un bloque total de respuestas para cada categoría.

Buscando comprender la problemática de la información en el primer nivel, se organizó el material de la transcripción de entrevistas utilizando como categorías de análisis algunas características del MMH que tienen fuerte presencia en el sistema de salud en general y en el proceso de trabajo de los CS del primer nivel en particular. Sin embargo por tratarse de una construcción teórica (Menéndez, 1988) compuesta por numerosas características no resultaba tarea sencilla identificarlas a todas ni tampoco observar límites precisos entre ellas. Decidimos entonces utilizar para el análisis una primera categoría: el biologismo, que se presentaba estrechamente relacionada con la racionalidad científica; otra categoría utilizada fue la profesionalización, que aparecía ligada a la subalternidad de los saberes no médicos y de las personas que los representan; luego se utilizó la burocratización de la organización relacionada con la subordinación y la asimetría de los roles; por último se usó como categoría para el análisis la medicalización de los procesos vitales. Todas estas categorías, en tanto representan características de un modelo teórico, en más de una ocasión se observan con connotaciones que entretienen significados diversos y se acercan de una manera a una característica determinada y en algunos otros sentidos, muy cercanas a otras. Sin embargo decidimos organizar nuestro análisis centrándonos para el ordenamiento de la información obtenida en entrevistas, en solo estos cuatro apartados: biologismo, profesionalización, burocratización y medicalización de procesos vitales. A partir de este ordenamiento analizamos luego las prácticas comunicativas utilizadas en el CS y sus consecuencias sobre el SIS.

2. DESARROLLO. Resultados obtenidos en fase exploratoria.

Procedemos a realizar la descripción y análisis del SIS en el primer nivel de atención de la provincia de San Juan, partiendo de la caracterización del contexto nacional en cuanto al SIS y del primer nivel de atención provincial, a través de la normativa vigente sobre su organización y funcionamiento. Luego describiremos las diferentes formas laborales o cargos en los que trabaja el empleado de los centros de salud (CS) para pasar luego a detallar la forma en que se materializa el SIS en el primer nivel en cuanto a registros y formularios en uso. De esta forma aportamos a la comprensión de la situación y condiciones del ámbito en el que se desarrolla el SIS local. Por último procederemos a describir y analizar los resultados obtenidos en la primera fase de encuesta exploratoria y la fase posterior de entrevistas semi-estructuradas.

2.1. Estructura y funcionamiento del SIS.

Al igual que en muchos países, el SIS argentino ha tenido como principal base de datos un sistema estadístico: el Sistema Estadístico de Salud (SES); su finalidad tradicionalmente ha sido “suministrar oportunamente la información adecuada para el proceso de gestión de los diferentes niveles de organización político-administrativa del sistema de salud” (DEIS, 2004). A lo largo de las últimas décadas se desarrollaron diferentes sub-sistemas que intentaron cubrir la necesidad de información de salud. Tal es así que entre 1990 y 2010 llegó a formalizarse una importante estructura en la que los componentes básicos del SIS quedaron compuestos por el SES y los Sistemas Nacionales de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) y de Vigilancia Epidemiológica sobre Sida, integrándose además información referida a problemas y servicios de salud.

A su vez el SES forma parte del Sistema Estadístico Nacional, cuyo organismo coordinador es el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) y su alcance y funcionamiento se encuentran regulados por la Ley N° 17.622/68 y el Decreto Reglamentario N° 3.110/70. Asimismo enmarcan el manejo de la información en salud las leyes de: protección de datos personales (Ley N° 25.326/00), notificación obligatoria de enfermedades (Ley N° 15.465/60) y reporte obligatorio de HIV/Sida (Ley N° 23.798/90). Cada uno de los sectores que integran el Sistema Estadístico Nacional (salud, educación, economía, etc.) tiene autonomía suficiente como para organizar su propio sistema estadístico, siempre y cuando sus procedimientos sean uniformes para todo el país. Los sectores de producción de información del SES son las estadísticas vitales, las condiciones de vida y problemas de salud de la población y la disponibilidad y utilización de recursos.

Se desarrolló también en los últimos años el “Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante” (SINTRA) desde el Instituto Nacional Central Único Coordinador

de Ablación e Implante (INCUCAI). El programa “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial” (Plan Nacer) igualmente ha desarrollado 5 (cinco) subsistemas (inscripción, gestión de padrones, cálculo de trazadoras, liquidación de prestaciones y gestión de cuentas de efectores). Luego, otros programas nacionales han desarrollado sistemas de registro e información específicos para su gestión (Remediar, Médicos Comunitarios, PROFE) y últimamente se agrega, entre otros, el Sistema de Vigilancia de Lesiones (SIVILE). Lo propio hizo la Superintendencia de Servicios de Salud, con otros varios sub-sistemas.

En los últimos meses del año 2010 se formaliza desde la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias y el Ministerio de Salud de la Nación, la implementación del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SIISA). Este nuevo sistema surge a partir del diagnóstico elaborado en niveles centrales sobre la situación de la información en el sector, y busca integrar toda la información de salud de diferentes sub-sectores, incluyendo dependencias públicas y privadas, en un sistema informático único y de acceso público *online*. La creación de este proyecto actualmente en etapa de desarrollo, pretende dar respuesta a la fragmentación de la información, y al igual que en las estructuras anteriores, se reconoce al Sistema Estadístico de Salud como al más importante de todos los sub-sistemas en el aporte de información, por su arraigo histórico y por su desarrollo territorial (Ministerio de Salud de la Nación, 2010).

El SIISA ha sido definido como:

“Un proyecto de tecnología de la información con etapas de implementación gradual de largo plazo. Impulsado y financiado por el Ministerio de Salud de la Nación pero de participación y concepción Federal. Su visión es contribuir al fortalecimiento del Ministerio de Salud de la Nación y los Ministerios de Salud Provinciales en su función de rectoría del sistema de salud, así como a la mejora en la toma de decisiones de todos los actores del sistema a través de la optimización de la gestión en las organizaciones en los diversos subsectores y niveles mediante la integración y conformación de un sistema federal de información sanitaria.

Su misión es reducir la fragmentación de información sanitaria en todos sus niveles y hacer disponible la información en tiempo y forma para quienes la necesiten, integrando, construyendo y articulando los distintos registros federales en una misma plataforma de tecnología moderna y confiable.

Dentro de sus objetivos se encuentran optimizar y mejorar el trabajo de las personas y las organizaciones de salud, contribuir a la unificación de criterios y del lenguaje sanitario, y a la utilización eficiente de los recursos financieros públicos.

[...] La información es un insumo de gran valor agregado para la gestión y la toma de decisiones que debe estar disponible y oportuna para quien la necesite y tenga derecho a ella. (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

En la argumentación de este nuevo proyecto, la desintegración de la información es atribuida al aislamiento existente entre sub-sistemas, sin problematizarse una gran cantidad de obstáculos que forman parte del mencionado aislamiento. El SIISA, para eliminar o disminuir esta desintegración intenta reunir todos estos sistemas en uno, es decir, se plantea una solución simple, crear un nuevo sistema que incluya o abarque todos los anteriores, para abordar una problemática sumamente compleja, partiendo de una instancia que no contempla el cambio en la mirada de los SIS. El punto de partida es la informatización, es decir que se intenta construir un sistema nacional en red, situación que operativamente es difícil de implementar; el punto más osado quizá es la incorporación del subsector privado cuando el público todavía no logra resolver sus propios problemas. Aún considerando que este proyecto ofrece algunas pautas interesantes, observamos que continúa invisibilizando la subjetividad de los trabajadores que debieran dar vida al mismo; los procesos de trabajo no son problematizados, ni tampoco en sus argumentos se rescata la acción comunicativa, sin la cual ningún sistema de información podría funcionar como tal. Para el desarrollo paulatino del SIISA se crean diferentes subsistemas, entre otros:

- CMDB: Registro Federal del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (que tiene como objetivo principal crear la Ficha del Ciudadano, que contendría todas las prestaciones de salud de cada habitante del país);
- REFES: Registro Federal de Establecimientos de Salud;
- REFEPS: Red Federal de Registros de Profesionales de Salud;
- RENIS: Registro Nacional de Investigaciones en Salud;
- NomiVac: Registro Federal de Vacunación Nominalizado;
- BNDO: Registro del Banco de Drogas Oncológicas. (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

Este sistema en la actualidad se encuentra en proceso de desarrollo e implementación y actualmente se llevan a cabo algunas actividades con referentes de los diversos subsistemas que el SIISA comprende.

Tanto el SIISA en vías de implementarse como la anterior estructura del SIS nacional, se desarrollan en tres niveles: nacional, jurisdiccional y local. En las jurisdicciones (provincias) se agregan los datos y la información producida en los establecimientos de salud de todo su territorio, incluyendo la que producen los CS del primer nivel, que es donde se genera el contacto con una gran parte de la población. Se observa que la temática continúa orientándose en general hacia la información cuantitativa de origen hospitalario, lo que en palabras de Testa al referirse al diseño de los servicios de atención primaria, sería “Lo malo de muchas de las soluciones propuestas es que se fundamentan sobre otras consideraciones, dejando de lado las que se corresponden a las necesidades de los pacientes” (Testa, 2006, p. 163).

2.2. *El primer nivel de atención.*

En la provincia de San Juan el sistema de salud está compuesto por los subsectores público y privado más algunos servicios de la seguridad social. En su mayoría los servicios de salud que corresponden al subsector privado se encuentran en la ciudad capital, incluyéndose aquí todos los que cuentan con internación, quedando distribuidos en todos los departamentos de la provincia los que realizan prácticas ambulatorias. En cuanto al subsector público, la provincia está dividida en cinco zonas sanitarias, compuestas cada una de ellas por áreas programáticas y centros de salud de diferente complejidad de atención médica. La provincia además ofrece servicios de salud pública a través de dos hospitales generales que constituyen el máximo nivel de complejidad local, y también de dos establecimientos especializados: uno para prácticas ambulatorias de odontología y otro para psiquiatría.

Particularmente los servicios en el primer nivel se prestan en todo el territorio a partir de 115 CS de mínima complejidad, distribuidos en las cinco zonas sanitarias provinciales, complementando la oferta con algunas postas sanitarias⁴ y con algunos centros de mayor complejidad de atención, generalmente uno por área programática. En todos estos lugares que conforman un número aproximado⁵ de 150 sitios que prestan servicios se puede generar información de salud de las poblaciones a cargo. Es aquí donde se genera el dato básico, que podría constituirse como un interesante punto de partida para lograr información que oriente decisiones. Es en estos CS donde una gran cantidad de trabajadores, en su pequeño espacio de acción, diariamente realiza el acto fundamental de escribir, de puño y letra, anotaciones sobre los eventos de salud de todas aquellas personas que buscan los servicios del primer nivel. Aquí los escritos pueden ser muy diferentes entre sí, pueden tener mayor o menor claridad y cobrar mayor o menor relevancia. En este espacio casi íntimo, diariamente se toma la decisión de escribir o de no hacerlo.

Entendemos aquí al primer nivel de atención como aquel que

Constituye esencialmente la puerta de entrada a la red de servicios o sistema en la mayor parte de los casos. Realiza acciones de promoción y protección de la salud, así como el diagnóstico temprano del daño, atención de la demanda espontánea de la morbilidad percibida, búsqueda de demanda oculta, control de salud de la población e internación de pacientes de bajo riesgo con

⁴ En la normativa provincial, aquellos lugares que ofrecen atención médica solo algún/os días de la semana.

⁵ El número exacto resulta difícil de obtener debido a que en la actualidad la provincia se encuentra con un fuerte desarrollo de la obra pública. Los centros de salud, para su remodelación o agrandamiento suelen ser cerrados temporalmente y al mismo tiempo se abren o reinauguran diferentes lugares de prestación de servicios en zonas periféricas.

mecanismos explicitados de referencia y contrarreferencia. (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2000).

Esta amplia definición está expresada en las “Normas de Organización y Funcionamiento del Servicio de Consultorios de las Unidades de Atención de la Salud”, Resolución Ministerial 431/00, y enmarcada por el Decreto 1269/92, a partir del cual se desarrollan y aprueban las Políticas Sustantivas e Instrumentales de Salud. Respecto de la información en salud, el referido decreto enmarca también importantes aspectos funcionales relacionados con el primer nivel, algunos de los cuales se mencionan a continuación:

Normas de actividades mínimas para responsables de centros de atención primaria de salud (Resol. 207/96): Asegurar el correcto registro de la totalidad de las prestaciones realizadas en el centro de salud y en el seno de la comunidad, así como la remisión periódica de dicha información a los niveles establecidos en la normativa correspondiente. [...] Implementar los mecanismos adecuados para la caracterización de dicha población en cuanto a sus variables socio-demográficas y epidemiológicas. (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 1996-b).

Normas de actividades mínimas para las áreas programáticas de los hospitales públicos (Resol. 214/96): Recabar, analizar y elaborar toda la información necesaria para la administración del área programática, coadyuvando a crear el sistema de información de salud y elevando -a su pedido- a los niveles de complejidad superiores los datos y conclusiones que posibiliten la implementación de un sistema central de referencia. (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 1996-c).

En la Guía Para el Registro de un Conjunto Mínimo de Datos para la Identificación de los Pacientes en los Establecimientos Sanitarios y Servicios de Atención de Salud (Resol. Nº 410/02), aparece a modo de introducción el siguiente texto:

En la última década se ha identificado la necesidad de desarrollo de estándares para la gestión de la información clínica, como una de las barreras más importantes para la implementación de sistemas de información que permitan una atención médica mejor y más eficiente. Para que la información proveniente de diferentes prestadores y región geográfica pueda analizarse y compararse en forma uniforme, deben existir criterios comunes para la validación de los datos. (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2002).

Se observa entonces la forma en que estas reglas tanto como otras, todas de años recientes, denotan la orientación del sistema de información hacia el acto médico, como si

éste fuera el objeto del sistema de salud. De cualquier manera, la falencia en el registro de datos y en el manejo de la información dentro del sistema es claramente reconocida. Al mismo tiempo es posible observar que algunas normas actuales comienzan a virar al menos conceptualmente la mirada tradicional, dirigida a mortalidad y al acto médico hospitalario, hacia la morbilidad posible de recabar en el primer nivel. Es el caso de la aprobación a nivel nacional del Conjunto Mínimo de Datos Básicos del Primer Nivel de Atención a partir del año 2009 (Ministerio de Salud, 2008)⁶ que contempla la implementación de un formato regular para todos los CS no hospitalarios del país. Este CMDDB para el primer nivel, en proceso de implementación aun inacabado, contempla (además de los datos identificativos de la persona y el establecimiento de atención) la incorporación de datos como consulta ambulatoria en el área materno infantil, consulta sobre patologías crónicas (diabetes e hipertensión), así como indicaciones y derivaciones. Esta norma responde a la segunda etapa de la reformulación del Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud, como continuación de la implementación a partir de 2005 del CMDDB para centros con internación (Ministerio de Salud, 2004).

En los CS del primer nivel de la provincia observamos actualmente una multiplicidad de registros implementados para la recolección de datos sobre enfermedades. Los registros sobre los cuales se recolectan los datos básicos, principalmente la planilla IECMA en la que el usuario se anota para atención y donde los profesionales consignan luego el diagnóstico o motivo de consulta, atraviesa procesos de cambio. Tradicionalmente los médicos y el resto de los profesionales que usan dicha planilla para la atención en consultorio, han colocado una palabra o sigla, sin embargo en la actualidad comienza a exigirse que se consigne también el código correspondiente de la “Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria” (CEPS-AP) que está compuesta por 306 categorías agrupadas en 20 capítulos. Su estructura es acorde a la “Clasificación Estadística Internacional de Problemas Relacionados con la Salud” (CIE-10), resumiendo las 2.036 categorías de esta última en las 306 que corresponden al CEPS-AP. Para este trabajo se puede encontrar en todos los consultorios del primer nivel un manual muy pequeño, práctico y fácil de usar, con este nuevo sistema clasificadorio que facilita al profesional la consigna del código numérico junto al diagnóstico. Consideramos este momento como un valioso punto de partida, ya que el agregado posterior de estos datos básicos codificados podría llegar en el futuro a conformar información estadística de morbilidad, asunto que es también un tema pendiente debido al peso que históricamente ocupó la agregación de datos sobre mortalidad casi exclusivamente.

⁶ No se pudo acceder a la publicación de DEIS Serie 1, N° 24, 2009, pero se accedió a la presentación de la misma en la XXI Reunión de COFESA, disponible en el portal del Ministerio de Salud de la Nación (incluida en el apartado Referencias Bibliográficas del presente trabajo).

Veinte años antes de la confección del manual CEPS-AP encontramos el antecedente del documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre “Metodología para la descripción, análisis y evaluación de la situación de salud” publicado por el Ministerio de Salud de la Nación, que comienza diciendo:

El presente documento se inscribe como un antecedente más de un proceso tendiente a integrar algunas áreas y recursos disponibles que permitan desarrollar la capacidad de análisis para el diagnóstico de situación y la evaluación de servicios y programas de salud (OPS, 1988).

Continúa el documento de la OPS, en sus “Lineamientos Generales”, diciendo: “Es necesario destacar el rol de la Epidemiología, no sólo en la vigilancia y control de las enfermedades sino fundamentalmente en el conocimiento de las necesidades para identificar los factores de riesgo y orientar la definición de las prioridades”. Agrega en su parte de sugerencias sobre fuentes de datos, la necesidad de incorporar al sistema de información los registros de los agentes sanitarios, la información comunitaria, el desarrollo de atributos positivos sobre situación de salud y las experiencias de participación comunitaria. También en el primer nivel sugiere incorporar consultas según edad, sexo, especialidad y sub-sector, y visitas domiciliarias por tipo de personal y por finalidad. (OPS, 1988).

Podemos ver también que en la mirada que prevalece en el sistema nacional, además de la orientación al acto médico, se insiste en ubicar al sujeto que observa un asunto de salud y lo registra, en un lugar secundario cuando no invisible. Esta decisión de registrar en el nivel local, tanto como la de diseñar sistemas en el nivel macro, está fuertemente atravesada por contradicciones que no deberíamos ignorar si pretendemos aportar a la calidad de la información y a las acciones que de ella resulten. Testa dice que “las contradicciones son visiones diferentes frente a múltiples cuestiones que tienen sentido para nosotros, y los conflictos son las formas materiales en que se expresan esas cuestiones”; luego afirma que “un problema lo es cuando se lo ‘problematiza’ [...] cuando se incorpora a la agenda del Estado, a través de la acción de algún(os) actor(es) social(es)” (Testa, 2007). Por ello nos preguntamos de qué manera están operando estas contradicciones en los trabajadores de los CS que intervienen y construyen diariamente el sistema local de información.

En la provincia de San Juan existen dos normas vigentes referidas a la organización y funcionamiento de los servicios de salud, el Decreto 130-SPS-79 y el Decreto 1047-SSP-86. El primero es el Manual de Normas de Establecimientos de Salud, que en uno de los capítulos hace referencia a la clasificación de establecimientos utilizando dos criterios

diferentes: el nivel de complejidad de atención médica y el nivel de complejidad hospitalaria. En dichas clasificaciones se establecen las necesidades mínimas para cada nivel, observándose que el servicio de información estadística es un componente que sólo está presente a partir de los niveles con internación (Servicio Provincial de Salud de San Juan, 1979).

El segundo decreto mencionado trata la estructura orgánica de la Secretaría de Salud Pública. En su Libro III Título I sobre los CS de las áreas programáticas, expresa que la autoridad de los mismos será ejercida por un médico, no estableciendo ninguna otra condición para su gestión y funcionamiento. En el Libro IV Capítulo II define las funciones de la División Bioestadística de Nivel Central de manera muy poco específica. En el mismo libro, Capítulo X, expresa que “la División de Atención Primaria tiene como misión la programación, coordinación, supervisión y evaluación de las actividades médicas-sanitarias que se brindan a la comunidad y a cada uno de sus integrantes, con especial énfasis en las del primer nivel de atención”. (Secretaría de Salud Pública de San Juan, 1986).

Ambas normas provinciales, además de la falta de adecuación temporal por los cambios producidos en los sistemas de salud desde 1979 y 1986 a la fecha, presentan igual inconveniente que las nacionales: orientación al acto médico, sin que se contemple con claridad el objeto fundacional de sistema de salud, el estado de salud de la comunidad. La información tampoco ocupa aquí un lugar destacado, sin embargo lo que nos parece más importante que cualquier otra omisión, es la invisibilización del trabajador que debe consignar los datos primarios y transitar en su práctica diaria los primeros pasos de cualquier proceso de información de salud.

2.3. *Las personas que trabajan en los CS.*

La información de salud se genera en espacios de trabajo, donde existen personas a las cuales se les retribuye económicamente tal tarea (ya sea por medio de salarios, pagos de becas u honorarios por servicios). Entendemos fundamental la descripción del lugar (y condiciones) que ocupan estos sujetos dentro de la fuerza laboral del sistema como paso previo imprescindible para la comprensión de su perspectiva sobre el SIS. El trabajador del primer nivel es el encargado de registrar diariamente datos básicos e intervenir en el proceso de comunicación de la información, y al mismo tiempo es quien puede derivarla en acciones. No obstante, la situación en que el empleado se encuentra, su subjetividad, sus conocimientos, motivaciones, aptitudes y capacidades, no parecen haberse considerado en tantos años de esfuerzos plasmados en recursos nacionales y provinciales. Estos trabajadores construyen su identidad en un proceso de trabajo cuya dinámica es compleja, y habitualmente no es tenida en cuenta en el diseño de estrategias. Esta identidad en

constante movimiento “está siempre en producción, partiendo de un cierto territorio, para abrirse a otros posibles. Produciendo mapas, diseñando cartografías. Todo el tiempo estamos pasando de sujetos que sujetan a ser sujetos” (Merhy, 2006). Otra motivación importante para incluir esta descripción es la relevancia del trabajo en la vida de cualquier persona, por el tiempo que habitualmente cada individuo dedica a ello y por sus implicancias para el desarrollo y crecimiento como persona dentro de una sociedad. Si pretendemos acercarnos a la subjetividad de estos trabajadores no podemos evitar destacar este aspecto de su vida como sujetos sociales y como trabajadores de salud.

En igual sentido, Campos afirma que “Los trabajadores de salud son el producto del sistema de relaciones en que están sumergidos, pero al mismo tiempo son productores de dicho sistema. Son sujeto y objeto en el mismo momento durante todo el tiempo” (Campos, 2006). Podemos pensar entonces que en tanto no se problematice el modo de construcción de subjetividad por parte de estas personas que participan del sistema, puede continuar siendo infructuoso implementar nuevos registros o dirimir otro tipo de estrategias para mejorar la calidad de la información referida a la morbilidad local, o aún pensar en la construcción de los nuevos indicadores de salud que desde hace años se solicitan desde manuales y reglamentaciones destinadas a los SIS.

Por otra parte, la gran heterogeneidad de situaciones laborales dentro del primer nivel, complejiza también la problemática que tratamos. En los CS de la provincia se presentan diversas formas de empleo, con diferentes montos y estilos de remuneración y también diversa asignación de responsabilidades. Se puede observar una primera división de trabajadores, con un marco legal para profesionales y otro para los no profesionales, que son los que constituyen el grupo mayoritario, y luego otras formas laborales que se presentan con menor representatividad numérica.

2.3.1. Profesionales de la salud y Ley N° 2.580.

Es la ley vigente en la provincia sobre la carrera del personal profesional de la salud del sector público entendiendo al profesional como aquel que posee título académico (Cámara de Diputados de la Provincia de San Juan, 1961). Contempla una remuneración superior que en muchos casos duplica o triplica lo percibido en otras formas laborales encontradas dentro de los CS. Su carga horaria teórica puede ser de 18, 24 o 36 horas semanales, pero en la práctica del primer nivel de atención no es notable esa diferencia, principalmente en lo referido al personal médico, que generalmente cumple con una carga horaria mucho menor que la asignada, y que es difícil de definir con exactitud por cuanto los CS no tienen registro de horario más que la firma de cada trabajador. Se trata de una práctica históricamente arraigada en el sistema público de salud, en la que intervienen diversos factores, entre ellos el hecho de que la estructura de salud provincial está

mayormente conformada por médicos que trabajan en el subsector público y en el privado al mismo tiempo, incluidos generalmente los niveles jerárquicos (ministros y funcionarios de su dependencia). A lo largo de los años y de diferentes gestiones políticas la respuesta de las autoridades a los reclamos salariales médicos fue en algún sentido conformada a través de la permisividad en la banda horaria de la jornada laboral. Tal es así que, mientras la mayor parte de los empleados de salud registran la jornada diaria habitual de 7 a 13 horas (horario general de la administración pública de la provincia) por medio de sistemas de tarjetas mecánicas o electrónicas, el médico generalmente no es sometido a este tipo de control. Últimamente se han producido algunos cambios relacionados con el registro de la entrada y salida de los lugares de trabajo. En los hospitales generales y en los CS con cierto nivel de complejidad, se han instalado tarjeteros magnéticos que ha comenzado a utilizar también el sector médico.

Esta situación tiene relación con una modificatoria realizada a la Ley 2580, aprobada en años recientes, sobre el régimen disciplinario de los profesionales de la salud. Desde su aprobación en el año 1961 la ley de profesionales no admitía la aplicación de medidas disciplinarias a un profesional sin previo sumario administrativo, pero éstos eran tradicionalmente lentos en su forma de sustanciación, lo que en la mayoría de los casos terminaba en dilución de la causa investigada. A partir de la modificatoria aprobada, los profesionales de salud pasan a someterse a un régimen disciplinario similar al del resto de los empleados de la salud y de los empleados en general del sector público, consistente en sanciones que van desde el apercibimiento hasta la suspensión por 10 (diez) días en su función según la gravedad del hecho ocurrido, con la sola decisión de un superior jerárquico y sin mediar otro tipo de procedimientos. Luego una de las causales de sanción aprobadas en la modificatoria de la ley de profesionales es expresamente el incumplimiento del horario de trabajo. (Cámara de Diputados Provincia de San Juan, 2007).

Aparece nuevamente una situación dispar con esta Ley 7856, modificatoria del régimen disciplinario de los empleados por Ley 2580. Durante más de 45 años el grupo profesional se diferenció del resto por la imposibilidad de aplicarse ninguna medida disciplinaria sin sumario administrativo previo en profesionales, mientras que en los no profesionales sí era factible. Con el nuevo régimen sancionado, la disparidad aparece debido a que, mientras el resto de los trabajadores pueden ser sancionados solamente con un máximo de 10 (diez) días de suspensión sin sumario previo, los profesionales de la salud en la legislación actual pueden serlo con una medida disciplinaria que llega hasta los 30 (treinta) días. En el Art. 47 la norma especifica qué motivos pueden conducir a sanción, figurando en el primer lugar lo relacionado al cumplimiento horario. Esto seguramente se relaciona con el conocimiento desde los niveles centrales, del histórico incumplimiento médico de la carga horaria, y también con un intento de revertir la situación.

De acuerdo con la gravedad de la falta cometida, y sin perjuicio de las responsabilidades civiles o penales que correspondan, el profesional será pasible de las siguientes sanciones:

- a) Llamado de atención.
- b) Apercibimiento.
- c) Suspensión de hasta diez (10) días.
- d) *Suspensión mayor de diez (10) y hasta treinta (30) días* [cursivas nuestras].
- e) Cesantía.
- f) Exoneración.-

ARTÍCULO 45.- Las sanciones dispuestas en los incisos a), b) y c) del artículo anterior podrán ser aplicadas, sin sustanciación de sumario, previo, por: Jefes de Servicio o Jefes de Departamento o Directores de Hospital o Jefes de Zona o Autoridad Superior, o quienes en el futuro los sustituyeren. *Las sanciones dispuestas por el Inciso d) serán aplicadas, sin sustanciación de sumario previo, por los Directores de Hospital o Jefes de Zona o Autoridad Superior* [cursivas nuestras]. [...]

ARTÍCULO 47.- Serán pasibles de las sanciones previstas en los incisos a), b), c) y d), quienes incurrieren en las siguientes conductas:
1) Incumplimiento reiterado del horario fijado por las normas respectivas. (Cámara de Diputados Provincia de San Juan, Ley N° 7856, 2007).

Ahora bien, en los centros del primer nivel no hay tarjeteros magnéticos sino planillas para registro manual diario de entrada y salida de todos los trabajadores, lo cual se hace con la firma de la persona (teóricamente también con el horario exacto y real de llegada y partida, aunque en la práctica esto en general no se evidencia). Sin embargo es común observar, a pesar de los esfuerzos realizados por algunos funcionarios, que un médico cuya asignación horaria corresponde al horario mencionado (7 a 13hs.) trabaje, con la anuencia de sus jefes inmediatos, por ejemplo de 8 u 8,30 a 11,30 o 12hs. Relacionado con esto aparece la situación de que en los últimos años no se han designado más médicos con la carga horaria de 36 horas sino solo con la de 24, ya que efectivamente en la provincia no ha sido nunca posible encontrar un médico que trabaje de 7 a 13 horas, salvo raras excepciones. Esta sanción de la Ley 7856 (a fines de 2007) alcanza plena vigencia en el año 2008, y luego de cuatro años hemos podido ver de alguna manera una mayor exigencia y cumplimiento del horario médico, no obstante observamos que la letra de la ley está muy lejos de hacerse práctica, tal como ilustra Testa:

En algunas circunstancias la legislación sanciona una situación de hecho, es decir, reconoce como legítima esa situación y en ese caso la ley se cumple siempre. En otras circunstancias la ley intenta modificar la situación o el comportamiento vigentes y entonces se cumplirá solo si las fuerzas sociales interesadas en el sector tienen una disposición favorable al respecto. (Testa, 2006, p. 176).

La mayoría de los empleados del primer nivel que se encuentran dentro de la Ley 2580 son médicos, encontrándose en menor número enfermeros, bioquímicos, psicólogos y nutricionistas. Los profesionales del área de servicio social también participan de este grupo de trabajo, pero lo hacen en un conjunto numéricamente muy inferior al resto de los profesionales mencionados: generalmente no más de dos o tres por área programática, lo cual es significativo del modelo biologista que desvaloriza o ignora los aspectos sociales de la salud y la enfermedad. Los profesionales estructuralmente ubicados dentro de la Ley 2580 tienen en su ingreso la condición de interinos, que puede cambiar en el tiempo por la de concursado, según el acceso a cargos vitalicios, mediante concursos reglamentados por la misma ley. Si bien las remuneraciones o funciones no varían en un caso u otro, sí existe diferencia en cuanto a la estabilidad laboral, ya que el primero no la posee (a pesar de que pueda encontrarse en situación de interinato durante cinco o diez años) y el concursado sí.

Toda esta descripción viene al hecho de que la provincia tiene una coyuntura particular en relación a los profesionales de la salud, particularmente al médico, ya que la Ley N° 2580 otorga estabilidad vitalicia en lugares estratégicos a trabajadores que tienen estrecha relación con el SIS. Tal como se describió arriba (apartado 2.2. El primer nivel de atención) la dirección y la responsabilidad en el manejo de la información está otorgada al profesional médico (Dto. N° 1047) y este profesional tiene una permisividad horaria que logra desdibujar tal función, ya que su presencia en el CS responde a los horarios de consultorio (como se dijo, menor carga horaria en la práctica que en la norma legal) y no queda así espacio para manejos administrativos y lecturas o análisis de la información del CS. Esto se desarrollará con más detalle en el análisis de la información obtenida en las entrevistas, principalmente en lo que tiene que ver con la organización del proceso de trabajo dentro del CS.

2.3.2. Auxiliares y técnicos: Ley N° 5.525.

En ella se agrupan los empleados del sector público de salud que no son profesionales: auxiliares de enfermería, técnicos de todas las áreas, administrativos, servicios generales, etc. (Cámara de Diputados de la Provincia de San Juan, 1986). Éstos perciben remuneraciones que representan aproximadamente una tercera parte de las percibidas por los profesionales. Su régimen horario es siempre de 35 horas, generalmente respetadas en la práctica diaria.

2.3.3. Contratados: Ley N° 7.492

Se encuentra vigente en la provincia desde el año 2004 y describe el "Régimen Legal de Contratos Administrativos de Servicios de Colaboración", que tienen la característica de ser anuales y se asemejan a los planes sociales en tanto que las personas aquí ubicadas no

alcanzan a tener el carácter de empleados, con todo lo que ello significa. Con este marco trabajan tanto profesionales médicos, enfermeros, etc. como no profesionales: auxiliares de enfermería, administrativos, etc. Sus funciones son similares a las de sus compañeros de planta y su carga horaria suele ser de 35 horas. (Cámara de Diputados de la Provincia de San Juan, 2004). Su remuneración representa aproximadamente un cuarenta por ciento de la percibida por profesionales en Ley 2580, siendo ligeramente superior en el caso de médicos, quienes en la práctica suelen gozar de la misma permisividad horaria que los designados en la Ley 2580.

Esta norma contempla por su propia denominación, a personal administrativo del estado, pero en salud tanto como en otras áreas se encuentran muchos trabajadores que se encuadran en este régimen y no son administrativos sino técnicos y profesionales. Se aprueba también en forma reciente (noviembre 2011) la Ley N° 8243, que contempla la incorporación progresiva a la planta permanente del estado, de las personas que se encuentran contratadas con esta forma, sin embargo la nueva ley no contempla al personal técnico ni profesional de salud que actualmente continúa en la condición de contratado, mientras en el resto de las áreas estatales más de mil trabajadores ya fueron incorporados a la planta permanente del estado en los últimos meses del año 2012.

2.3.4. Trabajadores de enfermería.

El caso de enfermería es particular, ya que los auxiliares se encuadran en las dos leyes anteriores (de personal de planta no profesional, Ley 5.525, y de personal contratado, Ley 7.492) y los profesionales están incluidos en los tres regímenes (los dos anteriores más la Ley 2.580 de profesionales). Es decir que se trata del sector de trabajadores que puede encontrarse con cualquier forma laboral y de hecho sucede que hay una gran disparidad de remuneraciones con similares tareas. Esto es así por varios y complejos motivos que mencionamos a continuación.

Por un lado se trata de la parte más sensible del sistema en cuanto a la necesidad del recurso humano, lo que tradicionalmente ha permitido (al sistema y al enfermero que pretende incorporarse al mismo) ubicar al nuevo empleado en el espacio administrativo, legal y económico más fácilmente disponible, como son las categorías de la Ley 5525 o en los últimos años los contratos mencionados. Por otra parte, la inserción numérica del profesional de enfermería en el campo laboral de la provincia es altamente satisfactoria comparando con el resto del país, ya que la cantidad de habitantes por enfermero en San Juan es de 2.046, cuyas cifras son menores solo en cuatro provincias: Formosa (1.550), Santa Cruz (1.563), Córdoba (1.649) y CABA (1.686) y superiores en todo el resto del país, como por ejemplo Mendoza (4.009) y San Luis (3.092) (Abramzón, 2005). Sin embargo la situación se presenta mucho más compleja en lo que se refiere a la valoración personal y a

la identificación social como profesional de la salud. Esta característica es fácilmente observable, por ejemplo, en los medios de comunicación, que en general mencionan a “los profesionales y los enfermeros”, naturalizando diferencias que no tienen que ver con el nivel académico de los trabajadores, ya que en la actualidad hay carreras de medicina, tanto como de bioquímica, enfermería y otras cuya duración es de cinco años, sin embargo al nombrar “profesionales” se suele englobar a todas las profesiones menos enfermería. Luego, aparecen con frecuencia disparidades laborales y asimetrías en el desempeño profesional. Ésta y otras situaciones llevan a que enfermeros con igual nivel de formación entre sí cobren sueldos altamente dispares y deban asumir funciones y responsabilidades similares, lo cual tiene trascendencia a la hora del manejo de la información en el primer nivel, por ser este personal el que suele tener mayor carga horaria y también por tener generalmente directa relación con todos los aspectos organizativos del centro de salud.

Quizá por la fuerte impronta normativa que se observa en la formación de enfermería, como así también por la amplia variedad de lugares donde cumple sus funciones, se constituye dentro del sistema como el único grupo de trabajo que posee especificación detallada de las tareas que debe realizar. Así es que la Resolución N° 1430-SSP-87 detalla cada una de las actividades que desempeña enfermería según el organigrama hospitalario, completándose luego la descripción de funciones con la Resolución N° 1430-SESP-97 en lo referido a las tareas del primer nivel de atención. En esta discriminación de actividades, siempre se encuentra descrita la tarea de registrar absolutamente todas las acciones que enfermería lleva a cabo en la jornada laboral, sin embargo en muchos casos la práctica diaria suele desvirtuarse, convirtiéndose en el trabajador que confecciona una gran cantidad de registros que nada tienen que ver con la tarea normativamente detallada.

2.3.5. Trabajadores en otras formas laborales.

Otra situación laboral encontrada en el primer nivel es, en algunas áreas programáticas, el médico contratado por el municipio respectivo, en cuyo caso las remuneraciones rondan una tercera parte del sueldo de los empleados por Ley 2.580. No existe documentación dentro del sistema de salud sobre condiciones, derechos y obligaciones de estos profesionales, por cuanto su condición laboral tiene dependencia exclusiva del gobierno municipal, siendo los CS en los que trabajan, de dependencia provincial, funcionando en un marco legal centralizado (Ministerio de Salud). Este grupo de médicos, en ocasiones y según los diferentes municipios, aporta una importante fuerza laboral al primer nivel del sistema de salud, pero se trata de empleados pagados por el sector municipal (quien decide entre otras cosas su permanencia o no en el sistema, sus licencias, etc.) que debe acomodarse a las obligaciones o requerimientos, por decirlo de

alguna manera, del “dueño de casa”: el ejecutivo provincial. Esta situación poco clara acarrea problemas como por ejemplo, en el uso de la historia clínica, que en muchos casos no es usada como tal, sino que suelen implementar otros registros exigidos aparentemente por el municipio y que no forman parte del circuito de la información de salud, al menos de lo que este ministerio maneja como agregados mensuales de datos.

Trabajan también en los centros de salud personas que pertenecen a planes sociales, como Jefes de Hogar o Pasantías, que no perciben remuneración salvo la ayuda mínima que otorga el Ministerio de Desarrollo Social, y cuya capacitación es muy variada, por lo que suelen cubrir sectores diversos tales como limpieza, administración o farmacia. Esta figura se encuentra en proceso de desaparición, quedando actualmente escasas personas en esta situación.

Una parte importante de las actividades en los CS son llevadas a cabo por profesionales becados por el Ministerio de Salud de la Nación dentro del Programa Médicos Comunitarios, y también por no profesionales becados o contratados desde nación como Promotores de Salud. Estos últimos en general no poseen una formación específica y participan de tareas administrativas, entre otras; algunos de ellos recibieron capacitación como Agentes Sanitarios en el año 2011 pero laboralmente su condición no ha cambiado, salvo por el agregado de funciones y tareas al margen de las que ya tenían. Todos ellos, que no se constituyen como empleados del sistema porque perciben “becas”, comparten funciones y tareas como si lo fueran.

En algunos casos pueden encontrarse además residentes de distintas especialidades y profesionales en carácter ad honorem, aunque esta última figura tiende a desaparecer en el primer nivel de atención y aún en el ámbito hospitalario, debido a que desde el sistema se ha puesto mucha limitación a su ingreso, probablemente porque se trata de evitar lo que sucedía hace pocos años, en que era común encontrar a profesionales (siempre no médicos, principalmente nutricionistas, pero también asistentes sociales y psicólogos) que tenían en su haber más de cinco años prestando servicios en carácter ad honorem y en repetidas ocasiones no eran finalmente designados sino que simplemente no se les renovaba la agregaduría anual.

2.4. El SIS en el primer nivel.

Todos estos prestadores de servicios en sus distintas situaciones laborales dentro del primer nivel, se encuentran en mayor o menor medida relacionados y de ellos depende el registro de datos y la producción de la información de las comunidades donde se desempeñan. Sus características son diversas en lo que respecta a formación, capacitación, aptitudes, motivación, remuneración, etc., conformándose así un grupo totalmente

heterogéneo, con todo lo que esto significa a la hora de intentar consensuar actividades y criterios para la producción de la información y la comunicación para la acción.

La construcción de una subjetividad compartida, en un escenario donde los bagajes comunes son tan escasos y las significaciones en los espacios de relación, tan dispares, complejiza el panorama, sumado al hecho de que el primer nivel de atención tampoco escapa a las características del MMH que opera fuertemente en el sistema de salud provincial. La medicina biológica y la fragmentación de los procesos de trabajo, atraviesan los espacios en el CS, y la forma en que las personas involucradas construyen subjetividad en la tarea diaria no está problematizada en el interior de estos espacios, lo cual contribuye a la reproducción incuestionable del modelo.

Al mismo tiempo, la construcción de subjetividad dentro de las organizaciones requiere un sustrato comunicacional que permita la circulación de significados, compartidos o no, como medio insoslayable para dicha construcción. Si pensamos que los CS son y forman parte de organizaciones, y que éstas pueden describirse como “redes de conversaciones” (Flores, 1989, p. 57) nos parece necesario detenernos a pensar esos espacios de comunicación en los CS como forma de superar algunas de sus reconocidas dificultades. Destaca también Flores, la necesidad de analizar la competencia comunicativa dentro de la organización, entendiéndola como la forma en que las personas pueden expresar sus intenciones y asumir los compromisos que estas expresiones generan, advirtiendo que suele haber “vacíos entre los requerimientos organizacionales y el trasfondo cultural en que están situados” (Flores, 1989, p. 57). Rescatamos también aquí la idea de que esta pérdida de calidad en las conversaciones, está enmarcada por cuestiones que superan el campo de la salud, y compartimos el pensamiento de Testa sobre que “En el pasado quedaron las conversaciones sobre la vida y la muerte que se mantenían con las personas que nos facilitaban las compras en el almacén (ya casi desaparecido) o los comentarios con familiares o amigos durante la comida” (Testa, 2005, p. 38).

Partiendo de nuestra práctica en el primer nivel podemos describir la gran cantidad de registros diarios y mensuales que suelen duplicar buena parte de los datos, y se constituye como un problema por cuanto muchos de los CS no cuentan con personal administrativo, sino sólo médico y de enfermería o agente sanitario. Los que son actualmente implementados en estos lugares, responden a directivas y disposiciones de diverso origen (divisiones y departamentos de nivel central y programas nacionales y/o provinciales). A lo largo de los años⁷ hemos observado que estos registros son utilizados en forma irregular en los diferentes lugares y pueden listarse tal como se observa en el cuadro

⁷ Trabajamos en el primer nivel provincial desde el año 2002.

de página siguiente, que contiene al menos los más conocidos o de mayor circulación (Cuadro 4).

Igualmente fuimos observando que las personas que trabajan en los CS los denominan de varias formas diferentes que muchas veces responden a su nombre tradicional, y a pesar de que suelen pasar muchos años, los trabajadores no modifican su vocabulario. Por ejemplo esto sucede con el formulario C2 de notificación obligatoria de enfermedades, que a pesar de no contener solamente las denuncias de patologías infecciosas, en el tiempo se sigue nombrando con frecuencia como “el infecto” aludiendo a su antigua denominación: denuncia de enfermedades infecto-contagiosas (Apéndice B, p. 143). Este formulario C2 se denomina así por cuanto los datos que constituyen el insumo básico para su confección semanal son extraídos de la planilla C1 de consultas médicas utilizadas diariamente en atención ambulatoria (Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias: IECMA).

Respecto de la forma y el tiempo en que fueron incorporándose al quehacer diario estos registros listados, puede decirse que es variada y compleja, y no encontramos normativa provincial que especifique y defina cada uno de los modos de llenado, o los lugares u oficinas por donde debería circular cada registro, planilla o agregados mensuales. En la gran mayoría de los casos, el origen de una determinada planilla puede ser desconocido para el trabajador, o al menos para muchos de ellos. Tampoco es un tema conocido en general el proceso que acontece en la producción de la información y del conocimiento, y la forma en que estas personas se relacionan entre sí suele estar signada por la fragmentación que instala el modelo hegemónico. Así circulan y en estos espacios se conforman y transforman una gran cantidad de planillas, con frecuencia diluyéndose en el tiempo su uso. De todas ellas, la utilización instalada con mayor arraigo en el tiempo en la práctica habitual del CS, es la de los registros provenientes de los sectores de Bioestadística, Materno Infancia y Epidemiología. Desde Bioestadísticas, se ha logrado regularidad en el uso del IECMA y su agregado mensual. Luego, los formularios implementados a partir del programa de inmunizaciones (Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles: ProNaCEI) están fuertemente instalados en el sector de agentes sanitarios, por ser estos empleados los que históricamente han desempeñado las actividades de vacunación en el primer nivel.

Cuadro 4: Registros implementados en centros de salud de la provincia de San Juan, 2009.

Origen / Dependencia	Plan / Programa	Registro
División Bioestadística del Ministerio de Salud provincial.		"Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias" (IECMA)
		"Resumen Diario Mensual de Consultas Médicas"
Departamento Materno Infancia del Ministerio de Salud provincial.	Programa Materno Infantil	"Historia Clínica Perinatal"
		Registros varios, diarios y mensuales (entrega de leche, consolidados de SBO, neumonías, IRAB, diarreas)
	Programa Salud Sexual y Proc. Responsable	Registros varios, diarios y mensuales
	Plan Nacer	Registros varios, diarios y mensuales
División Epidemiología del Ministerio de Salud provincial.	ProNaCEI (en lista figuran solo los más importantes)	"Registro de dosis aplicadas" (según Proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública)
		"Resumen mensual de inmunizaciones"
		Informe semanal de vacunación antigripal
		Informe semanal de stock de vacunas
	Vigilancia Epidemiológica	"Informe Epidemiológico C2"
		Fichas de investigación epidemiológica de casos de: Brucelosis, Botulismo, Fiebre Amarilla, Difteria, Meningitis, Sarampión-Rubéola, Hepatitis vírica, Dengue, Hidatidosis, ETA, Coqueluche, Tétanos Neonatal, Parálisis Aguda Fláccida en menores de 15 años, Enfermedad de Creutzfeldt Jacob y Otras Relacionadas.
Departamento Medicina Sanitaria	Programa Remediar	Registros varios, diarios y mensuales
	Programa Sanjuanino de Diabetes	Registros varios, diarios y mensuales
Ministerio de Salud de la Nación	Programa Médicos Comunitarios	"Registro de actividades comunitarias para la Prevención y Promoción de la salud"
División Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud provincial.		Ficheros cronológicos de seguimiento de embarazadas, desnutridos, hipertensos, diabéticos.
Instituto Nacional de Tecnología Agropecuaria (INTA)	Programa Pro-Huerta	Registros varios referidos a huertas familiares y provisión de semillas.
Zona Sanitaria / Área Programática	Varios	Varios (resumen mensual de estadísticas ambulatorias, pedidos mensuales de material e insumos, administración de personal, cambios patrimoniales, etc.)
		Historia Clínica de atención ambulatoria, de diferentes formatos y procedencias.

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en los CS del primer nivel de atención del Ministerio de Salud Pública (MSP) de San Juan (2009).

Tanto los que tienen que ver con inmunizaciones diarias y sus agrupados mensuales, como la agrupación semanal de enfermedades de denuncia obligatoria (formulario C2 implementado desde Epidemiología) han variado su formato en el tiempo sin que medie normativa local que formalice dichas variaciones, ni tampoco capacitaciones específicas en las formas de llenado. Por ello es común observar su utilización en los CS de manera irregular en cuanto a formatos, periodicidad y tipo de enfermedades denunciadas. En la mayoría de los consolidados mensuales que son elevados a un nivel superior se le atribuye al médico encargado de cada lugar, la responsabilidad de la entrega en tiempo y forma, debido a la función jerárquica otorgada desde el Decreto 1047 antes mencionado, y según se observa su firma y sello en cada uno de estos agregados de datos. Sin embargo es muy raro que sea este profesional el que lleva a cabo la tarea y generalmente es personal subalterno el que confecciona y el médico firma prácticamente sin leer. En cuanto a la derivación de estos consolidados, todos se destinan a diferentes sectores y niveles, siendo bastante frecuente el cambio de destinatario mediante órdenes verbales sin que medie otro tipo de aclaraciones, y el motivo de ello no se encuentra formalmente explicitado sino más bien responde a costumbres o nuevas directivas de origen generalmente desconocido para el trabajador.⁸

Un área prioritaria para la producción de conocimiento en el primer nivel está constituida por la situación de la mujer en el embarazo y puerperio y la del recién nacido. Éste es el tema más desarrollado durante las últimas décadas en todos los países latinoamericanos por su relación directa con los indicadores de mortalidad materna e infantil (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 1996-a). Los esfuerzos destinados a mejorar la información respectiva han sido importantes en los diferentes niveles y jurisdicciones, desde la implementación del Sistema Informático Perinatal (SIP) que incluye la historia clínica perinatal (HCP), aprobada por Resolución 856-MSyAS-93.

En la Propuesta Normativa Perinatal, Tomo I, los formularios a utilizar se describen de manera minuciosa y se explicita una larga cantidad de recomendaciones para su complejo llenado (Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1996). Sin embargo, no se encuentra ningún apartado dedicado a la forma de implementar esta historia clínica en el primer nivel, lugar donde se espera controlar el embarazo de la mayor parte de la población local, y que rara vez cuenta con sistema informático. Se hace referencia constante a la institución hospitalaria sin tener en cuenta que las características de los recursos administrativos y de las personas que los usan difieren notablemente dentro del primer nivel. Es decir que el formulario utilizado para registrar los eventos de salud y enfermedad durante

⁸ Recordamos aquí que en nuestra práctica laboral es el sector de enfermería quien lleva a cabo la función administrativa. Tuvimos también oportunidad de trabajar temporalmente en otros CS donde constatamos prácticas similares, y la ausencia de normativa aclaratoria de cambios producidos en el uso de registros, resulta una constante en la práctica provincial.

el transcurso del embarazo, además de su gran complejidad en el llenado por la cantidad y formatos de casilleros, está pensado para tener soporte informático cuando el control y seguimiento del embarazo no patológico se recomienda realizar en el primer nivel de atención, derivándose a hospitales de mayor complejidad solo los embarazos de riesgo, que constituyen la menor proporción.

Los registros utilizados en los CS, derivados del área materno infantil son muchos, variados y complejos. En la provincia se adopta la HCP a partir de la implementación en el orden nacional del SIP del cual forma parte (Resol 856-MSyAS-07). Existen acompañando a esta HCP otros registros, entre los cuales se encuentra la Libreta Materno Infantil, adoptada mediante Ley Provincial N° 7.161, que atravesó distintas etapas de ajustes y actualmente su uso está instalado fuertemente. Se trata de un cuaderno de prolija y atractiva edición, que se entrega a la embarazada en el momento de detección de su embarazo, y en él se registra al igual que en la HCP todo el acontecer de su atención dentro del sistema continuando también en el mismo cuaderno o libreta, el registro de toda la prestación de servicios al bebé durante su primer año de vida y en los años posteriores. A partir de la HCP, mensualmente se agregan datos sobre cantidad de embarazadas controladas por grupo etario, y se envían como insumo del Departamento de Materno Infancia del Ministerio de Salud Pública.

2.5. Resultados obtenidos en encuesta.

Con el objeto de acercarnos a las características del conjunto de trabajadores que intervienen en el SIS del primer nivel de la provincia realizamos la encuesta (Apéndice A) cuyos resultados resumimos a continuación. Agregamos los datos para su descripción, según dijimos, en tres grupos: Rawson (Ra), Santa Lucía (SL) y Resto de áreas (Re). Describimos en primer lugar el perfil del trabajador del CS según variables de edad, sexo, cargo o situación laboral, antigüedad y función, para luego hacer lo propio respecto de la información que tienen los trabajadores sobre los formularios del SIS que habitualmente usan.

2.5.1. Perfil del trabajador del centro de salud.

2.5.1.1. Edad: Se consignaron valores: 1) hasta 39 años; 2) 40 años y más. Valor mínimo encontrado: 22. Valor máximo encontrado: 67. La edad se presentó con proporciones similares en todas las áreas, con mayor peso de los trabajadores que tienen 40 años o superan ese valor. Se trata entonces de una población poco envejecida (Tabla 2).

Tabla 2: Trabajadores del primer nivel que usan HCP según edad. San Juan, 2010.

Área Programática	Frecuencia Edad		Frecuencia Edad		Total encuestas	%
	Hasta 39 años	%	40 años y más	%		
RA	14	48.3	15	51.7	29	100
SL	8	47.1	9	52.9	17	100
Resto	20	46.5	23	53.5	43	100
Total	42	47.2	47	52.8	89	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

2.5.1.2. Sexo: La prevalencia de mujeres en el campo es clara y común a todas las áreas. En Santa Lucía se observó una mayor proporción pero el número de encuestas realizadas no admite profundizar el análisis de esta diferencia (Tabla 3).

Tabla 3: Trabajadores del primer nivel que usan HCP según sexo. San Juan, 2010.

Área Programática	F	%	M	%	Total encuestas	%
RA	22	75.9	7	24.1	29	100
SL	14	82.4	3	17.6	17	100
Resto	34	79.1	9	20.9	43	100
Total	70	78.6	19	21.4	89	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

2.5.1.3. Situación laboral: en la tabla siguiente se consignan: 1) cargos de planta; 2) contratos y becas. Observamos mayor peso de trabajadores de planta. Puede tratarse de un proceso que tiende a revertir el fenómeno de precarización laboral observado en los años 90. En la provincia se inicia en 2004 la recuperación de espacios de trabajo, por medio de figuras precarias (contratos Ley 7.492), sin embargo en años posteriores (2008 a la fecha), en el ámbito de salud, los contratos han sido progresivamente convertidos en cargos de planta (Tabla 4).

Tabla 4: Trabajadores del primer nivel que usan HCP según situación laboral. San Juan, 2010.

Área Programática	Planta	%	Contratos	%	Total encuestas	%
RA	23	79.3	6	20.7	29	100
SL	10	58.8	7	41.2	17	100
Resto	27	62.8	17	37.2	43	100
Total	66	67.4	29	32.6	89	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

2.5.1.4. Antigüedad: se agruparon valores en: 1) hasta 10 años, 2) 10 años y más. Valor mínimo encontrado: antigüedad de 2 meses. Valor máximo encontrado: antigüedad de 38 años (Tabla 5).

Tabla 5: Trabajadores del primer nivel que usan HCP según antigüedad. San Juan, 2010.

Área Programática	Hasta 10 años	%	10 años y más	%	Total encuestas	%
RA	16	55.2	13	44.8	29	100
SL	10	58.8	7	41.2	17	100
Resto	27	62.8	16	37.2	43	100
Total	53	59.5	36	40.5	89	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

El mayor peso se observa en la columna de menor antigüedad, contrario a lo que podría esperarse si comparamos arriba con la variable edad, donde el mayor peso recaía en 40 años y más. Al cruzar las variables de cargo y la de antigüedad surge que todas las personas con antigüedad de 10 años y más, ocupan espacios de planta.

2.5.1.5. Función: Se agruparon Profesionales y No profesionales (Tabla 6). Dentro de la variable “función” (tarea específica que una persona desempeña en una organización) decidimos agrupar en una sola categoría (“profesional”) a distintos tipos de profesionales debido a la similitud de las tareas que desempeñan hacia adentro del grupo, y a la diferencia marcada hacia afuera del mismo. La proporción de profesionales es superior y esto se describe luego en el análisis de las entrevistas, en donde una de las categorías de análisis utilizadas es la profesionalización, según la descripción teórica de Menéndez (Menéndez, 1988). Vale aclarar que en la práctica local, el personal no profesional confecciona y completa una buena cantidad de registros y resúmenes mensuales, que habitualmente es rubricado por el médico sin lectura previa⁹. Resulta interesante el cruce de variables Función y Sexo, observándose en las tablas siguientes la mayor proporción de profesionales que corresponde al grupo de varones y la distribución de las diferentes profesiones al interior del grupo de las mujeres profesionales (Tablas 7 y 8 respectivamente, en la siguiente página).

Tabla 6: Trabajadores del primer nivel que usan HCP según función. San Juan, 2010.

Área Programática	Profesionales	%	No profesionales	%	Total encuestas	%
RA	18	62.1	11	37.9	29	100
SL	11	64.7	6	35.3	17	100
Resto	23	53.5	20	46.5	43	100
Total	52	58.4	37	41.6	89	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

⁹ Observado repetidamente en nuestra práctica laboral.

Tabla 7: Trabajadores del primer nivel que usan HCP según sexo y función. San Juan, 2010.

Área Programática	Sexo	Profesionales	%	No Profesionales	%	Total encuestas	%
RA	Mujeres	12	54.5	10	45.4	22	100
	Varones	6	85.7	1	14.3	7	100
SL	Mujeres	8	57.2	6	42.8	14	100
	Varones	3	100	0	0	3	100
Resto	Mujeres	17	50.0	17	50.0	34	100
	Varones	6	66.7	3	33.3	9	100
Total	Mujeres	37	52.9	33	47.1	70	100
	Varones	15	78.9	4	21.1	19	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

Tabla 8: Mujeres profesionales que usan HCP según profesión. San Juan, 2010.

Área Prog.	Médicas	Enfermeras	T. Sociales	Sicólogas	Nutric.	Total
RA	5	2	2	2	1	12
SL	3	1	1	1	2	8
Resto	8	3	3	2	1	17
Total	16 (43.3%)	6 (16.2%)	6 (16.2%)	5 (13.5%)	4 (10.8%)	37 (100%)

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

En comparación con la tabla anterior se observa en la tabla siguiente (Tabla 9) la distribución de profesiones en el grupo de profesionales varones. En el análisis de la distribución de profesiones en mujeres y en varones, surge como profesión mayoritaria la de médico, en ambos sexos y en todas las áreas. Observamos también que al momento de la encuesta, los varones profesionales fueron sólo médicos y enfermeros.

Tabla 9: Varones profesionales que usan HCP según profesión. San Juan, 2010.

Área Programática	Médicos	Enfermeros	Total
RA	5	1	6
SL	2	1	3
Resto	5	1	6
Total	12 (80.0%)	3 (20.0%)	15 (100%)

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

2.5.2. Información de los trabajadores sobre registros en uso.

La segunda parte de la encuesta exploratoria se orientó a obtener datos referidos al tipo de información que estos trabajadores tenían sobre las planillas y registros que utilizan habitualmente en su práctica diaria y que tienen por objeto el registro del dato básico que daría inicio a un proceso de construcción de información. Para indagar sobre la información que poseen los trabajadores respecto de los registros que efectivamente usan en la práctica diaria, en primer lugar preguntamos sobre capacitación en SIS, y luego solicitamos nombrar

todos los registros conocidos. Respecto de los registros más comunes (HCP, IECMA, vacunas y C2) sólo solicitamos datos sencillos como el lugar de proveniencia, la agregación mensual de datos y el envío de los mismos a otros lugares del sistema. Cabe recordar que tanto para el listado de registros solicitado como para todas las preguntas de la encuesta, se consignaron válidas las respuestas aunque no mencionaran el nombre formal de una planilla particular o de su área de implementación (por ejemplo: Historia Clínica Peri-natal proveniente del Departamento de Materno Infancia) sino que se cotejó con el listado de denominaciones informales (Apéndice B, p. 143) para permitir valorar como correcta cualquier respuesta que significara idea aproximada del registro y lugar de circulación.

2.5.2.1. Capacitación específica: preguntamos respecto de la capacitación que hubieran recibido dentro del sistema, en relación al uso específico de algún registro en particular. La proporción de trabajadores que no recibieron capacitación relacionada con uso de registros y agregados de datos, tal como se esperaba, es superior y común a todas las áreas. Al respecto realizamos el análisis individual de las encuestas y surgió que las respuestas afirmativas en esta pregunta, han sido emitidas por personal médico, administrativo, enfermería, psicólogas, trabajadoras sociales y promotores de salud (Tabla 10).

Tabla 10: Trabajadores que usan HCP según capacitación. San Juan, 2010.

Área	SÍ	%	NO	%	TOTAL	%
Programática						
RA	6	20.7	23	79.3	29	100
SL	3	17.6	14	82.4	17	100
Resto	11	25.6	32	74.4	43	100
Total	20	22.5	69	77.5	89	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

En estos 20 casos afirmativos, se consignó también el tipo de capacitación recibida, resultando lo siguiente (Cuadro 5):

Cuadro 5: Discriminación de respuestas positivas sobre capacitación en Sistema de Información de Salud (SIS). San Juan, 2010.

FUNCIÓN	Frecuencia de respuestas afirmativas	Tipo de capacitación
Médicos	6	Plan Nacer
Administrativos	4	Estadísticas y Plan Nacer
Enfermería	4	Plan Nacer
Promotores de salud	2	Plan Nacer
Sicólogos	2	Estadísticas propias del sector
T. Sociales	2	Estadísticas propias del sector

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

Según observamos en nuestra práctica, los sectores de psicología, nutrición y trabajo social, por su parte han desarrollado registros y estadísticas particulares (historias clínicas, resúmenes mensuales y análisis de agregados periódicos), que les permiten un nivel interesante de análisis de información hacia adentro de sus propios ámbitos, consistente en describir la morbilidad anual y sus variaciones en el caso de psicología (con agregación de datos por zona), análisis periódico de sus intervenciones en el caso del servicio social, y análisis periódico del agregado de la demanda en cuanto a estado nutricional en el servicio de nutrición. Sin embargo en todos los casos esta información así elaborada sólo circula en el interior de los respectivos sectores.

Al analizar las respuestas de los 20 encuestados que recibieron capacitación específica, se observó que todos los que fueron capacitados en PN, tienen información correcta referida a la HCP a partir de las respuestas que indicaron conocer la proveniencia de tal registro (HCP, de Departamento Materno Infancia), y casi todos contestaron también correctamente sobre los otros registros indagados (sobre su proveniencia en el caso de IECMA y sobre su agregación semanal o mensual en el caso de vacunas y C2). No sucede eso con los que han recibido capacitación propia de su sector (sicólogos y trabajadores sociales). Esto podría explicarse porque de alguna manera el subsistema de registros originado por el PN exige cierto conocimiento o integración de datos relacionados con los servicios ambulatorios a embarazadas y niños.

2.5.2.2. Listado de registros en uso: se agrupan valores en: lista hasta 6, y lista más de 6. Valor mínimo encontrado: lista 1 registro. Valor máximo encontrado: lista 14 registros (Tabla 11).

Tabla 11: Registros listados por trabajadores del primer nivel que usan HCP. San Juan, 2010.

Área	Hasta	%	Más de	%	TOTAL	%
Programática	6		6			
RA	5	17.2	24	82.8	29	100
SL	1	5.9	16	94.1	17	100
Resto	11	25.6	32	74.4	43	100
Total	17	19.1	72	80.9	89	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

La abundancia esperada de registros en uso en los CS se confirma con el porcentaje de trabajadores que están en condiciones de nombrar más de 6 registros. Resulta interesante realizar algunas descripciones individuales. Por ejemplo, el valor mínimo encontrado correspondió a una profesional del trabajo social, que dijo conocer sólo 1 registro: el perteneciente a un sub-programa del área materno infantil, denominado "Alta Conjunta", el cual es conocido y manejado casi con exclusividad en el sector de servicio

social. Esta profesional declaró una antigüedad de 6 años en el sistema, y dijo no conocer otros registros, lo cual está relacionado según entendemos, con la fragmentación de la práctica característica del MMH, que analizamos más adelante en el apartado 2.6.3. (Biologismo que subordina los aspectos sociales y descontextualiza la práctica).

A continuación, las personas que listaban escasa cantidad de registros fueron dos médicas pediatras (cada una con menos de 3 años de antigüedad en el sistema), que listaron sólo 2 registros de los usados, y un médico jefe de un centro de salud (que declaró 25 años de antigüedad en el sistema) que listó solo 4 registros en uso. Este último caso es llamativo, por tratarse de un profesional antiguo, que tiene a su cargo la gestión/administración del lugar y que con certeza rubrica mensualmente todos los resúmenes que salen desde el CS hacia otros lugares del sistema. Esta práctica rutinaria de firmar durante años mensualmente una gran cantidad de papeles sin conocer su nombre al menos en forma aproximada, creemos que también está relacionada con la automatización que promueve la biomedicina. Estos profesionales y los demás que tampoco superaron la lista de 6 registros, pertenecen a diferentes áreas y no se observan tendencias diferentes entre las áreas analizadas. Tampoco destaca ninguna profesión en particular, ni otra característica tal como antigüedad o condición laboral.

En el grupo de los que superan la lista de 6 registros, destaca el sector de enfermería, cuyos encuestados constituyen casi el 43% del total de la muestra, con 22 auxiliares, 9 enfermeros profesionales y 7 agentes sanitarios. Con excepción de una persona, el resto pudo listar entre 12 y 13 registros en uso, seguramente por el hecho, como ya se explicó arriba, de que enfermería tiene en todo el sistema la mayor relación con los aspectos organizativos y también con las mayores cargas horarias. El personal administrativo, con menor representación numérica dentro del grupo de trabajo (se encuestaron sólo 8) también hizo listados similares.

En cuanto al valor máximo encontrado, resulta anecdótico mencionar el caso, ya que se trató de una médica de familia que presenta 5 años de antigüedad en el sistema y listó 14 registros de corrido y sin pensarlo mucho. Esta encuesta particular se llevó a cabo en una localidad alejada unos 80km de la ciudad capital y bastante inhóspita por lo desértica y por tener un paisaje casi completamente vestido de blanco todo el año, por la actividad de las caleras instaladas en el lugar desde hace décadas (Los Berros, Departamento Sarmiento). Al momento de nuestra visita, la profesional se encontraba en plena tarea, frente a una mesa de madera antigua y muy grande, literalmente repleta de los papeles que debía entregar al día siguiente debido al comienzo de un nuevo mes. Vale aclarar que a pesar de que conocemos el campo en general y el lugar referido (Los Berros) en particular, nos impactó la cantidad de papeles y la expresión en el rostro de esta médica, en plena tarea que parecía no terminar nunca, en un pueblito de poco más de 3.000 habitantes.

2.5.2.3. Información sobre HCP: La HCP es un instrumento de registro de gran complejidad, por la cantidad de datos que solicita, por el tamaño de las celdas destinadas a la escritura, y en general, por su diseño, bien diferente a las historias clínicas tradicionales. Sin considerar su uso, escritura o llenado, con la pregunta empleada sólo se indagó respecto de la circulación de los datos dentro del sistema en estudio. Manejamos el supuesto de que es uno de los registros más conocidos, sin embargo puede ser que sólo se conozca su formato papel dentro del centro de salud, apoyado por el hecho de que en la provincia se utiliza un tamaño mayor al resto de las historias clínicas, y se usa en su fabricación un color llamativo (según la partida, es totalmente amarilla, violeta, fucsia, etc.). (Tabla 12).

Tabla 12: Información sobre Historia Clínica Peri-natal (HCP) de los trabajadores que usan HCP. San Juan, 2010.

Área	0	%	1	%	TOTAL	%
Programática						
RA	22	75.9	7	24.1	29	100
SL	11	64.7	6	35.3	17	100
Resto	39	90.7	4	9.3	43	100
Total	72	80.9	17	19.1	89	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

Más de un 80% de encuestados denotaron ignorar la existencia del Departamento de Materno Infancia y de un sector (cualquiera sea su nombre) del sistema destinado a la programación de acciones y el cuidado de la salud materno infantil. El perfil de los trabajadores que integran este 80% es variado, recorre todas las edades, funciones y profesiones del sistema, y no se encuentra ningún grupo (Rawson, Santa Lucía o Resto de áreas) con mayor peso. Sin embargo destaca una mayor proporción, al interior de los grupos según su función: cerca del 24% del grupo con valor 0 en información del circuito de la HCP, es personal de enfermería (profesionales, auxiliares y agentes sanitarios); el grupo que sí tiene información sobre este circuito (19%), está compuesto mayoritariamente por médicos.

La abundancia de registros que se observó en la Tabla 11, aporta aquí un contraste dado por la desinformación en general del circuito de datos sobre embarazadas. Las prácticas de salud dentro del primer nivel, orientadas en gran medida al seguimiento de embarazadas y niños pequeños, cuya tasa de mortalidad se conoce trazadora del funcionamiento del sistema de salud general, se realizan probablemente como rutina despersonalizada. Este estilo de prácticas conforma procesos de trabajo descontextualizados, según fue relatado en las entrevistas que luego analizaremos, que pueden tener relación directa con la mala calidad del sistema de información en estudio.

También contrasta el elevado porcentaje de personal de enfermería que es capaz de nombrar casi todos los registros en uso en un centro de salud (y de hecho los maneja), y que también ocupa el mayor porcentaje de personal que desconoce la existencia del departamento materno infantil.

2.5.2.4. Información sobre el Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias (IECMA o C1): Predomina la desinformación pero en menor proporción que en el caso de HCP (Tabla 13).

Tabla 13: Información sobre Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias (IECMA) de los trabajadores que usan HCP. San Juan, 2010.

Área	0	%	1	%	TOTAL	%
<u>Programática</u>						
RA	15	51.7	14	48.3	29	100
SL	9	52.9	8	47.1	17	100
Resto	30	69.8	13	30.2	43	100
Total	54	60.7	35	39.3	89	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

2.5.2.5. Información sobre registros de vacunas:

La proporción de personas que evidenciaron tener información sobre los registros de vacunas es superior en comparación con el resto de los registros, tal como se esperaba, quizá por tratarse de la acción que identifica al agente sanitario y al mismo CS desde sus orígenes dentro del sistema de salud. Esta referencia histórica puede analizarse teniendo en cuenta el peso que ha tenido la incorporación de la inmunización como acción prioritaria en la estrategia para enfrentar las enfermedades infecto-contagiosas. (Tabla 14).

Tabla 14: Información de los trabajadores que usan HCP sobre registros de vacunas. San Juan, 2010.

Área	0	%	1	%	TOTAL	%
<u>Programática</u>						
RA	8	27.6	21	72.4	29	100
SL	4	23.5	13	76.5	17	100
Resto	16	37.8	27	62.8	43	100
Total	28	31.5	61	68.5	89	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

En el análisis individual surge que los agentes sanitarios son los únicos que no presentaron valor "0". El análisis de las respuestas con este valor arroja:

- 20 personas son nuevas (casi todas menos de 5 años de antigüedad, sólo 3 de ellas tienen entre 5 y 10 años)

- 8 personas presentan una antigüedad superior a los 20 años (3 médicos jefes, responsables o encargados del lugar, 1 médico clínico, 1 trabajadora social, 1 nutricionista y 2 auxiliares de enfermería).

2.5.2.6. Información sobre el C2: En la siguiente tabla observamos que predomina la información, aunque en menor proporción que en el caso de vacunas. También puede tener relación con el peso histórico de la estrategia y organización de la denuncia obligatoria para hacer frente a las enfermedades infecciosas, que en nuestro país se utiliza desde hace más de sesenta años (Tabla 15).

Tabla 15: Información de los trabajadores que usan HCP sobre Informe semanal de enfermedades de notificación obligatoria (C2). San Juan, 2010.

Área	0	%	1	%	TOTAL	%
<u>Programática</u>						
RA	12	41.4	17	58.6	29	100
SL	7	41.2	10	58.8	17	100
Resto	19	44.2	24	55.8	43	100
Total	38	42.7	51	57.3	89	100

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

En la tabla siguiente (Tabla 16) se ordenan los diferentes registros en forma decreciente según la proporción de encuestados con información sobre la existencia y uso de cada registro dentro del sistema.

Tabla 16: Proporción de encuestados con respuesta 1 y 0, por registro y área. San Juan, 2010.

Registro	Área	% 1	% 0
<u>Programática</u>			
vacunas	RA	72.4	27.6
	SL	76.5	23.5
	Resto	62.8	37.8
C2	RA	58.6	41.4
	SL	58.8	41.2
	Resto	55.8	44.2
IECMA	RA	48.3	51.7
	SL	47.1	52.9
	Resto	30.2	69.8
HCP	RA	24.1	75.9
	SL	35.3	64.7
	Resto	9.3	90.7

Fuente: Elaboración propia en base a encuesta.

En este punto podemos manejar diferentes supuestos explicativos. Por una parte y tal como se expuso en el apartado de metodología, en los dos registros que se observan

con mayor proporción de respuestas valor 1 (vacunas y C2) se indagó la frecuencia del envío de agregados (mensual y semanal respectivamente), mientras que para los otros dos registros (IECMA y HCP) se consultó sobre procedencia del registro en cuestión. En este sentido la explicación puede orientarse a que es mayor la desinformación sobre los estamentos centrales (Departamento Materno Infancia y División Bioestadísticas) que sobre la propia tarea de resumir datos mensual o semanalmente desde el CS. Sin embargo también es posible interpretar la diferencia encontrada si hacemos referencia a la actividad tradicional de los CS desde su aparición en la escena de la salud provincial. La vacunación para el control de las enfermedades transmisibles y la denuncia de dichas enfermedades a través del tradicional informe C2, aun llamado “el infecto”, constituyó sin duda la tarea que distinguió a los CS de los ambientes hospitalarios desde los años sesenta.

El análisis individual para definir quiénes fueron los trabajadores encuestados (según función) que presentaron valor 0, es decir que no pudieron contestar desde dónde se implementa el uso de un registro o si se agregan sus datos para enviarlos a otro lugar del sistema arrojó:

- En vacunas: médicos, médicos jefes de CS, enfermeros y auxiliares, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales y promotores de salud. No se observan agentes sanitarios (quien históricamente realiza esta práctica y su registro) ni administrativos con valor 0.
- En C2: todo lo anterior, más agentes sanitarios y administrativos, es decir que este formulario que con diferentes formatos ya acumula décadas de uso, aún es ignorado por todo el equipo de salud en cuanto a su utilidad o circulación en el sistema.
- En IECMA: agentes sanitarios, enfermeras y auxiliares, nutricionistas y médicos. No se observan administrativos (este es el personal que confecciona diariamente esta planilla con la demanda de atención de cada profesional), trabajadoras sociales ni psicólogas con valor 0.
- EN HCP: todas las categorías de trabajadores según función, aparecen con valor 0 en este registro.

2.5.3. Sintetizando el trabajo exploratorio.

Nuestro trabajo exploratorio para responder al objetivo de caracterizar el colectivo de trabajadores que intervienen en la producción de información en el primer nivel se desarrolló con 89 personas que trabajan en 20 CS pertenecientes a 12 áreas programáticas de las 20 que tiene la provincia. En la encuesta se indagaron variables simples que nos acercaron al perfil de estos trabajadores. Se trata de un grupo en el que más de la mitad de sus integrantes presenta una edad de 40 años o más; con un componente de sexo femenino

que alcanza el 79% del total, ocupa cargos de planta en un 67% de los casos y son trabajadores que en su mayoría no supera los 10 años de antigüedad. Dentro del grupo general los profesionales constituyen el 58% del total. Observando el grupo de mujeres encuestadas se encuentra que las profesionales rondan el 53%, mientras que hacia dentro del grupo de varones la proporción es diferente, ya que los profesionales constituyen el 79%. Al interior del grupo de todos los profesionales encuestados, se observó que la profesión de mayor peso numérico es la de médico (casi un 54%); a continuación de este primer grupo, se ubica la profesión de enfermero, con un 17% del total y quedando el resto de las profesiones con menor representación cuantitativa. Al analizar las profesiones en relación al sexo se encuentra que en las mujeres predomina la profesión de médica (más de 43%), y el resto se distribuye en pequeñas proporciones de enfermeras, trabajadoras sociales, sicólogas y nutricionistas; al interior del grupo de profesionales varones se encuentran sólo médicos (80%) y enfermeros (20%). En todas las variables que componen el perfil del trabajador la encuesta no arrojó diferencias importantes entre los tres grupos de descripción (Rawson, Santa Lucía y Resto de áreas).

Además de estas variables de edad, sexo, antigüedad, profesión y función se buscó indagar sobre la información del grupo de trabajadores sobre una pequeña parte de los registros en uso y se seleccionó para ello solamente los más tradicionales y arraigados en la práctica del CS: HCP, IECMA, C2 y planillas de vacunas. Sintetizando los resultados de la encuesta en lo referente a la información que tienen estas personas sobre los registros que utilizan, en primer lugar se identificó que más del 80% de los encuestados podían listar un número de 6 o más registros en uso; acompañando a esto se presentó que los trabajadores mayormente no han sido preparados para tales usos específicos, ya que un alto porcentaje (77%) nunca recibió alguna capacitación en sistema de información en salud, y el grupo restante (23%) expresó mayoritariamente haber sido capacitado en registros correspondientes al PN. Se encontró el registro de vacunas como el más conocido y la HCP como el más ignorado (en el sentido de conocer su existencia pero desconocer cómo o por dónde circula la información de esta historia dentro del SIS).

Al comenzar esta investigación manejábamos supuestos sobre que las variables de edad y antigüedad en el sistema podrían ser parcialmente responsables de la baja calidad del SIS local, entendiendo de alguna manera la consecuencia del desgaste en la práctica de trabajadores que acumulan años de edad y de servicio. Sin embargo se observó en la encuesta exploratoria que el perfil del trabajador del primer nivel que participa del SIS tiene edad y antigüedad que no podría servir de justificativo frente a los problemas del SIS. También se manejaron supuestos respecto de la carencia de espacios laborales en la estructura del sistema de salud, atribuyendo también parte de las deficiencias del SIS a la

precariedad de la situación laboral, sin embargo encontramos que predominan los cargos de planta, a pesar de que la cantidad de los mismos pueda no ser la ideal.

La fuerte presencia profesional y el importante desconocimiento de las planillas que todos usan, nos comenzó a alertar sobre las características de una práctica que sí podría explicar algunos problemas del SIS. También estos resultados nos inclinaron a pensar en un modelo general a todas las áreas, ya que no se observaron diferencias significativas entre los tres grupos descritos, en ninguna de las variables analizadas y a pesar de que se trata de áreas programáticas muy heterogéneas en cuanto a ubicación geográfica, tipo de población, etc., la tendencia en las variables estudiadas es la misma. Continuamos ahora con la segunda parte de nuestra investigación, para profundizar sobre el SIS y los procesos de trabajo desde los significados y valoraciones que los trabajadores les otorgan, ya que estos procesos componen un estilo de práctica que por fin determina, hacia adentro y hacia afuera del primer nivel, el tipo de SIS que se implementa en la estructura de servicios provinciales de salud.

2.6. Resultados obtenidos con entrevistas semi-estructuradas.

Como segunda etapa de este trabajo llevamos a cabo 16 entrevistas para aportar a la comprensión del proceso de trabajo que se desarrolla en el interior de los CS, tratando de acercarnos a la subjetividad de los trabajadores que comparten la práctica relacionada con el SIS. La muestra estuvo finalmente compuesta por 6 licenciadas en enfermería mujeres, 2 licenciados en enfermería varones, 1 auxiliar de enfermería mujer, 3 médicas mujeres y 3 médicos varones, conformando el grupo de personas a quienes se entrevistó según guía propuesta (Apéndice C, p. 144).

La conceptualización de Menéndez referida al modelo médico hegemónico (MMH) permite abordar el análisis del proceso de trabajo en el primer nivel, tratando de identificar las consecuencias que dicho modelo puede trasladar al SIS. Particularmente se utilizan como categorías de análisis algunas características que entendemos pertinentes a los fines del presente estudio, por presentar ciertas implicancias observables en el proceso de trabajo en el cual se desarrolla el sistema de información.

Las principales características estructurales del MMH son el biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática, y si bien dichos rasgos pueden ser observados en la medicina practicada antes del siglo XIX, durante este siglo se profundizarán y potenciarán esos rasgos hasta convertirse en las características dominantes de la biomedicina. Es importante señalar que el biologismo articula el conjunto de los rasgos señalados y posibilita la exclusión de las condiciones sociales

y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. (Menéndez, 2005, p. 12).

En este escenario, resulta tarea compleja abocarse al análisis de un sistema cuyo fundamento teórico es la búsqueda de información para gestionar sobre temas de salud de una población, pero que en la práctica se encuentra plagado de muchas otras connotaciones que no están claramente orientadas al beneficio de la salud ni tampoco de la población.

El rasgo estructural dominante es el biologismo, el cual constituye el factor que *garantiza* no sólo la científicidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de otros factores explicativos. El biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo, que no aparece reflexionado en las consecuencias que él tiene para la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. [Cursivas del original]. (Menéndez, 1988, p. 2).

Este rasgo dominante atraviesa todo el sistema de salud y adquiere en el primer nivel (aunque seguramente no solo en él) consecuencias importantes que entendemos limitan fuertemente el proceso de la información, y siendo la impronta que articula el resto de las características del MMH, logra la invisibilización de los aspectos sociales de la salud y la enfermedad. Así, la práctica individualista y a-histórica se traduce en un proceso de trabajo fragmentado colmado de actividades rutinarias que muchas veces no cobran sentido para el trabajador que las protagoniza, lo cual también arroja importantes consecuencias para el SIS del primer nivel.

Otros tres aspectos caracterizan el proceso de trabajo que estudiamos y tienen importantes consecuencias para la producción de información, entorpeciendo también el resto de los necesarios momentos de conocimiento y comunicación de esta información. Se trata de la profesionalización formalizada (que puede observarse en el campo muy ligada a la subordinación de los trabajadores no médicos y del público usuario, y a la subalternidad de todos los demás saberes en relación al saber médico), la medicalización de procesos vitales, y la forma de organización hegemónica que refuerza y reproduce todo el modelo.

Entendemos que entre todas las otras características del MMH, son estas que hemos mencionado las que operan claramente sobre el proceso de trabajo en el que se asienta el SIS del primer nivel, tiñéndolo de una subjetividad en el conjunto de trabajadores que se aleja de la información entendida como insumo para la gestión. Luego también tiene importantes consecuencias no solo en el SIS y en la información que en estos lugares podría obtenerse, sino que también creemos que llega a dañar la aptitud comunicativa de los propios trabajadores, sin la cual se torna muy difícil, quizá imposible, restaurar los

espacios de relación en los que los datos, la información y el conocimiento debieran compartirse y comunicarse para finalmente traducirse en acciones.

2.6.1. El SIS en un proceso de trabajo biólogo.

Tal como expresan Iriart *et al.*: “En forma particularmente manifiesta, en Argentina, el saber de la biología hegemoniza el saber médico y de las ciencias sociales ligadas a la medicina” (Iriart *et al.*, 1994, p. 23). Refiriéndose a la biomedicina en particular y a todos los modelos de atención en general, Menéndez afirma que en casi todas estas actividades se interviene en los padecimientos y no en la salud, en parte porque los propios curadores lo impulsan así, pero también porque las personas y sociedades enteras demandan básicamente la curación de la enfermedad en lugar de la atención de su salud (Menéndez, 2004).

Pensando el sistema de información que se entreteje en los servicios de salud provinciales, cabe tener en cuenta esta clara orientación hacia lo patológico y no hacia la salud. En este sentido además es importante reflexionar sobre el hecho de que la enfermedad que el sistema así planteado intenta registrar como información, no escapa a las connotaciones sociales y culturales imbricadas en el propio concepto de enfermedad, tal como expresa Berlinguer:

Existe una normalidad biológica, con un campo de variabilidad propio, más allá del cual se desemboca netamente en lo patológico; con ella se entrelaza una anormalidad social, una evaluación ética o moral de las conductas, basada en juicios y prejuicios que cambian según la época (Berlinguer, 1994, p. 58).

Es por ello que a partir del pensamiento biólogo dominante que articula las demás características del modelo, y con su particular forma de definir lo anormal y lo normal, lo patológico o lo saludable, consecuentemente se imprimirá en su SIS un sesgo difícil de soslayar. Este biologismo nos permite entender la constante referencia a todo lo que tiene que ver con patologías, especialmente aquellos aspectos relacionados con información científica sobre enfermedades en casi todas las entrevistas. En muchos casos, las preguntas sobre “información de salud” solo fueron entendidas desde este aspecto: la actualización científica sobre enfermedades, principalmente en las respuestas de médicos.

Al preguntar a algunos médicos sobre la información con que trabajan, o la que resulta más útil en la actividad diaria, se obtuvieron respuestas tales como:

Vamos registrando la consulta diaria, la medicación, todo... Ese tipo de cosas... A veces recibimos de salud pública¹⁰ folletos instructivos

¹⁰ Hace referencia al nivel central.

sobre tal o cual patología, pero nada más. Aparte lo que uno pueda leer o estudiar de forma privada.

Y por ejemplo entrar a los cursos del Plan Nacer que lo hacés de manera virtual, en la computadora... de adolescentes, por ejemplo [...] El programa de enfermedad celíaca, que están primero todos los requisitos de nación y que después se baja a la provincia. Ese tipo de información... Y bueno, si es información para pacientes, lo que habitualmente yo hago y lo que más resultado me da es buscar información en Google, porque tenés de todo, siempre y cuando vos sepas que esa información está bien, y me sirve mucho por ejemplo la parte audiovisual [...] Ahora en cuanto a mi formación, no, también por internet pero también la parte de libros.

Y acá siempre lo que nos ha servido son cuando, por ejemplo, cuando vienen a darnos las charlas de actualizaciones, o que yo lo doy mucho también, porque en el programa de infecciones respiratorias lo damos, pero por ahí cuando bajan actualizaciones en algo, por ejemplo como han hecho en vacunas, el tema, que nos mantengan informados en los temas que van cambiando, porque a veces uno no tiene tiempo de ponerse a leer¹¹.

Aún con mayor presencia en el discurso de los entrevistados, aparece el tema de la vacunación adquiriendo un predominio absoluto que tiene consecuencias no solo en la forma de ordenar y priorizar las tareas en general, sino también específicamente en lo relacionado al registro de datos. Aparece en la descripción de la tarea diaria de enfermería un volumen de datos registrados, y de planillas y formularios que los contienen, muy superior a todo el resto de los registros. De igual manera, el número de veces que aparecen las palabras “vacuna”, “vacunación” e “inmunizaciones” o la referencia a esta práctica, es superior a todas las demás expresiones, en respuesta a todo tipo de preguntas: tanto en la descripción del día de trabajo, como en la información de salud más útil para trabajar, y otras varias preguntas sobre distintos asuntos donde, sin poder evitarlo, terminaban haciendo referencia al programa de inmunizaciones (ProNaCEI). Algunas de las menciones de estos términos en las respuestas de enfermería son:

Información que nos llega, por ejemplo inmunizaciones que es lo más fuerte de enfermería [...] Si yo sé que tal día voy a salir a una escuela a vacunar niños de primer grado, me baso en la cantidad de niños [...] Esas cosas fueron mejorando, antes no lo vacunaban, si no lo decidía el doctor.¹²

Pero si está relacionado específicamente con programas de salud: vacunas y esas cosas [...] Por ejemplo, si son cuestiones

¹¹ En preguntas posteriores aclara que a los médicos no se los mantiene actualizados en el tema de vacunas.

¹² Respuesta a la pregunta sobre la utilización de información de salud en su trabajo diario.

específicamente de salud: vacuna, atención [...] Un cuadernito que yo lo modifiqué a mi manera, o sea, para mí era cómodo, era fácil porque en realidad dejaba el stock de lo que había hecho durante toda la jornada, y al finalizar la jornada laboral, yo podía decir “ah, tengo 10 dosis de Sabin, porque ocupé tantas” entonces para hacer las estadísticas también me era re fácil porque iba a ese cuadernito y sacaba por día.

*(Observamos acá una asociación directa entre la palabra “salud” y “vacunación”, en primer término, y luego al continuar la misma respuesta, se puede observar “salud” asociada a “vacunación y atención [médica]).*¹³

*...a mí me gusta tener datos de salud, me gusta estar informada y bien informada. ¿Ves esto que yo tengo acá?¹⁴ Es un ayuda memoria para las chicas, porque estas cuestiones para mí son importantes, y por ahí no podes estar agarrando el cuadernito estar mirando... Pero me gusta, me gusta eso, les digo, lean, lean, agarremos el cuaderno de las últimas normas, que están horribles, pero no importa, hagamos memoria, por qué era la Hepatitis B [...] Eso lo hacemos, y por ahí nos reunimos cuando tenemos un tiempito, y le damos una leída [...] Pero sí, me gusta la buena información [...] yo lo tengo y lo respeto a rajatabla y lo vamos a respetar porque acá dice... hasta, mirá: el lote de la vacuna de la Hepatitis B de adulto, para ponerle en el calendario para que vaya completo como corresponde. Que sea todo bien como tiene que ser [...] Porque por ejemplo cuando hay un ESAVI¹⁵ o una sospecha de un ESAVI lo primero que hacen los médicos es llamarme a mí [...] tratamos de registrar bien todo por ejemplo yo he tenido visitas de Epidemiología y gracias a Dios siempre nos dejan el cosito bien felicitado, porque yo tengo una carpeta de planillas diarias, de vacunación semanal de los pedidos que hacemos [...] y tengo todos los resúmenes mensuales incluido el control de la temperatura, en una carpeta que va de enero a la fecha. Así que cuando vienen yo saco todas las cositas, muestro todo lo que tengo, la heladera que está en condiciones, una heladera chiquita pero funciona muy bien. Tenemos control de temperatura y bueno...*¹⁶

*Con lo que más trabajamos es con inmunizaciones. Me llegan los nuevos lineamientos para la Hepatitis B adultos. Los bajo, los estudio, los analizo.*¹⁷

Verificamos control de temperatura de la heladera, primera hora de la mañana, gracias a dios contamos con un termómetro que no hace falta tener que abrir la heladera para verificar [...] Todo lo que se hace, por ejemplo hay gente del barrio [...] que nos ha pedido un

¹³ Respuesta a la pregunta sobre la utilización de información de salud en su trabajo diario.

¹⁴ Se refiere al resumen de una normativa específica para la forma de realizar el esquema de una vacuna en particular, que se encuentra pegado sobre la mesa-escritorio.

¹⁵ Evento Adverso Supuestamente Atribuible a Vacunas e Inmunizaciones.

¹⁶ Respuesta a la pregunta sobre la utilización de información de salud en su trabajo diario.

¹⁷ Respuesta a la pregunta sobre la utilización de información de salud en su trabajo diario.

*operativo de... para vacunar. Viene mucha gente, vacunamos mucha.*¹⁸

*Después de firmar¹⁹ voy y controlo el termómetro de la heladera para las vacunas, por si ha habido un corte de luz, por si no está funcionando eso, y acondiciono el termo de las vacunas, las cajitas con su termo, todo, acondiciono el tema de enfermería de las vacunas. Después acondiciono enfermería [...] Yo he tenido una rutina, porque yo fui la que estuvo desde el primer día y me acostumbré a una rutina propia. Cómo organizarme para ver de qué modo, como era sola, de qué modo, a ver... las BCG que se abrían eran veinte dosis y trataba de abrirlas una vez a la semana y citar, siempre regulando, esa madre que uno ve que va a venir, la que no va a venir, la vacuna y ya está.*²⁰

Aparecen también, aunque con menor insistencia que las alusiones a vacunas, expresiones que denotan cierta desvalorización de la propia práctica o más bien del lugar del sistema en el que se está trabajando.

Si bien esto es un CS y es público²¹, pero yo creo que no por eso vas a venir y vas a atropellar. (Enfermera refiriéndose al trato que reciben de superiores)

Y bueno yo también he estado en hospitales y es como que se menosprecia el trabajo en los periféricos: "no, no, vamos a empezar de cero"²². Pero no mandan, mirá hiciste bien, hiciste mal, o sea, fijate en esto, fijate en lo otro²³. Salvo casos que son amigos de uno que le manda una notita, el resto... (Médico hablando de su propio trabajo).

Lamentablemente este CS es una joyita²⁴, está precioso, pero está aprovechado al cincuenta por ciento, porque el turno tarde, tenemos nada más el vacunatorio, enfermería abierto y una médica clínica. (Enfermero refiriéndose a la ausencia de especialidades médicas en el turno tarde).

Muy pocas veces he venido porque yo en la tarde trabajo²⁵. (Médica encargada de un CS, al preguntarle si suele visitar al turno tarde).

¹⁸ Respuesta al pedido de descripción de una jornada de trabajo.

¹⁹ Registro de entrada y salida del personal en planilla individual.

²⁰ Respuesta al pedido de descripción de una jornada de trabajo.

²¹ Tono de resignación.

²² Alude al menosprecio de los colegas que no aceptan resúmenes de datos clínicos enviados en las derivaciones de pacientes. Hubo relato también de que dichos escritos, provenientes de médicos de "los periféricos" son rotos sin leer y en presencia de los pacientes, según el relato de estos últimos.

²³ Otorga la evaluación de las prácticas efectuadas al colega de desempeño hospitalario.

²⁴ Hace referencia al edificio amplio y nuevo en el que funciona el centro de salud.

²⁵ Escuchado en varias entrevistas: la actividad en el CS no es mencionada como real "trabajo".

Podemos encontrar en Galende citando a Campos, algunos indicios de esta desvalorización de la práctica en el primer nivel, cuando el autor se pregunta sobre un tema que considera paradójico:

cómo es posible que el discurso de la Salud Pública, que ha sido potente y aceptado socialmente, que abarca toda la concepción del proceso salud-enfermedad y sistemas de atención, no haya logrado no obstante imponerse como discurso sobre la Salud, limitándose en sus prácticas realizadas a programas sobre epidemias, algunas campañas de prevención y vacunación [...] aun cuando se han dictado Leyes sobre Derechos a la Salud [...] se haya adoptado la estrategia de Atención Primaria [...] sin embargo en los hechos domina el modelo médico científico positivista (Souza Campos, 1998, *apud* Galende, 2004, p. 136).

Se responde Galende aludiendo a que el origen de esta paradoja se encuentra en parte en una suerte de alianza que la medicina científica ha establecido con la industria médica (Galende, 2004). En nuestro modo de ver, esta alianza logra que dentro del sector salud continúe pensándose en la sofisticación tecnológica como en el servicio máspreciado, descalificándose también la validez del subsector público en general como prestador de servicios, pero principalmente la práctica en los pequeños CS del primer nivel que no cuentan con semejante tecnología. No sería descabellado entonces asociar que esta práctica así desvalorizada se traduzca también en descalificación (por parte de los niveles centrales y por los propios trabajadores del primer nivel) de la información que esta parte del sistema puede generar.

La marca indeleble del biologismo en la tarea de los CS aparece también en la organización del trabajo, ya que en muchas ocasiones los empleados son citados a reuniones, pero el tema de las mismas no tiene que ver con la necesaria organización del trabajo en sus aspectos generales, sino más bien aparece en forma recurrente: vacunas nuevas o nuevas formas de usar viejas vacunas (la mayoría de las veces) y actualizaciones sobre ciertas patologías (en menos oportunidades). Las reuniones referidas a vacunación, según respondieron los entrevistados de enfermería, están dirigidas prácticamente siempre a llamados de atención sobre las cifras bajas de cobertura con el programa de inmunizaciones, es decir a la poca cantidad de vacunas colocadas. Este tema está naturalizado al punto de que todo el sector de enfermería sabe de antemano, cuando se cita a reuniones, que se hablará sobre alguna modificación en el tema, seguido siempre de llamados de atención y directivas que intentan revertir las pobres cifras obtenidas.

Luego, en un sistema de salud con estas características, la relación que se establece con el público usuario de estos servicios, como es fácil suponer y entender, está referida siempre a transmitir datos sobre vacunas y sobre patologías. Nos parece esto importante

por cuanto la medicina curativa es un modelo de práctica que se observa en el sistema de salud pero está también presente en la subjetividad de quienes buscan sus servicios. En este sentido y retomando a Galende con la paradoja mencionada arriba, aquí el autor continúa explicándola por medio de lo que denomina “subjetividad disociada” tal como él lo expresa:

desemboca finalmente en una subjetividad disociada entre el prestigio de la medicina científica y la utilización de tecnología por un lado y los anhelos de la Salud Pública por el otro [...] Este desvío forma parte, o es consecuencia, de un nuevo actor en salud: las empresas y sus tecnologías de punta [...] En su conjunto [...] proponen y están logrando grandes éxitos: generar nuevos valores de la salud, cuestión que antes estaba limitada a los médicos [...] No es ya la necesidad la que nos lleva a construir el objeto Salud (restablecer la salud, prevenir la enfermedad) es el objeto ofertado el que está construyendo la necesidad y la subjetividad que la sostiene (Galende, 2004, p. 131).

Esta subjetividad atraviesa el proceso de la información en el primer nivel de la provincia dentro de la práctica hegemónica biologista aliada a la industria médica, lo cual conduce a preguntarnos qué tipo de información será posible obtener a partir de los CS. Analizando lo expuesto hasta el momento no queda duda de que el registro básico de la tarea diaria, que debería ser el dato principal a partir del cual se produzca algún tipo de información, está referido a vacunas (a partir del personal de enfermería) y diagnóstico de enfermedades y prescripción de fármacos (a partir del personal médico). El tema de la receta médica apareció sólo en algunos casos, junto al “papelerío” que implica la consulta, acompañado de la expresión de cierta exigencia que debe cumplir el paciente que necesita su medicación mensual, pero sin ocupar lugar importante en las respuestas de los entrevistados, diferenciándose así de las alusiones al tema vacunas que por otra parte no necesita receta ni indicación médica para su colocación desde el momento que figuran en el calendario nacional obligatorio.

Hay tantos programas, tantos planes, que en realidad el momento que tengo con el paciente son dos minutos de interrogatorio y me lleva cinco de planillas, planes que eso... que en realidad se desvirtúa la atención, porque esta enfocada a los planes²⁶ y no a la patología. Es como que estás llenando papeles y lo ves al paciente también.²⁷

²⁶ Se está refiriendo, entre otros, al programa Remediar para prescripción de medicamentos.

²⁷ En respuesta al pedido de descripción de un día de trabajo.

Yo el único requisito mío en el caso de los crónicos, hipertensos, no le doy medicación de la presión si no se toma la presión, obvio. Sino qué es, ¿un supermercado? ¿Qué, vas, compras y te vas? No, no²⁸

- ¿Comparten la información dentro del centro de salud?

- A veces, a veces, es muy raro. Por ahí salta el tema, pero es muy raro. No porque tenés esta niñita que te hace una estadística, una planillita de atención que te pone "pediatría", "clínica médica", y todo... entonces te vas a la planilla y, "ah, tanto", así cada uno sabe más o menos el promedio que lleva, y cuándo te bajó, en vacaciones²⁹ te baja, obviamente, y así, o las lluvias³⁰.

Porque el tema son los papeles, que uno tiene que llenar la HC, la embarazada que le tenés que llenar el cuaderno, que tenés que llenar Remediar³¹, que... Entonces el tiempo es más administrativo que en la consulta en sí, de lo que podés llegar a hacer del examen físico. Eso no te demanda tanto tiempo. Pero el tema son los papeles que hay que llenar.

Continuando en el análisis resulta interesante observar que en la ponderación de los temas, aparece fuertemente ganador el de vacunas, desplazando al fármaco pero desplazando también al tema central del modelo biologista: la patología. Al respecto se expresó en prácticamente todas las entrevistas, que el formulario C2 es en la mayoría de los casos manejado (confeccionado y enviado a instancias centrales para su agregación provincial y nacional) por personal administrativo y en menor cantidad de ocasiones, por personal de enfermería. Es importante también resaltar que este formulario, mecánicamente llenado desde hace muchos años e instalado su uso fuertemente en el sistema, formulario que sin posibilidad de elección sale desde cada CS provincial los 51 o 52 lunes del año, no fue casi en ningún caso asociado a información de salud (o dentro del sesgo del sistema biologista a información de enfermedad) y en ningún caso los entrevistados manifestaron conocimiento específico de la morbilidad denunciada semanalmente por sus propios CS.

2.6.2. Biologismo que subordina aspectos sociales y descontextualiza la práctica.

Al continuar repasando las características enunciadas por Menéndez, como se dijo, a partir de este biologismo son excluidos los procesos sociales, culturales e históricos respecto de las causas de las enfermedades. Sin embargo el autor aclara:

²⁸ Respuesta a la pregunta de si usa información de salud para trabajar.

²⁹ Licencia Anual Reglamentaria.

³⁰ La referencia se debe a que la provincia de San Juan, por su clima semidesértico tiene escasas precipitaciones anuales. Esto provoca que los días de lluvia las personas se quedan en su casa hasta que deje de llover ya que prácticamente no hay impermeables ni paraguas en los guardarrobas de la población.

³¹ Receta del programa de provisión mensual de medicamentos para todos los centros de salud del primer nivel y centros integradores comunitarios (CIC) del país.

Debo subrayar que el saber médico siempre ha reconocido la existencia de factores socioculturales y económicos, especialmente en el caso de la epidemiología, pero una cuestión es reconocer su existencia y otra es usarlos como factores sociales o culturales en un nivel similar al uso de los factores y procesos biológicos, y sobre todo asumiendo la especificidad de lo cultural y lo económico en las interpretaciones y acciones sobre el proceso salud-enfermedad (Menéndez, 2005, p. 13).

Luego esta descontextualización del proceso salud-enfermedad y la mirada reduccionista sobre una causalidad entendida como puramente biológica asociada casi con exclusividad a terapéuticas farmacológicas, conlleva una fragmentación también de la práctica en los servicios de salud, ya que al separar lo inseparable, al concentrar la mirada en solo uno de los aspectos de este complejo proceso, necesariamente hay todo un abanico de problemas que a pesar de tener clara influencia en el estado de salud de las personas, resultan invisibles.

En esta práctica fragmentada, no solo la complejidad de la causalidad de los procesos mórbidos resulta en muchos aspectos invisible: son invisibilizadas también las personas que soportan los padecimientos, como así también las personas que trabajan para aliviarlos. Esta característica del proceso de trabajo en el primer nivel se expresa con claridad en la mayor parte de las respuestas de los entrevistados. Tan es así que constituyen excepción las respuestas al pedido de relatar un día de trabajo, por parte de un médico generalista que contestó:

Haciendo un promedio, en ese CS veo aproximadamente 20 pacientes, 18 por día. Vemos todos los grupos etarios, medicina familiar, y aparte de eso, turnos programados de patologías crónicas o consulta programada previsible: embarazos, hipertensión, diabetes.

Y una pediatra que ante la misma pregunta dijo:

Lo que hacemos es el control del peso, talla, los percentilos, control de vacunas y hacemos el control clínico si viene por niño sano o si viene enfermo, y normalmente atendemos entre 24 y 30 pacientes por día.

Y se transforman estas respuestas en excepción por cuanto en general los médicos no expresaron que atendían personas, ni tampoco enfermos, ni siquiera pacientes: solo "planillas". Las personas con patologías crónicas (diabetes e hipertensión) resultan dentro de la jornada laboral "fáciles" o "rápidas". Ejemplos de expresiones significativas de esta práctica fragmentada son las siguientes:

Por día... y más o menos, una planilla, a veces un poquito más, depende, pero ponele un promedio de una planilla diaria [...] nos obliga a veces a trabajar como apurados. A veces hay casos que uno los atiende rápido, pero otras veces hay cosas que uno se demora más.

- ¿Se hace seguimiento de pacientes?

- *Sí, tenemos los diabéticos, los hipertensos, que uno los va siguiendo todos los meses. Y esos son más rápidos, porque uno a veces ya los conoce, entonces no se pierde tanto tiempo con ellos, es ver los análisis, indicar la medicación, alguna modificación, pero no son cosas que lleven mucho tiempo... Yo empiezo hasta terminar, la idea es atender lo más rápido posible. No solamente por mí sino por la gente, porque cuando yo llego la gente a lo mejor hace ya más de una hora que está esperando.*

- ¿En el turno tarde se trabaja igual?

- *Medio como que si fuera otro CS... es muy poca la relación que tenemos. A la doctora de la tarde yo la he conocido, a pesar de que ya hace varios meses que está trabajando, pero yo la he conocido los otros días, porque no nos vemos por cuestiones de horario. Y el personal de la tarde los conozco, porque hay alguno de ellos que viene a veces en la mañana y trabaja en la tarde, pero los demás... también los conozco a todos, pero no tenemos relación con ellos. La encargada de farmacia yo la he visto una sola vez nada más, no sé cómo se desempeña ni nada.*

(Esta respuesta es de un médico encargado de un pequeño CS con cuatro especialidades básicas en la mañana y solo una médica en la tarde.)

Entonces llego, la hojita y a llamar hasta que termine. Veo una lista, toda la planilla y ya! [...] Yo me basto, yo me basto, yo con la parte clínica me basto y me sobra y no tengo ningún drama, atiendo a todo el mundo. Aparte que los crónicos medio que hay repetición de... es más fácil, son fáciles, son fáciles y rápidos³² Los niños son los dramas, los niños por todo lo que es el entorno de su control es el que hace burocrático y que hace falta recursos humanos, falta gente, más gente, que le dé una manito, al menos al principio, así cuando llega el pediatra está todo hecho, no que esté el pediatra y esté esperando que lo terminen de pesar, o que le terminen de tomar la temperatura, o le terminen de medir la talla.

En la provincia el diabético que no tiene otra cobertura de salud puede atender su enfermedad en cualquier CS del subsector público, contando con toda la medicación necesaria, incluida la insulina y los aparatos para controlarse en su domicilio la glucemia. Esto se organiza así en el marco del programa PROSADIA, que tiene nominalización de todos los enfermos en esta condición y distribuye mensualmente hacia los centros de salud la medicación respectiva. En relación a estos pacientes crónicos, que de hecho están atrapados en el sistema en tanto dependen de su medicación de por vida, se observó que

³² Chasquea los dedos en señal de agilidad o rapidez.

con frecuencia se realizan para ellos “talleres” (charlas) con objetivos no siempre claros ni explícitos. Al preguntar sobre la finalidad de estas charlas una enfermera respondió:

Y en realidad porque nosotros ya estábamos trabajando antes con el programa [...] en donde juntábamos a todos los pacientes que teníamos con diabetes, hipertensos y con factores de riesgo que se hacían atender acá en el CIC, les dictábamos un taller, donde salíamos a caminar en la mañana, de ahí ellos venían, les hacíamos primero el control acá en enfermería, de ahí salíamos a caminar. Cuando volvían los atendía la médica generalista y después pasaban por la nutricionista. Lo estuvimos haciendo dos meses, después bueno, las personas dejaron de asistir, ya se nos fue, en principio la convocatoria fue grande y después dejaron de asistir.

- ¿Para hacerse el control médico o llevar la medicación debían pasar necesariamente por eso?
- Claro, lo que pasa... tenían que tener un taller.

Al indagar sobre la práctica recomendada para el primer nivel, como es el seguimiento de pacientes, que implicaría visitas domiciliarias según necesidad, conocer su estado de salud, su situación particular y algunos otros temas en forma personalizada, obtuvimos en muchas ocasiones respuestas que evidenciaron la imposibilidad del entrevistado de pensar en personas, porque la representación inmediata era la Historia Clínica, por lo que en general al preguntar sobre “seguimiento de pacientes” respondían con ordenamiento o “separación de historias clínicas”, o bien con pedidos periódicos de análisis u otros estudios. En todos los casos la reflexión del entrevistado se refería a que el paciente (en realidad la historia clínica) estuviera “completo”, es decir, con todo “lo que tienen que tener” (en general: determinada cantidad de consultas, determinada cantidad de prácticas de laboratorio, etcétera).

En este punto, al escuchar los relatos teníamos la fuerte sensación de que las personas no existían, ni siquiera su enfermedad, sólo parecía tener vida propia la historia clínica, pero ello resulta paradójico si nos remitimos a la ya descrita mala calidad de la información en todos los ámbitos del sistema y en todos los sentidos, y este registro elemental de la práctica de la atención no es precisamente un despliegue de datos sino como ya se mencionó, se suele restringir al asentamiento de diagnósticos y fármacos.

Respecto de este seguimiento una médica respondía:

- ¿Y el seguimiento de los pacientes de PROSADIA en qué consistía, cómo lo manejaban?
- [...] En farmacia le daban la medicación, pero el seguimiento lo hacíamos con las historias clínicas. Que hicimos? una planilla de seguimiento, entonces auditábamos las historias clínicas, la enfermera o yo, en esa planilla vos tenías si en el último año estuvo solicitado electrocardiograma, fondo de ojo, el laboratorio de [...], la

revisación de los pies, bueno, algún otro examen, la hemoglobina glicosilada, entonces cada tres meses marcábamos, veíamos la historia clínica, y si faltaba algo dejábamos un cartel en la historia clínica para que el médico que le toque atender sepa qué le faltaba pedir. De esa manera nos organizábamos.

- ¿Y con los niños de bajo peso?

- Los de Bajo Peso teníamos las Historias Clínicas separadas, así que estaban identificados los de Bajo Peso.

- ¿Pero también hacías un cierto seguimiento³³?

- Si, eso lo hacíamos cada 6 meses. No lo hacíamos tan seguido.

Otra médica respondía:

Los niños por ahí sí, si vemos que hay alguno que le falta un esquema³⁴, hasta que no se vacuna no se atiende con el médico, o sea, tratamos de no pasar, porque una vez que se trató con el médico se fue y sonaste... Que ahora lo quiero empezar a hacer con los diabéticos también y los hipertensos, es la idea. He estado todo el fin de semana pasando 150 historias clínicas en la computadora con el mes que han venido, la medicación, entonces queremos marcar... que si todos los meses vienen con una crucecita.

- ¿Y si vienen todos los meses sería a qué?

- A control médico y a retirar la medicación... Si, hemos planificado, y bueno ahora justamente estamos planificando un proyecto para los diabéticos. Porque justo vienen los alumnos de enfermería... así que vamos a empezar con ese proyecto. Ahora el viernes empezamos, que vamos a empezar con una caminata, que primera vez que lo vamos a hacer, no sé cómo irá a salir, para ir al parque a caminar, aunque sea media hora...

- ¿O sea que van a encontrarse allá³⁵?

- No, van a venir³⁶, porque los pacientes no se han citado, van a venir acá, se van a anotar, y de acá vamos a intentar llevarlos a ver si caminan media horita y venimos y ya los empezamos a atender. Vamos a ver qué resultado tiene eso. Y así después todos los jueves irles dando las charlitas de la alimentación. Lo que pasa es que habíamos planificado como viene una vez al mes cada paciente, y si damos en los diferentes jueves diferentes charlas, se la van perdiendo, así que habíamos planificado todo un mes la misma charla para que todos tengan todas las charlas.

Existe una práctica que constituye el pilar de los cuidados de salud del niño desde hace décadas, que es el Control de Niño Sano (CNS). Esta actividad está instalada desde los programas materno-infantiles, avalada y promovida desde las sociedades pediátricas del país y del mundo, y tiene relación con las estrategias destinadas a bajar la mortalidad infantil

³³ En el primer intento preguntamos por "pacientes diabéticos". En el segundo por "niños con bajo peso". Al reiterar la palabra "seguimiento" continúa entendiéndose como revisión u ordenamiento de historias clínicas.

³⁴ Vacunas según su edad.

³⁵ El parque que menciona dista del centro de salud unos 10km aproximadamente.

³⁶ Se refiere a que van a ir al CS como lo hacen habitualmente para la atención médica, desconociendo el "proyecto" que la médica menciona.

que ocurre durante el primer año de vida. Acompañar el crecimiento del bebé detectando precozmente patologías con posibilidad de curación, constituye un cuidado básico de salud y uno de los servicios elementales de cualquier CS. La práctica, largamente fundamentada durante las últimas décadas en que se obtuvo descenso generalizado en el mundo de dicha tasa de mortalidad (descenso que además seguramente respondió a una multiplicidad de factores), requiere un control de crecimiento con las medidas antropométricas correspondientes (peso, talla, perímetro cefálico) en razón de 10 a 12 veces durante el primer año de vida, según consensos actuales que dieron origen a lineamientos específicos bajados desde el ministerio nacional de salud. Luego, por el diferente ritmo de crecimiento en el segundo año de vida, se aconseja este CNS con una frecuencia trimestral hasta cumplir el segundo año, momento en que pasa a aconsejarse la práctica semestral y más adelante, anual. Ahora bien, esta vieja actividad aparece también descontextualizada del proceso de crecimiento del niño probablemente a partir de la implementación en la provincia del Plan Nacer (PN) cuyo objetivo expresa el sitio web del Ministerio de Salud de la Nación:

El Plan Nacer es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que invierte recursos en salud para mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. Se inició en el año 2005 en las provincias del NEA y NOA y en 2007 se extendió a todo el país.

El programa se distingue por desarrollar Seguros Públicos de Salud para la población materno-infantil sin obra social y ser un modelo de financiamiento basado en resultados, que se propone promover un cambio cultural en la visión y gestión de la salud que priorice la estrategia de la atención primaria de la salud (APS), la eficacia del sistema y la utilización efectiva de los servicios de salud por parte de la población.

De esta manera el Plan Nacer contribuye al descenso de la mortalidad materna e infantil en la Argentina, y a la reducción de las brechas entre las jurisdicciones, aumentando la inclusión social y mejorando la calidad de atención de la población. (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

La forma de hacer operativo dicho plan, es a través de la afiliación de embarazadas y niños menores de 6 años, que pasan a integrar luego el padrón sobre el cual cada CS realiza a fin de mes un informe de prestaciones practicadas a este sector de la población, con la respectiva facturación que la nación devolverá a la provincia en forma de dinero. Desde la concepción y organización del plan, el dinero obtenido está destinado a determinadas compras o gastos del CS que genera la prestación. Sin embargo, por las leyes provinciales (Ley de Contabilidad Pública de La Provincia de San Juan N° 2139 y modificatorias) el dinero no puede ser usado en los CS en forma directa sino que se administra desde niveles centrales (ministerio de salud, hospitales generales y zonas

sanitarias). De cualquier manera y aunque no puede usar los fondos en forma fácil ni tampoco directa, cada centro tiene una especie de haber en una cuenta bancaria manejada centralmente, con dinero aportado por el PN a partir de sus prestaciones facturadas, que mediante pedidos bastante burocráticos podría utilizar en el tiempo.

Luego resulta que el formulario usado en la provincia para esta facturación, tiene casilleros destinados a colocar al lado de cada niño, además de sus datos de identificación, el peso, la talla y los percentilos calculados a partir de estas dos medidas. Sucede entonces que en todos los CS, con la intención de “otorgar el beneficio al niño”, o porque “tiene que tener el peso” o de “agregar un dato más”, o bien simplemente “para completar la planilla de PN”, cada vez que un niño de cero a seis años pisa el CS (por el CNS, por un resfrío, por un certificado para ir a la colonia de vacaciones, y en general por cualquier motivo) el niño es medido, tallado y percentilado, a pesar de que su salud o su crecimiento no lo amerite, es más, aún a pesar de que el PN no solicita en forma semanal ni mensual esta práctica, sino solo cuando el crecimiento o la salud del niño lo requieren. Esta descontextualización de una práctica básica, componente del cuidado de salud del niño desde que nace, se lleva a cabo prácticamente en todos los CS por igual, sin mediar ningún tipo de reflexión, simplemente quizá porque existe un casillero para ello.

- ¿Miden al niño según su edad o su necesidad por algún problema de salud?

- *No, cada vez que el niño viene se lo controla.*

(Respuesta de una licenciada en enfermería con muchos años de servicio, a la pregunta sobre un día de trabajo.)

Siempre se controla el niño antes de pasar al médico, siempre. Al menos es lo que hago yo. Siempre lo controlo, porque siempre te podés encontrar con algo. Aparte el control en el PN no dice controlarlo todos los meses, pero eso nace de uno por ahí es algo muy de uno que dice si viene enfermito, lo peso. Yo siempre pienso en los medicamentos, en cuanto el pediatra va a necesitar para la dosis. Claro, a mí no me pesa³⁷ viste? Es un dato más y es hoy que concurre y hoy qué se le hizo a ese niño.

(Respuesta de una auxiliar de enfermería con mucha antigüedad en el CS a la pregunta sobre un día de trabajo)

Todas las veces, cada consulta mensual que tenga o cada consulta dentro del mes tiene que tener los percentiles.

- ¿Aunque la salud del niño no lo requiera?

- *Exactamente.*

- ¿Pasa por enfermería para pesarse?

- *Pasa por enfermería... siempre tiene que volverse a pesar.* (Estas respuestas las expresó una médica, al relatar su tarea diaria, lo que

³⁷ Se refiere a peso en el sentido de carga de trabajo.

nos hace suponer que la automatización y fragmentación de la tarea supera la propia racionalidad científica).

Resulta simple deducir que la consecuencia para el SIS de la práctica fragmentada, será la traducción de estos actos así despojados de su contexto, su historia y su sentido. Los informes mensuales y las estadísticas reflejarán vagamente cantidades de consultas (buscadas por las personas enfermas), de pedidos de laboratorios (automatizados desde el sistema), de pesos y tallas (realizados a niños que en su mayoría no lo requieren) y otros temas por el estilo. Nos arriesgamos a decir que son cantidades reflejadas vagamente por cuanto esta automatización de la práctica podemos suponer que se “contagia” a la acción de registrarla y luego al agregado mensual que se realiza también de manera irreflexiva y descontextualizada al punto que nadie suele detenerse, según expresaron los entrevistados, a leer o a analizar la información así generada, por lo tanto la precisión de la estadística numérica mensual nos parece al menos dudosa.

Aún más grave que la consecuencia en el SIS de la práctica fragmentada, es la consecuencia que este estilo de tarea tiene para el propio trabajador de la salud:

La organización parcelar del trabajo en salud y la consiguiente fijación del profesional a determinada etapa de un cierto proyecto terapéutico producen alienación. En verdad, si el profesional no se siente sujeto activo en el proceso de rehabilitación o en la trayectoria de invención de programas para develar un problema sanitario más colectivo, si eso no ocurre, él no sólo perderá contacto con elementos potencialmente estimuladores de su creatividad, como tenderá a no responsabilizarse por el objetivo final de su propia intervención, es decir, por la recuperación del paciente o por la promoción de la salud de una comunidad. (Campos, 2006, p. 107).

Un profesional de salud que permanece años en estas organizaciones y está abocado a prácticas de este tipo, seguramente tampoco podrá sentirse responsable por la obtención de información de salud de esa comunidad, ni tampoco de la información que genera en la atención diaria de los individuos y sus padecimientos.

2.6.3. “M’hijo el doctor”³⁸ ¿goza de buena salud?

El dramaturgo Florencio Sánchez apenas nacido el siglo XX planteaba cierto choque cultural entre las poblaciones rurales y quienes se transformaban en doctores (principalmente abogados y médicos) en las universidades de la ciudad. “La expresión ‘m’hijo el doctor’ es parte del espíritu de una época, exteriorización de un componente destacado en las lógicas sociales que confluyeron en la gestación del modelo de país. En

³⁸ Expresión emblemática a partir del título de la obra teatral de Florencio Sánchez (1902).

este contexto se observa a la universidad como lugar de construcción de hegemonía (Kulemeyer, 2010, p.4). Continuando con nuestro análisis, la profesionalización que silencia todos los demás saberes, y que entendemos muy ligada a la asimetría o subordinación de todas aquellas personas no médicas, tanto usuarios como otros trabajadores en el ámbito de la salud, tiene consecuencias marcadas en el proceso de trabajo que sustenta el SIS.

Esta profesionalización forma parte del modelo desde hace décadas, continuando su camino en la especialización y poblando el sector de médicos especialistas y super-especialistas, que llegan a tener bajo su ámbito de acción la solución de las patologías que aquejan a diversos pedazos de cuerpo humano en un reparto poco claro, en el sentido de la actualmente escasa definición de incumbencias por especialidad, y definido por una ciencia médica también de escasa claridad, en el sentido de la complejidad que se hace presente en la definición del objeto del trabajo médico y de la ciencia médica, según Testa desarrolla en su trabajo “Enseñar Medicina” (Testa, 2006).

Y continuando con la búsqueda de explicaciones en el trabajo de Galende:

No hay que confundirse en creer que la científicidad que sostiene la práctica de los médicos los exime de su lugar de sujetos ideológicos de la cultura, no se trata de cultura científica contra cultura social, no es ciencia contra ideología, como gustan pensar los que sostienen la medicina tecnificada. En este terreno es una lucha de subjetividades diferentes [...] No es la ciencia ni la técnica las que están en cuestión sino la producción de subjetividad en los individuos, incluidos los practicantes de cada posición. (Galende, 2004, p. 138).

Esta profesionalización que conlleva la subordinación tanto de saberes como de personas, así aceptada en una práctica irreflexiva que contribuye a la reproducción del modelo, se evidenció en el tono general de prácticamente todas las entrevistas. En esta forma de valorizar el estatus de cada quién, se le otorga jerarquía e importancia a la información de salud que sólo el médico “sabe”, por lo tanto la población y sus señales de salud y enfermedad probablemente no son identificadas ni percibidas, mucho menos registradas y transformadas en información.

Tal es la jerarquía otorgada a la figura del médico que las palabras alusivas o las características atribuidas desde sus compañeros de trabajo médicos y también enfermería, se mueven en una escala de valores diferente a la utilizada con el resto de los trabajadores. Una médica se refería a otro profesional como “excelente” porque nos explicaba que atendía todos los pacientes que ella le derivaba, dentro de su horario de trabajo, claro está. Este tipo de expresiones se escucharon más de una vez y siempre con igual connotación: el médico es “excelente” cuando no rechaza pacientes, por ejemplo. Al mismo tiempo, las personas no médicas recibieron en las entrevistas otro tipo de calificativos, entre los cuales el más común

es “conflictivo” en referencia a los trabajadores que en un momento dado pudieron estar en desacuerdo con alguna norma establecida y lo expresaron.

Es interesante también al respecto rescatar una expresión generalizada en todo el grupo sobre el que se llevó a cabo el trabajo de campo, que caracterizaba a los médicos como “abiertos” o “cerrados”. El significado de “médico abierto” es el que atiende a las personas que lo requieren, a los que demandan su atención dentro de su horario de trabajo, el que “no dice no porque no”. Es aquel que cuando viene una persona un poco más tarde, es decir que no está anotada en la planilla de atención desde que se abre el CS, no la rechaza sino que la “atiende fuera de lista”. Por el contrario “médico cerrado” es aquel que dice si va a atender diez o quince personas y de eso no se mueve aunque le sobre el tiempo en el CS y aunque se retire del lugar antes del horario por el cual se le paga. Esta valoración fue encontrada tanto en respuestas de médicos como de enfermeros. Pero lo interesante de estas denominaciones es que solo son aplicables a médicos, y no escuchamos que se mencionara a enfermeros, administrativos u otros, como “abiertos” o “cerrados”. Es decir, en esta mirada desde la profesionalización dominante, el médico puede ser cerrado, pero nunca conflictivo (el resto sí) ni mucho menos malo, ya que pareciera que la valoración negativa del profesional médico no forma parte de la subjetividad del conjunto de trabajadores del CS.

- ¿Cómo trabaja la médica nueva que está en la tarde?
 - *Dicen que sí atiende, si llega un niño con fiebre lo ve. No como antes que se me cerraba³⁹, antes, si tenía dos mujeres para el pap te atendía esas dos y no atendía más y se iba.*
 (Enfermero comparando una médica nueva con una profesional que ha sido trasladada a otro CS).

En el vocabulario de los entrevistados, apareció repetidamente, tanto como hablar de médicos “cerrados” y “abiertos”, la valoración del público usuario como “dóciles” (por la obediencia y ausencia de reclamos) o “demandantes” (aquel público que suele reclamar algún derecho, y en algunos casos, cuando “quiere ser tratado de igual a igual”), de los cuales en general el grupo minoritario es el último. Algunas expresiones puntuales que reflejan la profesionalización y la subordinación características, que ordenan al grupo de trabajo y lo jerarquizan en sentido descendente a partir del médico pero también ordenando debajo de él al resto de profesionales de la salud antes que al resto de los trabajadores, pueden observarse en las siguientes respuestas.

³⁹ Está aludiendo a la profesional anterior, que fue trasladada a otro CS.

En la tarde el recurso incluso siempre ha sido menos en cuanto a recurso médico y personal que trabaja. (Médica respondiendo sobre el modo de relacionarse con sus compañeros.)

La oferta creció. En cuanto a que... a ver, se trató de... o sea, lo que es la demanda que existía por ejemplo con médicos como fonoaudiólogos, oftalmólogos, este, especialidades, que, ¡bárbaro!, pero cada uno de esas especialidades te genera que, tenés que tener gente que apoye todo eso. No, eso es lo que falló, las especialidades están, pero la gente sigue siendo la misma. No hay un administrativo más, no hay un personal de limpieza más, no hay un enfermero más. (Enfermera jefa de un área programática describiendo una parte de su trabajo.)

- En cuanto al equipo de salud (profesionales y todos) ¿sentís que perciben de alguna manera un objetivo común aunque no sea demasiado explícito, para todos significará más o menos lo mismo este trabajo?

- *En general todo el equipo tanto médico como enfermería, creo que sí es consciente, y por qué lo digo? No digo que se ponga en el lugar del otro pero sí le da la apertura, si un niño viene resfriado o si algún pacientito con un dolor de muelas, lo atienden ya, lo que necesita en la urgencia, y lo citan para luego, para el control correspondiente... yo creo que de esa forma, al ya no decirles que no, si están en el CS y no les dicen que no y ya les están brindando la atención creo que sí todos percibimos los mismo, por que yo he visto en otros CS que al personal ya sea médico u odontólogo no les ha importado nada, o sea, de una es no y es no, sin siquiera haber intercambiado algunas palabras con el paciente, nada. Yo creo que sí, tenemos eso y tenemos las mismas ideas. (Enfermera)*

Es jovencita⁴⁰, claro, entonces es como que ni me enteré, por el cartel me enteré⁴¹, y está bien, no tiene por qué decirme a mí nada, porque yo soy una auxiliar de enfermería, ella es una licenciada en nutrición y ella puso el cartel y ella es la que atiende las pacientes y todo, pero, por ejemplo yo, le digo ¿y cuándo caminamos? Porque yo me iba a incluir, porque yo voy "hola, venga, vamos a caminar", acá me conocen todos, entonces, le digo, "te voy a contar otras experiencias para que veas qué podes hacer", y me dice "no ha venido nadie", pero le digo, "disculpáme" le dije, porque por ahí entre el respeto que trato de tener hacia el lugar del otro, no me siento disminuida ante un profesional, al contrario, me hubiese gustado avanzar y yo le di prioridad a mis hijos⁴² viste? Pero bueno, he tratado de avanzar en otras cosas, de otra manera como he podido, no tengo un problema con eso, pero tengo ese respeto a ella, de que

⁴⁰ Referencia a la nutricionista del CS que intentó hacer una caminata con personas diabéticas pero no concurrió nadie.

⁴¹ Observamos el cartel en la pared, junto a la entrada del CS: "¿Querés bajar de peso? Vení el lunes a la caminata a las 10 de la mañana". El cartel ha sido escrito por la nutricionista del lugar, está hecho en un papel apenas más grande que A4, escrito a mano con desprolijidad, en letra manuscrita.

⁴² La expresión "avanzar" hace referencia a estudiar en la universidad.

ella es la que está para eso y no porque está para eso voy a decir: ¡y que lo haga ella! ¡No! Porque tampoco es eso, sino esto de decir bueno, a ver, cómo yo desde mi humilde lugar le sugiero a ella, mirá, me parece que si esto fuera grupal, a ver cómo hacemos, a ver analicemos, yo hubiese dicho analicemos esta situación en reunión, que fue lo que no resultó, qué hemos planeado y qué no resultó este mes, y las caminatas y bueno, busquémosle la manera, a ver quién puede convocar gente, quién está más cerca o quién conoce más la problemática o quiénes son las más... le conozco las historias a todo el vecindario porque me las cuentan, lo comparto, vengo en la tarde a hacer compras y estoy enterándome de todo, entonces, ese es el tema, y no se da eso, entonces es como que querés instrusear⁴³, ya me ha pasado más de una vez que... Y a mí por ahí se me zapatea la lengua de decirle a la gente yo, vengan, pero yo no, a ver, cómo hago, es como que me digan y quién la mandó, quién le dio vela en este entierro, no cierto? (Auxiliar de Enfermería respondiendo sobre reuniones con el público.)

A veces he tenido hasta treinta, yo atiendo todo, atiendo todo. No puedo darme el lujo de, por mi carga horaria, decir "ah no, hasta 20 no más". Como tengo el máximo de horas, no puedo hacerme el exquisito y decir "no, veinte no más, quince". No, tengo que atender al que venga. Y mientras más vengan mejor, porque entonces más rellenan mi horario, obvio, me conviene... obvio, lógico. Además no tengo drama. (Médico describiendo su día de trabajo.)

Es variable, pero la culpa la tengo yo que es variable porque en general cuando vienen los atiendo todos así que es muy raro que no atiendan. Así que se atiende como en dos grupos. Los veinte que se anotaron primero, y después si vienen bronquiolitis y cuadros así, yo los cito a las 10, que yo sé que a esa hora estoy más libre, y bueno, voy controlándolos después de las diez digamos, hasta las once... En general trato de tener buena relación médico paciente. Y yo mismo trato de generar que vengan seguido. Por ejemplo: "no mirá, traelo el jueves que viene porque no lo veo bien". Mentira, es para que en general lo traigan, porque a veces tenés que decirle mirá, lo tenés que bañar, tenés que cortarle el pelo. Esas cosas tenés que decírselas de a poco... Es como que los gratifica el hecho de atenderlo fuera de lista... La gente de acá reclama mucho, pero yo creo que reclama pero porque veo yo que tenés que tratarlos de una forma de igual a igual. Cuando vos los tratás de igual a igual no hay problemas. Cuando vos estás por encima de ellos es como que los pone mal, como que están resentidos y se ponen mal. (Médico refiriéndose a la organización de su trabajo para el seguimiento de los niños que demandan atención.)

⁴³ "Intrusear" como opinar, aconsejar, "meterse" en asuntos reservados al profesional. La entrevistada tiene 40 años de servicio.

Así llegamos a la pregunta que nos hicimos al subtítular este apartado que analiza la profesionalización característica del proceso de trabajo en el primer nivel (2.6.3), sobre la salud de este profesional que posee todo el saber y al que se le atribuye en muchos aspectos todo el poder. Entendemos que el modelo de la profesionalización que valoriza el saber médico y subalterna al resto, y que ordena a los trabajadores en una línea vertical que parece infranqueable, termina creando distancias entre las personas que producen daño en toda la extensión de esta línea imaginaria: a los usuarios necesitados de atención, a los trabajadores subordinados al saber médico, pero también a este profesional, porque queda así alejado de su objeto de trabajo y del resto del grupo. Entonces, en este momento de la descripción, luego de analizar el biologismo hegemónico, la fragmentación y la profesionalización de la práctica, y la subordinación al saber profesional que produce asimetría, y que sólo agrega separación y distancia entre los propios trabajadores y entre éstos y el público, no nos parece exagerado traer a colación parte del diálogo entre Platón y su huésped (Sócrates), cuya descripción Berlinguer juzga precisa y actual:

Los esclavos son curados por esclavos que se movilizan para visitarlos, o que los atienden en las salas de consulta. El médico esclavo no discute con el paciente las razones de su enfermedad, sino que prescribe autoritariamente algún remedio, con aire omnisapiente, como un tirano soberbio, y luego enseguida se retira, dirigiéndose a otro esclavo enfermo, aliviándose así la tarea del médico libre de la cura de tales pacientes. (Berlinguer, 1994, p. 47).

Y para aportar a la comprensión del fenómeno traemos a colación nuevamente los conceptos de Campos cuando se refiere a este tipo de prácticas diciendo que “Trabajar en servicios de salud así estructurados llega a transformarse en un suplicio insoportable” (Campos, 2006, p. 107). En este punto del análisis cobran poderoso sentido las sensaciones que repetidamente tuvimos durante el trabajo de campo, frente a las respuestas de los entrevistados, teñidas de sentimientos de frustración, de tristeza, de enojo, de queja, de indignación, de emociones contrapuestas, de justificaciones y de miedos, presentes en las expresiones verbales y no verbales, en muchas palabras y también en cosas no dichas, en ojos humedecidos al mencionar ciertos temas, todo ello paralelo al hecho de no lograr reflexionar sobre su práctica más allá de la línea de la obediencia. Podemos ahora visualizar que en pleno campo nos atrapó el dolor de compartir una práctica humanamente muy dolorosa.

Deducimos entonces que la marca de esta práctica en el SIS es clara y evidente. El médico, que detenta el lugar de autoridad máxima de cada CS (a quien se denomina en algunos lugares “referente” y no “jefe” por tratarse de una función no remunerada) llega a tener total desconocimiento del manejo administrativo del lugar a su cargo, y entre este

manejo administrativo se encuentra el “papelerío” es decir, todo lo que podría transformarse en información de salud de una comunidad. Lo único que quizá se considera importante es lo que el propio médico diagnostica y prescribe, aunque a partir de la organización que comienza a visibilizarse en los procesos de trabajo y en los registros más usados en el mismo, aparece algo aún más importante que la prescripción médica: la vacunación de la población.

Y al mencionar nuevamente el tema de la vacunación podemos agregar aún un ejemplo de la forma en que el público es desoído por el trabajador de salud en una situación que nos parece importante describir. Las vacunas en general tienen escasas contraindicaciones, entre ellas la fiebre (38°C o superior). En muchas ocasiones los niños están resfriados o con cierta patología leve y presentan febrícula (entre 37 y 38°C); en estos casos las madres suelen rechazar la vacunación para proteger a su bebé que se encuentra molesto y dolorido por su cuadro aunque desde la mirada biológica sea considerado leve. En muchos casos el personal de enfermería respeta la decisión de la madre, principalmente porque como resultado de la vacunación se va a agregar al niño molestia, dolor y en muchos casos febrícula. Sin embargo esta acción de respetar la salud del niño y la angustia de la madre posponiendo la vacunación, es ocultada, y si es descubierta, es reprendida porque la orden es vacunar a como dé lugar.

- ¿Vacunás a los niños que lo necesitan antes o después de que los vea el pediatra?

- *Yo les digo, está bien, estás para el doctor anotada? Sí? bueno, después del doctor vení para acá. Pero no me confío de eso, voy y le digo al doctor tal persona doctor tal cosa, porque por ahí la mamá se te escapa porque no quiere ponerle la vacuna, tiene miedo que le de fiebre... por ahí viene el doctor y dice chicas, ustedes lo vacunan igual...*

- ¿A pesar de que sea una mamá que sabés que puede volver cuando el niño esté mejor?

- *Aun sabiendo que la mamá va a volver, o que quizá a ese niño no lo pilló más, siempre voy al doctor... también para librar un poco de responsabilidades, Liliana, porque por dónde se corta el hilo? (Auxiliar de enfermería describiendo la organización de su tarea diaria.)*

2.6.4. “Tiene razón... pero marche preso”⁴⁴

Relacionado con el apartado anterior y continuando con el análisis de resultados del trabajo de campo aparece el aspecto de la forma de organización burocratizada y hegemónica que atraviesa todo el modelo y que favorece su reproducción, ya que la biomedicina, en tanto institución y proceso social, se caracteriza por su constante cambio en

⁴⁴ La frase popular alude a la organización con forma hegemónica en la que el jefe siempre tiene la razón y al subalterno solo le resta obedecer, porque sus justificativos son descalificados o desoídos.

la forma dominante de organizarse para sostener su proceso de expansión. Este proceso, en su construcción histórica, también “condujo a reforzar o crear rasgos de despersonalización y burocratización en la relación personal de salud-paciente” (Menéndez, 2005, p. 22). Para Berlinguer “toda la organización sanitaria tiende hoy a sofocar y distorsionar las señales de la enfermedad. Eso porque circunscribe la acción médica a la relación individual (frecuentemente apresurada y estandarizada) con el enfermo” (Berlinguer, 1994, p. 91). Es decir que a partir de la hegemonía de una organización burocratizada difícilmente se trate de recuperar información que nos señale la situación de salud de la población, ya que el propio sistema probablemente no esté dispuesto a percibirla.

Resulta así que todo el trabajo del CS se organiza en torno al horario de llegada de los médicos, que es variable y flexible sin tener demasiada relación con la real carga horaria (como se dijo antes, en su mayoría los cargos médicos del primer nivel tienen 24hs semanales) y el resto de tareas o demandas del público necesariamente deben esperar y ordenarse a esta manera de priorizar el trabajo diario. Esto se organiza así y funciona como un código muy respetado por todos (trabajadores y público) sin mediar reflexión y solo expresado en algunas ocasiones a través de quejas en voz baja.

La gente de por sí ya está, tiene una cierta educación con respecto a que primero controlamos para el médico. (Licenciado en enfermería)

Yo priorizo siempre como te digo, lo que es para médico, para qué? Para que cuando llegue el médico el doctor no tenga que estar llamando y el paciente no estar controlado [...] Priorizando que el médico no pierda tiempo. (Auxiliar de enfermería)

- ¿A qué pacientes controlás primero, clínica, ginecología, pediatría?
 - Y... como los conozco a los horarios que van llegando los médicos, por ejemplo sé que un médico llega, es el primero en llegar el clínico, y yo tengo controlada a la gente con presión, peso, talla o lo que haga falta para el médico clínico, y de ahí tengo ginecología y pediatría que voy y atiendo uno y uno, voy alternando, cosa que si llegan los profesionales puedo entregarles historias clínicas a lo mejor dos o tres, entonces que vayan mientras atiendo.
 (Enfermera que trabaja sola con varios médicos en el mismo turno y en el mismo horario.)

Durante todo el trabajo de campo se pudo advertir en las descripciones de los entrevistados que, salvo escasas excepciones, todas las actividades responden a lo que se les pide, lo que es ordenado desde niveles superiores del sistema. Esto no solo abarca la jornada laboral con su tarea diaria sino también al registro de datos y el envío de agregados semanales y mensuales. En algunas ocasiones las respuestas describieron un gran esfuerzo realizado para cumplir con todo el ya mencionado “papelerío”, que nosotros entendemos como parte importante del SIS. Esta cantidad abundante de planillas es

rigurosamente entregada en tiempo y forma a quienes ordenan su llenado, pero nunca son leídas ni analizados sus contenidos según los relatos de nuestros entrevistados. Se trata de una lógica que atraviesa no solamente la relación con las autoridades del sistema de salud sino también parece compartirse con otras instituciones, como por ejemplo establecimientos escolares donde frecuentemente se llevan a cabo tareas, principalmente las relacionadas con la vacunación de los niños pero no solo con ello.

- ¿Entregan información de ProSanE⁴⁵ a la directora de la escuela al terminar el operativo?
- *En la primera escuela no me pidieron nada... En realidad la verdad que no sé si ellos se deben dejar alguna información*
- ¿Ustedes producen información de salud de algún tipo?
- *Y, nos piden, sí porque nos piden. Por ejemplo el programa de los niños de bajo peso, sí, el número, todos los meses nos piden. Nos pidieron una nominalización de los diabéticos, de los hipertensos que teníamos y de las embarazadas... Que eso hay que actualizarlo, porque lo pidieron a principio de año los pidió la doctora... Nos piden embarazadas, nos piden desnutridos, nos piden diabéticos, estamos haciendo curaciones con diabéticos... seguimientos. (Licenciado en enfermería hablando de la información de salud).*

...empezamos a hacer el taller porque a la nutricionista, de la división de nutrición le pedían el taller⁴⁶ el mes de septiembre. Así que bueno, lo iniciamos e hicimos un taller. (Enfermera aludiendo a por qué se daban charlas a enfermos diabéticos)

Se observa entonces en nuestras instituciones de salud y en este tipo de servicios, lo que describe Campos, al hablar de que el trabajador está distanciado de su propio trabajo:

Trabajar años y años en situaciones donde la propia organización del proceso de trabajo impide o dificulta el ejercicio efectivo de la clínica significa producir trabajo y trabajadores alienados y falta de compromiso. Significa producir personas sin auto-respeto y con una autoestima muy baja. Significa lidiar con personas obligadas a realizar un trabajo mecánico y que solo será cumplido por el pago de un salario (Campos, 2006, p. 109).

La organización burocrática se comporta de manera aleccionadora, y en varios casos hubo expresiones de lo que significa salirse del rumbo marcado o desviarse apenas un poco de la orden.

⁴⁵ Programa de Sanidad Escolar que consiste en realizar controles básicos y vacunación a niños de primero y sexto grado de las escuelas del área (el equipo registra en una ficha por cada niño, una planilla con todos los niños y las derivaciones correspondientes si las hubo).

⁴⁶ El pedido es de la jefatura de nutrición del nivel central del ministerio.

Por ejemplo con la vacunación antigripal... por ejemplo, "tienen que empezar mañana lunes, el lunes empiezan sí o sí", y cuando yo fui a hacer la evaluación de mi personal, habían muchas confusiones, dije: "no, no puedo empezar el lunes con esto porque tengo que tomarme un tiempito más", que fue el gran dilema que casi me quisieron matar porque había habido poca, en esa primer semana, no había habido⁴⁷... pero tampoco me iba a arriesgar a que hicieran algo que, que yo veía y evaluaba que no estaba claro, que habían muchas confusiones, muchas cosas que no, y bueno, me tome dos o tres días más para rever la capacitación, para sacar toda esa duda y bueno, para empezar. (Licenciada en enfermería respondiendo sobre lineamientos de trabajo.)

Muchas veces en relación con algunos colegas, como que no jerarquizan nuestra profesión, o sea, nos apoyemos entre nosotros, no, están especulando para darte leña, y si te puedo pisar, y si te puedo... la forma muchas veces de dirigirse de algún superior hacia uno, esas son situaciones que por ahí no me cuadran, entonces directamente antes de chocar, ahí en esa situación, 'ta bien, listo, quedate tranquila, vas a tener solucionado tu problema. (Enfermero que expresa elegir la sumisión para evitar tratos con formas que no le "cuadran", en respuesta a la parte que considera desagradable dentro de su trabajo).

El sometimiento a la organización produce una reacción que entendemos funciona como defensa. En varios lugares se habló de tener un buen equipo, un equipo muy colaborador, es decir, aún con el aislamiento evidente entre los trabajadores del mismo CS, aún sin reuniones para conversar sus temas, aun cuando el personal de la tarde prácticamente no se conoce con el de la mañana, aún con todo lo que puede no hacerse dentro de cada lugar para fomentar mejor comunicación y relaciones humanas, el equipo del lugar, como dijeron varios entrevistados, "tira para el mismo lado". Es decir, existen códigos muy respetados que implican de alguna manera el "cubrirse" frente a autoridades que fueron descritas como hostiles en ciertos casos. Preguntando sobre su CS en relación a otros lugares, principalmente la gente de enfermería explicitaba encontrarse en un buen lugar.

Mirá, yo por lo que he visto, escuchado y he tenido experiencia, en otros CS... muchas diferencias de opiniones, de relaciones, de compatibilidad, de boicotarse entre ellos, de mandarse al frente con las autoridades, de llamar por teléfono, de dejar mal al compañero, eso lo he notado en la mayoría de los otros CS, no te digo que acá no pasa tampoco, por ahí suele pasar pero no es lo común acá. No es una cosa que todos los días se estén mirando, controlando, que el horario, que esto, que aquello... No⁴⁸.

⁴⁷ Refiere a que por haber empezado dos o tres días más tarde, en la primera semana de campaña de vacunación informó menos vacunas que si se hubiera vacunado durante siete días.

⁴⁸ Una licenciada en enfermería responde pregunta sobre la relación dentro del grupo de trabajo.

*No se quiere ir⁴⁹ por el grupo, de compartir un montón de cosas....
Todos pechamos para el mismo lugar⁵⁰.*

El trabajador del CS establece una suerte de alianza con los compañeros del mismo lugar, incluyendo en esta situación en mayor o menor medida a todos (profesionales y no profesionales) para protegerse de la exigencia externa (autoridades) con quien no hay en algunos casos buena relación o en otros directamente no la hay. Entendemos esta alianza como coyuntural en el sentido en que Testa analiza las formas de poder dentro de las organizaciones (Testa, 2006). La verticalidad es evidente y el trabajador está tan silenciado ante sus autoridades como el usuario frente al trabajador. De igual modo aparece en varias oportunidades el hecho de que la estadística mensual y aún la historia clínica, son usadas como defensa, como modo de “cubrirse” frente a las autoridades o bien de las situaciones en que pudiera ponerse en tela de juicio su trabajo por cualquier motivo.

En otros casos la división entre profesionales y no profesionales fue expresada entendiendo que este equipo del CS lo componen solo una parte de los que trabajan en él:

- ¿Vos creés que los que trabajan acá tienen más o menos un mismo objetivo?
- *Sí, en un 50% sí*
- ¿Cuál sería el 50 que no?
- *Y el otro 50 sería más para el lado de los profesionales que para el resto del personal*
- ¿Y cuál puede ser el objetivo de ellos?
- *Cumplir el horario e irse. Terminar la planilla e irse.*

En esta línea puede aportar a la comprensión de la hegemonía que ejerce la organización burocrática evidenciada en el sector salud, la explicación de Testa en el marco de su “diagnóstico ideológico”:

...una ideología es una práctica que construye el sujeto de esa práctica, con el fin (consciente o inconsciente) de consolidar una ética. El fundamento objetivo de esta definición se encuentra en el análisis del proceso de trabajo (la práctica) en su doble circunstancia de trabajo concreto y abstracto; en el segundo (en el que se realiza sin tener consciencia de ello, es decir, sin percibir su significación) es donde se asienta lo ideológico de la práctica y se encuentra estrechamente relacionado con las formas organizativas de la misma; es decir, un sujeto se autoconstruirá como dominado o dominante, como biólogo o ecólogo, en la medida en que la forma organizativa de su proceso de trabajo abstracto lo impulse en una u otra dirección. (Testa, 1995, p. 230).

⁴⁹ Referencia a un compañero de trabajo que llegó castigado al lugar y ahora no se quiere ir.

⁵⁰ Un licenciado en enfermería responde pregunta sobre la relación dentro del grupo de trabajo.

Obtuvimos también relatos sobre que las visitas de autoridades, o los contactos de los jefes de área o de zona con el centro de salud, responden habitualmente a “llamados de atención” o reclamos hacia el personal de estos lugares. No hay conversaciones, preguntas ni intercambios, solo retos, o simplemente no hay contactos. En algunos casos se describieron persecuciones y acosos. En otros casos se expresó la necesidad de que los superiores se acercaran a conocer los problemas de la práctica local, y la queja de que a pesar de haberlo reclamado, las respuestas y visitas no llegan. En el mismo sentido, al preguntar “cómo o de dónde recibían los lineamientos de trabajo” las respuestas eran asociadas a “corregir problemas”, es decir que cuando está “todo bien” no son necesarios. Hubo varias respuestas con significado similar a la que expresó este médico:

Y bueno como en general gracias a dios hace años que no tenemos problemas, no ha habido grandes, o sea, pocos lineamientos ha habido, pocos al año.

En parte el reduccionismo de la respuesta se puede explicar por el significado atribuido a la palabra “lineamiento”, pero insistiendo con otros términos similares tampoco logramos la reflexión sobre el tipo de práctica, más bien volvíamos siempre a obtener respuestas que denotaban la automatización de la tarea por un lado y el cumplimiento de la orden (en cuanto a horarios y cantidades de atención) por otro. Con la misma lógica, la gestión de los CS prácticamente en todos los casos es entendida exclusivamente en su aspecto administrativo (manejo de papeles, “llenados de programas”⁵¹, control de personal o de medicamentos).

Una vez que terminabas de atender seguías con la gestión. Qué significa la gestión? Ver que las planillas de programas estén llenas, ver las cosas... Y bueno, si tenías informatización te ponías a ver las otras cosas de los programas como por ejemplo PROSADIA, si habían llegado los medicamentos... aprovechábamos de ponernos al día con las cosas de los pacientes hipertensos y todo eso. Tareas administrativas. (Médica a cargo de un CS)

Y el tema de toda la parte administrativa, de firmar todas las notas que llegan, hacer los pedidos, ver si lo que han mandado está bien, organizar el tema de los horarios, si ha faltado algún médico quien lo reemplaza, toda la falta de insumos, todo lo que es la parte administrativa. (Médica a cargo de otro CS).

Dijimos que el trabajador establece una suerte de alianza con los que integran el grupo del CS probablemente como forma de protección frente a personajes externos que

⁵¹ Entendiendo al “programa” (en otros casos mencionado como “planes”) como a las planillas que se pide llenar en cada caso, sin poder reflexionar sobre otros alcances de la palabra.

son sentidos como hostiles. El grupo conformado entonces tendría efecto protector ante las autoridades, pero no solo el grupo que “tira para el mismo lado” cumple esta función. La exigencia sentida por todos los entrevistados en general es que a sus superiores les importa mucho la cantidad, no tanto así la calidad de los servicios que se prestan, por lo tanto la estadística en sí misma sirve como protección y defensa. La estadística de atención fue de este modo mencionada en varias oportunidades como forma de “cubrirse” frente a autoridades. De igual manera el trabajador entiende rendimiento como cantidad, y mejor rendimiento es sinónimo de más pacientes atendidos. Aludir a cantidad de prestaciones, más específicamente a cantidades registradas o informadas, fue una constante en muchas de las respuestas de los entrevistados.

Mientras menos gente tengamos parada ahí⁵²... no importa que venga un jefe y me diga “eh no tienen a nadie”, pero acá está registrado lo que hemos hecho.⁵³

- ¿Particularmente con la información de ustedes, crees que la comunicación, humana, personal, tiene algo que ver o no?

- *No, no, es re-importante, porque que a mí venga laboratorio y me informe, no sé, hemos tenido una disminución en, qué se yo, en los HIV⁵⁴. Entonces hay que ver por qué, o sea. Es importante.*

- *Siempre evaluábamos, y siempre veíamos qué es lo que salía mal... y hacíamos las evaluaciones y los trabajos, siempre presentábamos los informes nosotros.*

- ¿Cómo evaluaban?

- *Con indicadores. Todo con indicadores, por ejemplo, siempre a fin de año presentábamos resultado de pacientes atendidos, cuántas embarazadas atendiste, veíamos cuántas habían tenido con parto normal, cuántas pacientes con el plan mujer tenían con métodos anticonceptivos, DIU⁵⁵ o inyectables, veíamos la cantidad de cobertura de vacunación que se había hecho, divididos por grupos etarios, en farmacia cuántos pacientes del PROSADIA había afiliados... Veíamos cuántos afiliados al PN había.*

- ¿Se dejan copia del resumen general de estadísticas que envían a la zona?

- *No, porque en realidad no nos ha hecho falta. A otros CS yo he visto que han tenido problemas... por ejemplo estadísticos, o sea como que los controlan, nosotros hasta ahora no hemos tenido, capaz que si nos reclaman algo, ahí empezás a cubrirte... y decís “no, esperate, veamos entre nosotros”*

- ¿Eso que vos hacés de estadística se comenta, lo comparten?

⁵² Referencia a pacientes esperando en la sala de espera o pasillos.

⁵³ Responde a pregunta sobre la relación dentro del equipo para organizar la jornada de trabajo.

⁵⁴ Referencia a la prueba de laboratorio que detecta el virus: relaciona comunicación humana con cantidad de pruebas de detección del virus.

⁵⁵ Dispositivo intra-uterino.

- *Sí, en estas últimas reuniones que hemos tenido de equipo sí, se ha comentado, ha habido variaciones en lo que es control de peso, talla, vacunas...*
- *¿A cantidades te estás refiriendo?*
- *A cantidades, sí. Variaciones con el año pasado a este año, igual a pesar de que somos un CS que está muy cerca de [un CS] estamos siempre muy cerca de tener casi las mismas atenciones casi los mismos controles, no ellos por ser más grandes, o por ejemplo en [un CS] que son más grandes y tienen más población, nosotros es como que estamos ahí, siempre, cerca de los números de ellos, nunca nos quedamos atrás, inclusive muchas veces hemos pasado a [un CS] en los controles.*

*Como que vienen y nos exigen papeles, números, papeles, números, papeles, permanente...*⁵⁶

Un aspecto importante de la hegemonía que opera a través de la organización pudo constatarse en las respuestas que referían de alguna manera al tiempo de consulta. El propio Menéndez hablando del sistema de salud mexicano y específicamente de la práctica en el primer nivel (aunque también en el sector de especialidades) afirma que el tiempo de consulta tiende a reducirse cada vez más, pero que esto no obedece exclusivamente al silenciamiento creciente de la palabra del paciente, sino que en el propio médico también tiende a limitar su palabra (Menéndez, 2004). Respecto de este tema fueron muchas las alusiones a la rapidez de la consulta, acompañada casi siempre de buscar luego de ella, una especie de refugio en el mate con los compañeros.

*Llega la gente, la sacamos rapidito y nos vamos... Mientras más rápido se vaya la gente mejor. Tenemos más tiempo después para sentarnos a tomar un matecito, un cafecito, charlar o vemos otra cosa.*⁵⁷

Esta burocrática y compleja organización sanitaria con su particular forma de expandirse, se encuentra también atravesada por cuestiones referentes a la organización de la sociedad toda, dentro de la cual el campo de la salud, o más bien la tecno-burocracia sanitaria juega un rol importantísimo. Si bien este análisis excede el alcance de la presente investigación, cabe al menos mencionar la situación:

A los profesionales de la salud pública, como grupo tecno-burocrático le corresponde la gestión tendiente a la articulación de las distintas formaciones presentes en la sociedad a través de la regulación y control de la medicina tanto en su práctica privada individual como colectiva, de la práctica ligada al hospital público y a las obras

⁵⁶ Responde a pregunta sobre lineamientos de trabajo.

⁵⁷ En respuesta a pregunta sobre la organización de la jornada de trabajo.

sociales y de las prácticas no médicas del campo sanitario. También depende de este aparato la ejecución de las políticas ligadas a la atención colectiva de la salud, entendiendo por tales las vinculadas a la promoción y protección de la salud del conjunto de la población (Iriart *et al.*, 1994, p. 30).

Probablemente relacionado con esta tecno-burocracia aparece la situación laboral de los profesionales de enfermería. Se entrevistó a dos licenciados que ocupan la función de jefes de área programática, lo cual significa estar a la cabeza de miles de habitantes en todo un departamento y dentro de él, varios centros de salud con su personal y todos los programas de salud respectivos. Estos profesionales (tanto como los que ocupan lugares similares en la provincia) se encuentran ubicados en el grado X de la Ley 2580 ya descripta, que es el menor grado de ese escalafón, y comparativamente un médico recién ingresado y con función exclusivamente asistencial (en una sala de hospital o en un consultorio de un CS) detenta el grado siguiente superior a éste. Esta es una situación que se mantiene a través de los años prácticamente sin existir reclamos desde el sector de enfermería. Otra situación encontrada es que profesionales de enfermería ubicados en cargos de la Ley 5525 (de no profesionales) suelen tener funciones jerárquicas, como un CS a cargo e inclusive más de un CS, lo cual constituye una situación sin más, ilegal. Sin embargo enfermería permanece sumida en el silencio que el modelo de organización burocratizada legitima. A esto seguramente subyacen aspectos del ámbito social aún más amplio que el sector sanitario, por lo cual en el presente estudio nos limitamos sólo a mencionarlo.

2.6.5. Medicalizando la enfermedad, la salud, la vida...

En este recorrido para el análisis de nuestros resultados, acompañado de la conceptualización sobre el MMH, llegamos a una característica que se expresa en forma clara en las entrevistas y que tiene también directa implicancia en el SIS. Nos referimos al “proceso de medicalización, es decir un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades” (Menéndez, 2004, p. 23). Al utilizar como categoría de análisis la descripción de Menéndez sobre “medicalización de procesos vitales” (Menéndez 1998; 2004; 2005) buscamos explicaciones a la forma en que los trabajadores del primer nivel significan sus procesos de trabajo relacionados con la información. Al respecto en este apartado describimos como idea principal la referencia a aspectos de la práctica tales como control de embarazo y de niño sano, que son naturalmente nivelados con drogadicción, diabetes y otros eventos del proceso salud/enfermedad/atención, en lo que entendemos como objetivación de la medicalización que opera en el sistema de salud.

A esta forma de tratar procesos vitales en forma de enfermedades, podemos sumar la explicación de Armus respecto de lo que acompaña al concepto de enfermedad:

Además de su dimensión biológica, las enfermedades cargan con un repertorio de prácticas y construcciones discursivas que reflejan la historia intelectual e institucional de la medicina. Las enfermedades también pueden ser una oportunidad para desarrollar y legitimar políticas públicas, canalizar ansiedades sociales de todo tipo, facilitar y justificar el uso de ciertas tecnologías [...] sancionar valores culturales y estructurar la interacción entre enfermos y proveedores de atención a la salud. (Armus, 2005, p.13-14).

Junto al proceso de medicalización se observa también que diagnósticos y terapéuticos que en épocas anteriores se hacían con el ojo y la mano del médico a partir de la recepción del síntoma del enfermo, hoy se realizan a partir de signos evidenciados por pruebas objetivas, lo cual tiene consecuencias para la relación que se establece entre el médico y el paciente (Menéndez, 2004). Este incremento del uso de tecnologías se desarrolla dentro de una práctica medicalizada en la que la relación entre médico y paciente se encuentra cada vez más intermediada por la tecnología y donde el diálogo queda reducido a un monólogo que nadie entiende (ni el paciente ni el propio médico) (Testa, 2006). Al respecto de este proceso de medicalización reforzado por el uso de la tecnología resulta pintoresca la descripción de Berlinguer sobre lo que este autor denomina “borrachera cultural”:

simultáneamente se ha difundido otra moda, casi una borrachera cultural, por el *check-up*, consultas médicas acompañadas por numerosísimos exámenes de laboratorio y comprobaciones instrumentales, o por el *screening multifásico*, que parte de análisis múltiples de los líquidos orgánicos para descubrir, como por un cedazo, casos de varias enfermedades [cursivas del autor]. Los gastos son altos, los resultados pobres. Se ha dicho malignamente que los médicos han encontrado por esta vía la manera de obtener ganancia, no sólo sobre los enfermos, sino que hasta de los sanos. (Berlinguer, 1994, p. 49).

Esta descripción no alcanza en forma exclusiva al médico individual, sino que está directamente relacionada con lo que mencionamos arriba sobre la alianza entre medicina científica e industria médica. Llegamos a observarse en el campo una verdadera confusión sobre lo que es enfermedad (de alguna manera propiedad del saber médico) y lo que no lo es (cualquier otro acontecimiento atravesado por el proceso de medicalización). En una entrevista en un CS de un barrio con sectores de población marginal, al preguntar sobre la población a cargo, un médico respondía: “veías drogadicción, veías chicas jovencitas embarazadas, eso teníamos muchas, muchas embarazadas adolescentes”. Respecto de

este tema no hubo posibilidad de reflexión, como si tal sesgo tuviera características indelebiles.

En esta línea aparece con absoluta claridad la medicalización particularmente de la mujer a través de sus procesos vitales (la vida fértil, la contracepción y el embarazo) y especialmente en la crianza de los niños, proceso en el cual se aplica una racionalidad que no es la que prevalece en los individuos y familias que utilizan los servicios (Bronfman, 2001). En relación al control de Papanicolaou se expresaron respuestas como “atendíamos las que pescaban las chicas y nos mandaban y les hacíamos Pap dos o tres por día, llegamos a una cobertura de 56% al año y medio”. Observamos también que tal como analizamos al principio, la forma en que el modelo biologista logra instrumentalizar personas que dejan de nombrarse como “pacientes” para denominarse solo “planillas”, acá las mujeres no son invitadas o convocadas para realizar una práctica preventiva sino que son “pescadas”.

También alrededor del embarazo abundan acciones bastante descontextualizadas, que en la parte más explícita del discurso han sido justificadas como prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Sin embargo estas acciones fuertemente promovidas no logran en la práctica evidenciar su relación con la salud de la mujer o con su bienestar, al menos en la forma en que dicha práctica fue relatada por los entrevistados. Estamos hablando de la Preparación Integral para la Maternidad (PIM), que es un programa provincial implementado en los últimos años, y que consiste en una especie de capacitación que “se da” a las embarazadas y que ha sido definido como un espacio educativo y de encuentro con otras mujeres gestantes. La parte educativa consiste en ofrecer charlas sobre cuidados higiénico-dietéticos, cambios en el cuerpo, lactancia materna y otros, con el objeto de que la embarazada se cuide correctamente, claro, tan correctamente como la biomedicina lo entiende o le exige.

Esta práctica se ha ido extendiendo a partir de la capacitación en ciertas temáticas, de profesionales del primer nivel que acuden al Hospital Rawson (el más grande y de mayor complejidad en la provincia) y en varios encuentros consecutivos y sistemáticos se los prepara en la serie de temas que luego “bajarán” a las embarazadas. Se trata de “dar una charla semanal” hasta completar todos “los temas que tienen que dar”, generalmente “repartiéndose los temas y cada uno da el que le toca”, cosa que se logra en unas diez semanas aproximadamente.

En el análisis de las entrevistas, al transcribirlas y trabajar en ellas, a pesar de conocer el campo y el vocabulario que suele usarse, nos resultó muy llamativa la forma en que fue abordado el tema, ya que en las respuestas en que los entrevistados aludían al mismo, las palabras repetidas eran “dar charlas” o “que tengan todas las charlas”. No escuchamos en ningún momento por ejemplo “acompañar”, “contener”, “disfrutar”, ni

tampoco otras con ese tenor. Ante el relato de un médico sobre que cada uno de los profesionales (médicos y no médicos) “da el tema que le toca dar”, le preguntamos con sus palabras si, a pesar de que no “les tocara dar el tema” todo el grupo de profesionales estaba presente en todas las charlas. La respuesta explicó que en todas las charlas están presentes la psicóloga y la asistente social, pero el médico solo está presente cuando “le toca dar su charla” debido a la demanda de atención en el consultorio.

Luego la modalidad para dar el PIM utilizada en algunos lugares es la participación abierta y voluntaria de las embarazadas, sin embargo, el grupo no se cierra nunca, es decir que una mujer que tiene ocho semanas de embarazo y es primeriza, es invitada a participar de charlas que no tienen que ver con su estado particular o el momento que atraviesa su embarazo, sino que se la invita a la charla que “toca” ese día. Esto también significa que no se forma un grupo estable que pudiera, más allá de las charlas, desarrollar vínculos que permitan a las mujeres en esta situación, acompañarse y contenerse. Un médico expresó:

- ¿Invitan embarazadas sin considerar edad de gestación, en cualquier momento del embarazo?
- *No, claro, cualquier mamá. Porque una vez que terminamos la última clase empezamos otra vez el ciclo digamos. Así que en lo que se enganchen ellas van a tener todas las clases.*⁵⁸

En otro lugar, coincidentemente en el CS que expresaron “pescar” mujeres para hacerles Papanicolaou, la modalidad no es invitar sino jugar con el factor sorpresa, es decir, darles la charla sin aviso a las embarazadas anotadas para su control médico. En este caso el entrevistado hablaba de las charlas para diabéticos, e inmediatamente refería al PIM, nivelando muy naturalmente la diabetes y el embarazo (tal como ya se mencionó la valoración entre drogadicción y embarazo adolescente) en esto que consideramos proceso de medicalización. El taller de preparación integral para la maternidad se convierte entonces en una charla sorpresiva y obligatoria para poder acceder a la consulta médica.

- *Igual que con el PIM, con el PIM nos pasaba lo mismo, lo hacíamos los viernes, pero todos los viernes vienen diferentes embarazadas, entonces siempre les tocaba un solo tema, o dos.*
- ¿Cuando han hecho este tipo de actividades⁵⁹, ya sea con el PIM o con otras cosas, qué respuesta han tenido del público, vienen pocos, o vienen todos los que invitan?
- *Si uno los cita es muy baja la cantidad que viene. O sea, si uno les entrega folletitos y les dice tal día se va a hacer tal cosa. Lo que tratamos de hacer es en la consulta, antes de la consulta, ahí. Dar el*

⁵⁸ Respuesta a pregunta sobre forma de organizar el PIM.

⁵⁹ Estaba refiriéndose a las charlas para diabéticos y mezclaba con PIM, significando que tanto un embarazo como una patología crónica ameritan por igual “dar charlas” y que tanto embarazadas como diabéticos, “tengan todas las charlas”.

*taller. Porque si lo hacemos después, ya se fueron. Entonces con las embarazadas damos lo mismo. El PIM lo damos antes de comenzar a atender.*⁶⁰

En esta gama de respuestas obtenidas en relación al PIM, aparece otra expresión: el PIM obligatorio y con aviso.

-Tenemos un cronograma de los temas y quién es la que lo va a ir dando al tema, vamos señalando qué temas se van dando... Lo feo de esto es que por ejemplo en el caso mío que doy puericultura, lo hemos dividido en tres partes porque era mucho, y a veces no coincidimos en que sean las mismas mamás, o sea, le dimos a un grupo de embarazadas la primer parte de puericultura y la segunda parte se la damos a otro grupo de mamás. O por ahí tocan por ejemplo temas de anticoncepción en donde son mamás ya muy grandes que ya la tienen re clara, y el grupo, porque hay grupos de por ahí que se juntan de mamás más jóvenes, justo ese día no les pudimos dar eso.

- ¿Es requisito para hacerse control acá?

- Es requisito. Ellas pueden elegir si quieren hacerse control acá⁶¹ pero lo único que les pedimos es que participen del taller... Por ejemplo cuando pasamos un power point o cosas así que lo hacemos en el SUM y le hacemos 15 minutos de ejercicio con la mamá y los otros minutos son para hablar de algún tema que tenemos fijado para ese día [...] Por ejemplo en los comienzos sabíamos que teníamos que tener ciertos minutos de ejercicio, que no podíamos hacerlo por falta de material, porque no teníamos colchoneta, porque no teníamos pelotita, porque no teníamos a veces tiempo, entonces veíamos un tema solamente y tratábamos de ver...

- ¿La idea del ejercicio en el PIM cuál es, enseñarle ejercicios para que haga la mamá en su casa, o es ejercitarse acá?

- En realidad es para que lo practique después la mamá porque es de relajación, sobre todo cuando viene el momento de la contracción, hay momentos de relajación donde a veces hay mamás que vienen acompañadas y les enseñamos para que les realice esos ejercicios la otra persona, para que le haga los masajes, cosas así, y ejercicios por ejemplo para las piernas.

- ¿Los usan luego ellas?

- Sí⁶², ellas vienen incluso y cuentan qué les enseñamos, qué hacer cuando están por ejemplo en una sala de parto, o van ya para parir en realidad y bueno, qué hacer cuando están con las contracciones

⁶⁰ Respuesta a pregunta sobre forma de organizar el PIM.

⁶¹ Se trata de un lugar sin transporte público y con escasas opciones de atención, por las grandes distancias y por la escasa oferta médica en otros lugares de la zona.

⁶² Se demora en contestar y el lenguaje no verbal expresa dudas.

*tan fuertes y todavía no las atiende la parte de enfermería ni en el servicio*⁶³.

Entonces llegamos a una referencia al PIM que nos parece interesante transcribir ahora a manera de interpretación de las respuestas anteriores, y que se constituye como excepción en los relatos en general ya que describe haber tenido problemas con sus compañeros de trabajo por oponerse a “dar PIM obligatorio”.

- ¿Ustedes dan (*usando términos que la entrevistada usa*) el PIM en forma obligatoria?

- *No, no... es como que en otros casos lo han hecho... yo sé que lo hacen, pero nosotros no lo hemos implementado de esa manera, porque es como que... ¡para que vengan, para que cumplan, porque queremos dar el PIM, claro! Yo no soy de la idea de condicionarlos. Igual que los diabéticos, los talleres que hacemos no los podemos condicionar... pero esa es una pauta mía: que creo que podemos aprovechar cada oportunidad para educar, la tenemos que aprovechar, porque ¡son personas! que están en el PIM⁶⁴ ... con toda confianza, están en el PIM y yo sé que están pensando en los cinco que dejaron! en el tiempo que están perdiendo! y cómo la estarán pasando los cinco que están con un papá golpeador, con un hermano abusador... No... o será que es de mi pueblo, tendrá que ver cuando conocés mucho a la gente de la zona, y eso me ha llevado a tener muchos roces con los profesionales, porque bueno, porque yo tengo un perfil bajo pero me duele mucho la gente⁶⁵, no podemos abusar de la gente, creo que el abuso lo implementás de todas maneras: yo no puedo hacer esperar a la gente porque yo tengo que llegar más tarde⁶⁶, o sea, lo que son esas cosas, para mí es violencia eso.*

En nuestra organización burocratizada, con práctica bióloga y medicalización de procesos vitales, del mismo modo que una mujer que va a parir paga con dinero u órdenes de obra social la atención en el subsector privado, cabe preguntarnos si en los CS públicos de alguna manera pagan también su derecho a la atención con su presencia en una o varias charlas, aun cuando en el primer caso el intercambio de dinero u órdenes es pactado por ambas partes, mientras que en el último caso, el servicio de salud les pertenece por legal y legítimo derecho. Nos parece que la situación descrita, aunque no alude a enfermedades sino a embarazos, al someter a este requisito a las mujeres más humildes se acerca mucho a las palabras de Berlinguer: “La enfermedad, a menudo, más que dolor físico es pérdida de

⁶³ Referencia al servicio de maternidad del hospital Rawson.

⁶⁴ Baja la voz y comienza a hablar casi susurrando y con mucha convicción.

⁶⁵ Se refiere a que “tiene perfil bajo” por ser de carácter apacible, de trato respetuoso, pero sin embargo logra imponerse al resto del equipo en casos como este, constituyéndose desde su modesto lugar en el equipo en defensora de los derechos de los que llama “mi pueblo” porque “me duele la gente”.

⁶⁶ Referencia a la permisividad del sistema para con el horario del médico.

poder o dignidad humana, que se traduce en prepotencia de los sanos, y que acentúa las diferencias sociales” (Berlinguer, 1994, p. 35)

Y entendemos que la mujer es quien está más fuertemente atrapada en esta medicalización, por cuanto se observan ejemplos de PIM obligatorio, pero no se pudo tener ningún relato referido a que se den charlas obligatorias para enfermos crónicos (diabéticos o hipertensos). El sometimiento al que está expuesta la mujer de escasos recursos económicos (entre sus embarazos y la crianza de sus hijos), con la exigencia de controles para el cobro de ayudas sociales y la entrega de leche, creemos que es lo que posibilita un programa o actividad como el PIM obligatorio. Este sometimiento de la mujer al proceso de medicalización basado en necesidades de todo tipo, principalmente relacionadas con la crianza de los niños, puede ser lo que de alguna manera ha hecho que esta mujer muchas veces cabeza de hogar, acepte dócilmente y sin reacciones aparentes la propuesta del sistema.

En cuanto a los trabajadores de salud entrevistados que relataron esta actividad, no logramos obtener respuestas claras de por qué o para qué se hacen estas y otras charlas. Dedujimos entonces que tampoco los entrevistados tienen esta respuesta, pero podemos encontrar alguna explicación a esto de invitar (algunas veces) o forzar (en otras) a los usuarios, principalmente a las mujeres, en el convencimiento de que es buena y necesaria este tipo de participación por parte del usuario de los servicios. En relación a esta participación comunitaria, Menéndez afirma que:

Debería resultar claro, contrariamente a las afirmaciones de agencias internacionales y gobierno, que los servicios de atención médica primaria pueden ser exitosos sin la participación comunitaria. Las fallas en la provisión de atención médica están causadas por incompetencia, corrupción o mala administración por parte de los funcionarios civiles, y no por falta de participación comunitaria. (Menéndez, 2006, p. 41)

Como decíamos, el relato respecto de las charlas dirigidas a diabéticos es diferente ya que la respuesta de estos grupos no es unívoca ni su comportamiento es tan dócil como el de las mujeres, ya que según las referencias obtenidas, los diabéticos simplemente “dejan de venir”. Pero también este grupo es sometido a prácticas que, tal como analizábamos en el caso de las mediciones antropométricas de los niños, no se trata de una necesidad de cuidados que el paciente diabético pueda presentar, sino que parece estar relacionado con la cantidad de atenciones que reflejan las estadísticas mensuales, y que desde el sistema se insiste en mejorar, es decir, aumentar. Ello resulta en que los trabajadores terminan haciendo como ya dijimos, lo que se les pide. Entonces la persona que depende del CS para

tener su medicación, en algunos casos debe someterse al control médico con una periodicidad disociada del cuidado de su salud.

- ¿Todos los meses les exigen el control médico⁶⁷?
- *Todos, a los diabéticos sí. Yo los controlo todos los meses, tienen su día, los días jueves. Que saben que no tienen que venir a las seis de la mañana a hacer cola porque ya saben que ellos ese día, es el día de ellos, se los atiende.*
- ¿Qué se hace en ese control?
- *Se les hace control de glucemia, tensión arterial, índice de masa corporal, el peso, la talla.*
- ¿Mensualmente?
- *Mensualmente, sí, mensualmente...*
- ¿Quién vio esa necesidad de trabajar con los diabéticos⁶⁸, o por ejemplo, si hay muchas cosas para hacer, quién decide si trabajan con diabéticos, embarazadas, accidentes del hogar o cualquier tema?
- *No, fue en... no en realidad fue la psicóloga que ella quería participar en, como ella viene los días jueves, y los jueves vemos los diabéticos, nos comentó que en [nombre de CS] estaban haciendo ese proyecto dice ¿y si lo implementamos acá? Bárbaro porque vos venís los jueves, los jueves están. Nos cerraba todo. Entonces y la verdad que con diabéticos se ha trabajado hace años que se dio la parte de alimentación y no se volvió a trabajar más. Con las personas con las que más hemos estado trabajando son con las embarazadas, con el tema de PIM.⁶⁹*

Otro aspecto develado en las entrevistas es la medicalización del crecimiento del niño en los programas materno-infantiles que, en principio para combatir la vulnerabilidad social y luego para convencer a la población y automatizar su concurrencia a los CS, acompañan este crecimiento con entrega mensual de leche, en razón de 2k durante el primer año de vida y 1k mensual en el segundo. Estos programas que son operados en todo el país, también se implementaron como forma de atraer a las madres y en el tiempo tuvieron adecuaciones a diferentes realidades sociales. La atención con ayudas alimentarias a grupos vulnerables ha sido una constante en nuestro país desde los años 70 y se reconocían dos formas principales: la alimentación a través de comedores escolares y la entrega de lecha a embarazadas y niños de hasta 2 años (del Valle, 2008).

Durante los años 80 y 90 este tipo de programas de contención social tuvieron diferentes reformulaciones (entre otras, la caja PAN del Programa de Ayuda Alimentaria) las cuales no tenían limitaciones muy claras y eran más bien consideradas medidas de emergencia. A partir del año 2002 dichas políticas fueron unificándose y direccionándose

⁶⁷ Los consensos actuales aconsejan en enfermos crónicos controles trimestrales, semestrales o anuales, dependiendo de la evolución y del estadio de la enfermedad.

⁶⁸ Ha mencionado antes un proyecto para llevarlos a caminar al parque.

⁶⁹ Responde a pregunta sobre organización de su día de trabajo.

con claridad a determinados grupos vulnerables, descentralizándose también los fondos para estos programas, que pasaron de tener manejo nacional a recibir las provincias los fondos para organizar sus propias ayudas alimentarias (del Valle, 2008).

En la última década la entrega de leche a embarazadas, niños menores de 2 años y niños de hasta 5 años en condiciones de desnutrición o bajo peso, ha sido manejada desde los sectores ministeriales de maternidad e Infancia. La leche se entrega a la mamá en la farmacia de los CS, con la condición de que cumpla con los controles médicos necesarios y la vacunación del niño según edad. Está expresamente prohibido entregar la leche correspondiente si la mamá no acredita la vacunación del niño, lo cual constituye una condición ante la cual la madre no tiene posibilidad de elección.

De igual modo, en el sistema de cobro de la Asignación Universal por Hijo (AUH) la madre o responsable del niño percibe un monto mensual del que se retiene un porcentaje, cuya suma es abonada en una entrega anual, previa presentación de la Libreta de AUH con las firmas correspondientes. Estas firmas pertenecen al sistema educativo por una parte y al de salud por el otro. La hoja para certificar que el niño ha recibido los servicios de salud que corresponden según su edad en todo el año anterior, incluye afirmar que tuvo controles de salud según necesidad, e implicaría las prácticas preventivas, consulta odontológica, oftalmológica y todo lo necesario para detectar precozmente algunas patologías, sin embargo en la práctica esta firma de libretas de AUH se ha convertido en una revisión del carnet de vacunas del niño, algunas veces sin ningún otro requisito. Tal como se analizaba al referir a la planilla del Plan Nacer, la medición antropométrica en este caso no se realiza en los CS con la frecuencia normada sino cada vez que la madre va a retirar la leche del niño que puede o no estar afiliado al PN, y puede o no cobrar AUH, es decir: peso, talla y vacunas cada vez que la mamá acerca su hijo al CS.

Consultando a los entrevistados sobre esta práctica de medir al niño en cada visita al CS en la mayoría de los casos recibimos respuestas que denotaban automatismo en la práctica y falta de reflexión sobre la tarea particular en el control del niño en la consulta. En algunos casos los entrevistados respondieron que medían al niño cada vez “porque lo pide farmacia” sin embargo no es el sector de farmacia quien toma esta decisión. En otros casos respondieron que se debía a una exigencia del PN, pero en realidad tampoco es literalmente así. Lo que sucede en general es que ambos sectores (PN y farmacia) poseen planillas en las que se consignan datos de los niños (peso, talla, percentilos, índice de masa corporal), pero no está indicado formalmente en ningún sitio que esos casilleros deban llenarse cada vez que concurre el niño con nuevas medidas. Por este asunto en una oportunidad consultamos al responsable técnico provincial de PN sobre esta directiva que se transmitía de boca en boca, sobre medir repetidamente a los niños sin necesidad, y el propio responsable comentó no saberlo, y nos aconsejó con sentido común: medir al niño solo

cuando éste lo necesite. Con la entrega de farmacia hicimos el mismo tipo de indagación, y este personal no lee estos datos ni tampoco exige peso y talla nuevos cada vez. Simplemente el personal médico y de enfermería, al ver un casillero que dice “peso”, pesan al niño, y así sucesivamente, sin reflexionar más allá de la obediencia al casillero vacío. Se preguntó a los entrevistados al obtener respuestas sobre la práctica automatizada de medición sin relación con la necesidad del niño, si habían concurrido al sector de farmacia o de PN para hablar de este asunto, y todas las respuestas coincidieron en negar tal acercamiento y sin mediar otra explicación. Simplemente obtuvimos en todos los casos un “no, no he ido”.

En este proceso de medicalización principalmente de mujeres y niños, proceso que cubre sus crecimientos, sus desarrollos y su vida toda, se genera una cantidad importante de datos que según respondieron los entrevistados, no se leen ni analizan, y como describimos al comienzo del trabajo, la cantidad de planillas que se juntan en oficinas de los directivos zonales no permitiría (por razones de tiempo material para ello) tampoco su lectura. Por tanto también esta medicalización nos aporta argumentos que indican que el proceso de trabajo así caracterizado no permite al trabajador otorgar a la información el sentido de insumo para la gestión.

Las consecuencias de este proceso de medicalización en el SIS son contundentes: si se “pescan” mujeres para hacer Papanicolaou, si se obliga a embarazadas a “estar” en las charlas del PIM, si se mide a niños mensualmente porque las planillas de PN y del programa materno-infantil presentan un casillero, o si se exige a un enfermo crónico entrar al consultorio médico en forma mensual sin desearlo ni necesitarlo, muy probablemente el trabajador atrapado en esta práctica tenga serios inconvenientes para identificar lo que indagamos como “información de salud”, ya que su subjetividad está construida en un modelo que instrumentaliza al trabajador y al usuario, y del cual no es tarea simple salir.

2.7. El SIS en los CS del primer nivel: ¿qué información de salud?

A lo largo del análisis fuimos asociando diferentes características del MMH a las consecuencias que pueden tener en el SIS que analizamos. Si bien es cierto que manejamos para ello una conceptualización teórica que en ocasiones podría resultar con un nivel de abstracción incompatible al proceso de trabajo que estudiamos, a través de las respuestas de los entrevistados pudimos observar ciertas implicancias prácticas de algunos rasgos de la institución médica actual en el proceso de trabajo que sustenta el SIS.

Una parte de las preguntas que realizamos en todas las entrevistas estuvieron dirigidas directamente a recabar opiniones sobre el SIS en general y sobre la información que el CS usa y/o produce. Ante esto encontramos una serie de inconvenientes

manifestados por los entrevistados que confirman obstáculos ya reconocidos desde hace tiempo en quienes estudian el tema, quienes operan el sistema y en los documentos y normativas que describen nuestro SIS según ya se expuso y que en nuestro modo de ver están asociados al MMH que atraviesa todo el sistema y que configura una práctica particular.

Ya mencionamos el inconveniente que presenta el círculo del dato, la información, el conocimiento y las decisiones, que no alcanzan a entrelazarse y funcionan en forma aislada (Spinelli, 2005) y los problemas relacionados con registros asistemáticos, falta de soporte magnético para manejarlos, datos que se recolectan sin llegar a convertirse en información que permita intervenciones y envíos de datos a niveles centrales que no son seguidos de devolución (Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006). También describimos la abundancia y la complejidad de los registros usados en el primer nivel y la superposición de programas que duplican la información y complejizan el proceso de trabajo. En el caso particular de enfermería, estos trabajadores llegan a escribir el mismo dato repetidas veces en el momento de atender a un niño o una embarazada: registro en la planilla diaria de actividades propia de enfermería, en la historia clínica y en la libreta materno infantil mínimamente, y se agrega a esto que en algunos casos nos relataron que conjuntamente van llenando la planilla del PN. A modo de ejemplo de esta profusión de planillas a llenar, algunos entrevistados expresaban:

- ¿Tienen información de salud suficiente para trabajar?
- *Y no, no funciona bien, lo que yo noto malo quizás es que los programas que nos bajan no hay una relación entre ellos, entonces muchos se superponen y por ahí se complica. Entonces por ahí que lleva la información, el que quiere bajarla, el que quiere aplicarla, es un lío, porque te marcan pautas que algunas son muy comunes y se quedan superpuestas, entonces es algo que por ahí confunde.*

...lo que te mata más que nada acá es el escribir, el escribir te quita mucho tiempo, las planillas de vacunas que tienen tantos datos, la planilla diaria de enfermería que también tiene datos, que tienen que quedar escritos... y bueno son cuestiones que nos están pidiendo y que las tenemos que hacer, pero eso nos quita mucho tiempo.⁷⁰

Hay reuniones, o cosas que se hacen que nos ignoran: "ah me olvidé de avisarle a las del CS... que tal cosa". Información importante y cosas que hacen al funcionamiento del equipo de salud, que nosotras no las manejamos. Programas, información, como que después vienen con los apuros de que quieren el informe de tal cosa y hacerlo en esta planilla y nadie llamó en tiempo y forma y te dijo mirá esta planilla va a estar, la va a manejar tal y tal persona, se tiene que realizar así y así, para tal cosa y ustedes le tienen que

⁷⁰ Responde a pregunta sobre organización de su día de trabajo.

enviar en este... no. Te mandan un montón de planillas así que da desgano y bueno, a mí me parece que no, que eso está faltando... más...⁷¹

Recapitulando cuestiones referidas al SIS, podemos sintetizar alusiones constantes:

- expresan que no leen ni analizan las planillas que se confeccionan a fin de mes y que resumen el trabajo de las diferentes áreas de trabajo del CS, sino que son elaboradas lo más rápido posible para poder cumplir con la exigencia de entregar los resúmenes mensuales en las fechas determinadas para ello;
- el mayor caudal y complejidad de registros están dados por los que pertenecen a vacunas;
- el C2 está manejado por administrativos y el equipo de salud no tiene conocimiento de la información que contiene, como tampoco de su evolución a lo largo del año o su comparación entre diferentes años;
- asocian “información de salud” a datos técnicos sobre vacunas y referencia científica a patologías; a comunicación de normas y reglamentos y también a cantidad de prestaciones;
- desvalorizan la información como insumo para el trabajo (un médico refiriéndose a un boletín epidemiológico periódico provincial dijo: “no, ni suma ni resta, está colgado ahí”);
- la información es un tema administrativo y por ende lo maneja personal administrativo;
- tanto en el caso de los responsables médicos del CS como las personas de enfermería en igual situación, asocian su trabajo en gestión u organización en el CS como a “encargarse del papelerío”, significando para el médico la firma de ese papelerío y para enfermería el llenado, envíos y ordenamiento del mismo;
- los datos o información que manejan, los resúmenes que confeccionan y envían a las zonas, es exclusivamente lo que se les pide (“dependiendo de lo que ellos nos demanden o nos pidan, hay información que nos piden semanalmente como hay información que por ahí son dos o tres veces a la semana [...] que las manejan así”);

De igual manera, además de recoger manifestaciones de problemáticas reconocidas y cuyos supuestos estaban presentes al iniciar nuestro trabajo de campo, surgieron otros asuntos que nos llamaron la atención. En un caso intentamos hacernos entender en la

⁷¹ Responde a pregunta sobre si tienen toda la información de salud que necesitan para trabajar.

pregunta sobre cuál información de salud les resultaba útil para trabajar, y se produjo el siguiente diálogo.

- En cuanto al tema específico de la información de salud, vos particularmente, el trabajo que desarrollás en el día, en el mes o el semestre, ¿planificás o te basás en algún tipo de información?
- *Por ejemplo vayamos a algo específico⁷²... concretamente en inmunizaciones... ¿como información de qué tipo?*
- Si por ejemplo vos tenés q planificar “el mes que viene hagamos tal cosa” en base a información de salud que tengas, de algún tipo...
- *Sí. Como te decía, si yo sé que tal día voy a salir a una escuela a vacunar niños de 1º grado, me baso en la cantidad de niños, sin antes ver los carnets⁷³, porque es el día que vamos a la escuela donde antes ya les piden que lleven el carné y yo me baso solo en la cantidad.*
- ¿O sea que antes vos vas a pedir la cantidad de niños que hay?
- *Sí, pido la cantidad de niños de cada grado, en las escuelas siempre pedimos cuántos grados hay, por ejemplo en la escuela vecina tienen tres primeros grados y tres sextos grados no así en la [nombre de un barrio] que tiene menos cantidad de alumnos, menos primeros, menos sextos, la matrícula es pequeña... la escuela de al lado tiene una matrícula de 30 por aula...*
- ¿O sea que básicamente el trabajo con escuelas es el que se basa en información previa para poder programar ciertas cosa?
- *Sí, para poder programar una actividad, sí*
- ¿Programación de actividades a más largo plazo puede haber?
- *No, no programamos ninguna. [...] Se está trabajando con crónicos...*
- ¿Qué se está haciendo con ese tema?
- *Seguimiento. Hemos separado las historias clínicas de crónicos que incluye diabéticos e hipertensos y con ello estamos actualizando la información porque nos hemos encontrado con pacientes que no vienen hace muchísimo tiempo, hemos tomado el [nombre de un barrio] y estamos viendo si ya no vienen más, o si tienen obra social... algunos nos hemos encontrado con casos que no vienen porque ya han fallecido.*
- ¿Eso lo está haciendo la gente de estadística?
- *No, el Promotor de Salud, el Agente Sanitario y enfermería⁷⁴.*
- ¿Y la idea sería cuál? ¿Qué planean hacer una vez que tengan esa información más actualizada?
- *Primero tener la cantidad, no solamente para medicación⁷⁵, si bien diabéticos los maneja PROSADIA⁷⁶, aparte de saber la cantidad, tenerlos controlados.*

⁷² Duda, no sabe qué responder. Al no entender la pregunta pide que le hable en forma “específica” en el sentido de que me refiera a temas que conoce, y a continuación pide que ejemplifique la pregunta con el tema vacunación.

⁷³ Hace referencia a que se basa en el número de niños para calcular las vacunas que llevará a la escuela, a pesar de que muchos de esos niños, al observarles el carnet, podrán o no necesitar vacunación.

⁷⁴ Menciona tres tipos de trabajadores separados, pero todos componen el personal de enfermería, con la misma dependencia y actividades.

⁷⁵ Aparece en primer lugar el tema medicación cuando habíamos preguntado sobre seguimiento.

⁷⁶ El programa provincial nominaliza los pacientes para la entrega de medicación mensual.

- ¿Controlados en qué sentido, qué podrían llegar a abarcar?
- *Bueno por ejemplo que tengan el laboratorio, que tengan control de peso, talla y tensión arterial, o sea ir afinando un poquito toda la atención primordial que deberían recibir, o sea, todavía ninguna actividad extra-muro pero sí los controles*
- Y al respecto de esa información que producen en las planillas de vacunación cuando van a las escuelas y que luego resumen ¿la leen, conversan entre ustedes, analizan en algún momento?
- *No, no nos ponemos a mirar más allá del resumen, no. [...] No, no hemos hecho ningún tipo de análisis.*

En el conjunto de relatos pudimos observar una diferencia entre las respuestas del sector de médicos y las de enfermería. En ningún caso la pregunta sobre información de salud era comprendida en la acepción que guió nuestro trabajo, y al cambiar vocabulario y explicar la pregunta con otros términos, ni médicos ni enfermeros expresaban conocer más que, como dijimos, normas y actualización técnica sobre vacunas y patologías. Sin embargo en el transcurso de cada entrevista, el médico no expresaba información demográfica o de morbilidad de la población, no así el personal de enfermería que abundó en datos referidos a su población y en algunos casos, a enfermedades prevalentes. Pero curiosamente esta información con la que enfermería describía su población no era asociada a nuestra pregunta sobre información de salud y su utilidad para trabajar. Este es otro asunto que nos llamó la atención y que creemos se relaciona con la contradicción en la que se encuentra el trabajador del CS, según ya expresamos.

Otro punto nos resultó también llamativo, y que recapitulamos acá pero ya fue mencionado en el análisis de la información obtenida en entrevistas (2.6). Se trata de la información de salud repetida y fuertemente asociada al control (control del trabajo del empleado y de las cantidades de prestaciones) y resúmenes estadísticos, que no son leídos, compartidos ni analizados, pero sí son usados para “cubrirse”. Aún se expresó el uso de la historia clínica como elemento para cubrirse de quejas, de las auditorías que realizan desde los programas, etc. La presencia de expresiones de este estilo fue constante, y eso nos lleva a preguntarnos sobre cuál es el tipo de información que puede generarse en estas condiciones. Entendemos que la información que produce un CS en cualquier formato (papel o electrónico, resumen diario o mensual, etc.) tendrá un sustrato con connotaciones de verticalidad, control y probablemente miedo, que se trasluce en la calidad de dicha producción.

Al plantearnos al comienzo el significado de dato, información y conocimiento, entendíamos una secuencia que necesariamente debía retro-alimentarse y que exigía por parte del trabajador de salud, una necesaria motivación o intencionalidad para que esta información se transforme en conocimiento. A partir de allí analizábamos la importancia de la conceptualización DICCA (Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006) principalmente por la

introducción del componente comunicacional en el análisis del SIS. Frente a las expresiones de los entrevistados, especialmente en lo que se refiere al control (entendido como manifestación autoritaria que amerita “cubrirse”, “protegerse”) que se realiza a través de lo que entienden como información de salud (“papelerío”) entendemos que la secuencia dato-información-conocimiento, tal como afirma Spinelli, está rota o nunca estuvo unida (Spinelli, 2005). Creemos que la secuencia se quiebra en el mismo dato, que es llenado de manera irreflexiva y cuyos agregados mensuales son conformados con un sentido de obedecer a la autoridad y cumplir la orden, que aleja la posibilidad de involucramiento por parte del trabajador, que en realidad está interesado y preocupado por otras cuestiones (cubrirse o protegerse) antes que por adquirir intencional conocimiento de la salud de su población. En base a este análisis, si nos preguntamos ¿qué información puede producir el primer nivel? ¿qué información le interesa buscar al trabajador de este sector del sistema? ¿qué mueve a escribir o no los datos y a transformarlos o no en información y en conocimiento? creemos que estamos ante problemas más profundos que la propia información de salud y que tienen que ver básicamente con los intereses que motivan o no la comunicación y con la propia aptitud comunicativa de estas personas.

Respecto de la utilidad o no de la información de salud para el trabajo y de la disponibilidad o no de la misma, una médica reflexionaba así:

...el médico no se interesa en buscar, porque si bien después no nos devuelven a uno por uno la información, pero qué sé yo, por ejemplo, la parte de epidemiología manda el Boletín Epidemiológico⁷⁷, el Comunicar Salud⁷⁸, nos pasan toda la parte de cómo viene la parte de infecciones respiratorias, y eso lo mandan... O sea, obviamente no mandan a CS por CS... pero después está la información estadística... No la buscan en realidad, no todos tenemos acceso al Comunicar Salud, ni tenemos acceso a la parte de epidemiología, pero si uno lo busca, está, si uno va a salud pública⁷⁹ sabemos cómo vienen los cuadros respiratorios o cómo vienen los cuadros infecciosos, o si estamos frente a otra epidemia. Lo que pasa es que no... todos estamos sentados atrás de un escritorio y de ahí no nos movemos [...] yo te diría, bueno, que le preguntes a cualquier médico de cualquier zona con qué población cuenta y no te va a saber decir qué población tiene... Porque no. La verdad que acá a la mayoría le interesa venir, atender e irse. O sea cumplir con la tarea de atender como se pueda y salir a otro lado. Desgraciadamente, porque así vivimos, de ir acá, de ir allá, qué sé yo. Y bueno, que no hacen acá lo mismo que en la parte privada. Son tratos diferentes con los pacientes. Porque uno lo ve. Pero a nadie le... no a todos les interesa saber qué pasa o qué...

⁷⁷ Boletín electrónico elaborado periódicamente desde el nivel central y distribuido a todos quienes dejan datos de correo electrónico.

⁷⁸ Revista semanal electrónica elaborada desde nivel central que se distribuye todos los viernes masivamente a todo aquel que ofrezca su dirección de correo.

⁷⁹ Ministerio de Salud Pública.

2.8. Los sonidos del silencio.

Del análisis de las expresiones de los entrevistados hemos deducido que sus motivaciones e intereses, tanto como el sentido que otorgan a los datos que registran y a la información de salud en general, no están muy cerca de la idea de obtener información de calidad para poder gestionar en salud. A partir de un SIS atomizado, entendido y planteado con una orientación diferente a la de los actores encargados de desencadenar procesos de recolección de datos y de intervenir en las realidades locales, podemos comprender al menos parte de los viejos obstáculos que se presentan en estos sistemas. Aparece en este punto un aspecto que creemos importante acercar nuevamente a nuestro análisis porque pensamos que es central para el mayor entendimiento de la problemática y también porque constituye una posible salida ante la complejidad del tema planteado. Según los autores de la propuesta DICCA:

Si nos limitamos a los SIS tradicionales nos limitamos a DIC⁸⁰ y quedamos encerrados en una lógica normativa. [...] Se entiende lo normativo como un momento dentro de la planificación, en relación con otros momentos también significativos. Por lo cual no es viable gestionar la producción y aplicación de información de salud solamente con un pensamiento normativo (Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006).

Los autores otorgan una jerarquía poco usual en el tratamiento de los problemas de los SIS al tema de la comunicación, al incorporar el concepto de la organización como red de conversaciones, discriminando diversos tipos de organizaciones según la calidad de sus conversaciones (Flores, *apud* Alazraqui, Mota & Spinelli, 2006). Es un punto que nos parece medular para explicar el SIS del primer nivel provincial, debido a que no nos fue posible obtener evidencia de que los trabajadores entrevistados desarrollaran sus aptitudes comunicativas en el proceso de trabajo que conforma su práctica sino que más bien tuvimos indicios de que el aislamiento en que se encuentran estas personas es marcado.

2.8.1. Las palabras.

Si analizamos los significados que los entrevistados otorgaron a ciertas palabras podemos acercarnos a la subjetividad que construyen en su proceso de trabajo. Por ejemplos ya mencionados es que decimos que el tema de la comunicación es central y en algunos momentos durante el trabajo de campo tuvimos la sensación de estar hablando un idioma diferente. Basta recordar el significado otorgado a “médicos abiertos” que no rechazan pacientes; información de salud como “planillas de los programas” (engorrosas de

⁸⁰ Dato-información-conocimiento

llenar y consideradas como la parte más desagradable del trabajo) o como actualización de enfermedades con datos científicos. Cada vez que utilizamos en nuestras preguntas la palabra “registro” fue entendida en forma totalmente dissociada de su implicancia para el levantamiento de datos y para el logro de la información. “Registro” fue asociado siempre a “papeles” o “papelerío” y se le otorgó valoración negativa con el argumento de que constituye un impedimento u obstáculo para el trabajo diario. Los significados otorgados por los entrevistados a los asuntos relacionados con la información de salud son evidencia de la gran distancia que separa el SIS del proceso de trabajo en el primer nivel y de sus prácticas comunicativas. En el cuadro de la página siguiente se observa un listado de asociaciones (Cuadro 6).

2.8.2. Los silencios.

Entendemos que en el lenguaje verbal, del mismo modo en que sucede con el lenguaje musical, el silencio es en sí mismo expresión importante y adquiere un sentido que puede ser interpretado según el espacio en el que cada silencio se ubica. Entre los CS recorridos durante toda nuestra investigación (la fase exploratoria y la fase cualitativa) encontramos escasos lugares con teléfono y prácticamente ninguno con internet. A pesar de que generalmente tuvimos buen diálogo en todas las entrevistas, creemos que hay una gran barrera de silencio que atraviesa el campo en forma evidente y manifiesta por los entrevistados, y pensamos que opera generando un aislamiento que no está problematizado al interior de los equipos de trabajo, a pesar de que en algunos casos fue mencionado (“estamos acostumbrados a trabajar cada uno en su isla”). Testa reflexiona sobre el origen de este aislamiento:

“Dije que el origen de la pauta de desconexión es difícil de rastrear. [...] pero no puedo dejar de notar que existe un paralelismo con la organización de tipo burocrática de los procesos de trabajo, base fundamental de la prioridad de la eficiencia (normal o patológica) de los mismos, en la que tampoco es necesario hablar para que las instituciones funcionen, ya que la cadena de gestión solo requiere la circulación de expedientes o memorandos entre funcionarios, no el contacto entre seres humanos”. (Testa, 2005, p.39).

Comparando la organización que describe Testa con nuestro campo en el primer nivel de atención, rápidamente advertimos que no se trata de lugares similares en cuanto a que expedientes y funcionarios suelen circular en niveles centrales, sin embargo no podemos dejar de asociar el “papelito” que se mencionó repetidamente en entrevistas de enfermería, a modo de expediente que circula en el CS. (Continúa en pág. 116).

Cuadro 6: Algunos ejemplos de asociaciones de palabras. San Juan, 2010.

Palabras interrogadas	Palabras repetidamente asociadas en las respuestas	Algunos ejemplos
personas/pacientes	planillas	¿Cuántas personas podés atender en una mañana? “Me veo dos planillas”
consulta médica	examen físico	“Estás todo el tiempo llenando papeles, o sea que no te queda tiempo para la consulta, o sea el examen físico”
población	historias clínicas	¿Más o menos qué población tiene a cargo este CS? “Tenemos unas 2500 historias clínicas”
seguimiento de pacientes	ordenamiento/separación de historias clínicas	¿Hacen seguimiento de pacientes? “Sí, tenemos separados los de bajo peso, los crónicos...”
compartir	repartir	¿Los profesionales comparten las charlas del PIM? “Sí, nos repartimos los temas y cada uno da el que le toca”
reunión	problemas	¿Suelen reunirse para conversar algunas cosas? “Sí, pero solo los que están relacionados con el problema”
información de salud	planillas/notas/reglamentos/papelerío	¿Hay algún responsable de toda la información del CS? “Sí, la secretaria se encarga del papelerío”
evaluar	contar cifras/sacar porcentajes	¿Cómo evaluaban? “siempre a fin de año presentábamos resultado de cuántos pacientes atendidos.”
compartir información de salud	comentar números	¿Comparten información de salud? “sí: mirá, vos sabes que tuve 100, tuve 50”

Fuente: Elaboración propia en base a entrevistas.

Comparando la organización que describe Testa con nuestro campo en el primer nivel de atención, rápidamente advertimos que no se trata de lugares similares en cuanto a que expedientes y funcionarios suelen circular en niveles centrales, sin embargo no podemos dejar de asociar el “papelito” que se mencionó repetidamente en entrevistas de enfermería, a modo de expediente que circula en el CS. Resulta ser que por la organización en torno al horario de médicos o por la atención paralela en más de un consultorio, el enfermero muchas veces no llega a registrar los datos de su trabajo en la historia clínica (tensión arterial, medidas antropométricas, etc.), porque al momento de obtenerlos dicha historia ya se encuentra en el consultorio médico. Entonces sucede que en todos los casos se utiliza un “papelito”, mencionado siempre así en diminutivo, probablemente por su tamaño que suele ser un pedazo recortado de otro papel más grande. Este trozo de papel contiene las medidas de un niño o los valores de tensión arterial, sin nombre, fecha ni ningún otro dato, y es entregado a la madre o al adulto de que se trate, para que a su vez se lo entregue al médico cuando entre al consultorio. No obtuvimos explicación a este procedimiento, ya que el médico se encuentra generalmente a escasos pasos de donde el personal de enfermería hace su trabajo, y acercarse a la historia clínica que está en el consultorio médico y registrar allí los datos, insumiría exactamente el mismo tiempo que entregar el “papelito”. Por ello lo asociamos al expediente al que refiere Testa en la cita previa y entendemos acá una forma de silencio, que evita por ejemplo el pedir permiso para entrar al consultorio, cruzar algunas palabras para decir que se va a registrar algo en una historia clínica, etc. Estas palabras simples son reemplazadas por la orden dada al paciente “entregue este papelito al médico”. La situación fue relatada en varias oportunidades y también pudimos observarla, y solo podemos entenderla como el “cada uno en su isla”.

También entendemos que hay silencio en la consulta, entre el médico y su paciente, como ya lo analizamos en la reducción del tiempo de su duración, a partir del recorte (o silenciamiento) de la palabra tanto del paciente como del propio médico (Menéndez, 2005). Y también fue reiterativa su manifestación por parte de los entrevistados. Así una médica nos expresaba:

...me cuesta mucho el registrar y el escribir, sacar percentiles, entonces por ahí me doy cuenta que la madre entra yo la saludo le digo “hola mamá, cómo está? lo ha pesado?” Y estoy tres o cuatro minutos escribiendo sin hablar con ella, entonces ya me he dado cuenta que por ahí les tengo que preguntar, hablar un poquito mientras voy escribiendo. Pero es como que uno tiene que escribir tanto que al final perdés el hablar con la madre, o te das cuenta que ni siquiera te das cuenta quién es la madre, o la madre te dice “yo

*vine ayer”, y por ahí ni la has mirado... llega un momento que, o hablás con la madre o escribís.*⁸¹

Hay silencio en los usuarios de los servicios, por ejemplo en un pequeño barrio con alto nivel de marginalidad, en el que en los días previos a nuestra visita hubo un asesinato entre hermanos y asuntos de gravedad similar. En el CS (ubicado dentro del barrio) nos manifestaron: “con el público no hay problema, acá la gente es re-participativa” sin llegar a problematizarse ninguno de los hechos que en el barrio se vivían. La problemática de salud y de la vida diaria del barrio no es mencionada en la entrevista, ni aún en las preguntas que aludían a la relación con el público.

Hay silencio desde el CS hacia el resto de los lugares similares, a pesar de que algunos de ellos se encuentran a menos de diez cuadras (un kilómetro). Se expresaron quejas reiteradas de usuarios por mala atención en un CS determinado, que eran recibidas por personal de un CS cercano. Al preguntar si habían hablado ese tema con la gente de donde provenía la queja, recibimos negativas justificadas en: “se van a enojar” o “no te van a entender”. Esto de no poder hablar con compañeros de otro CS termina silenciando también la queja del usuario, que es desoída por no poder ofrecerle respuesta, y como resultado estos pacientes que pudieron expresar su queja, terminan callando y optan por acudir a lugares más lejanos para su atención médica.

Creemos que también hay silencio desde las autoridades a quienes varios entrevistados manifestaron haber pedido visitas, reuniones, espacios para conversar o plantear algún problema. Los relatos simplemente expresaron no haber tenido respuestas, o la respuesta del superior fue “ya vamos a ver”. Hubo quien manifestó angustia al relatar que nunca recibía visitas de superiores, que permitieran al menos conversar algunas cosas (“¡tengo muchos problemas y estoy muy sola! Y me pone de mal humor el hecho de que por ahí te exijan cosas sin darte los medios...”). Nos relataron que en reuniones se bajan lineamientos técnicos pero no se problematizan las situaciones que rodean a una actividad o estrategia determinada. También relataron que “piden” estadísticas (las autoridades) pero nadie pregunta cómo están (en el CS), qué pasa, qué problemas tienen. Esta falta de palabras, de escucha y de problematización del aspecto comunicacional de las prácticas en general y del proceso de la información en particular, resulta en que “estamos acostumbrados a trabajar cada uno en su isla, nos informan cómo tenemos que hacer las cosas pero después cada uno hace lo que quiere”.

Opinamos que estas situaciones van limitando en el tiempo no solamente la aptitud comunicativa de los trabajadores, sino también su capacidad de reflexión. Sucedió

⁸¹ Respuesta de una médica que al final de la entrevista (sin mediar pregunta nuestra) reflexionaba sobre su forma de comunicarse en la tarea diaria.

prácticamente que todos los entrevistados, ante la pregunta de si tenían reuniones con usuarios, mostraban una expresión que creemos de sincero asombro, de quedarse sin palabras; sus rostros nos mostraron que verdaderamente se sorprendían con nuestra pregunta. Algunos dijeron “¿cómo, con los pacientes?”, y al confirmar la pregunta manifestaban un rotundo “no” sin poder agregar palabras o explicaciones. En otros casos, luego del mismo asombro inicial, agregaron “a veces damos charlas en la sala de espera”, o sus respuestas derivaban hacia la narración de las charlas del PIM ya analizadas, u otras similares. En este tema insistimos, tratando de obtener alguna explicación a la falta de escucha al público que tiene en general una presencia bastante regular en un mismo CS y preguntamos: “¿Alguna vez les han preguntado sobre sus intereses, sus preferencias, han tenido algún acercamiento para escuchar al público?” Y la respuesta fue “Nunca se nos ha ocurrido preguntarles”. Y entendemos que de alguna manera se trata de una pérdida o limitación de la capacidad reflexiva por cuanto los entrevistados referían constantemente que no son escuchados por sus superiores, pero no asociaban esta queja con el hecho de que el trabajador tampoco está escuchando al público que concurre periódicamente a su CS.

2.8.3. La señal.

Cuando mencionábamos al comienzo de nuestro trabajo la señal de la enfermedad de una comunidad (Berlinguer, 1994) que debiera aparecer con mayor o menor claridad en nuestros SIS, y la asociábamos a la señal que los trabajadores también están emitiendo, en una suerte de paradoja, explicábamos que el silencio de un trabajador que no produce información, es una poderosa señal del significado que atribuye a la información de salud y de la forma en que puede encontrarse atrapado en un proceso de trabajo como el que hemos descripto. Spinelli citando a Campos dice que:

La alienación en los trabajadores se expresa de diferentes maneras: en la pérdida de vínculos con la organización (no siente pertenecer, ni que le pertenezca); con el trabajo (pierde el significado y el sentido de lo que hacen); con los equipos (no hay identidad) y con los usuarios (no construye vínculos) (Campos, 2001, *apud* Spinelli, 2010, p.283).

Al mismo tiempo, pensando en que la información es un insumo necesario para la gestión, también en palabras de Spinelli: “No se puede conducir a ciegas, sin datos ni información. El gobernante y el gestor necesitan información para la toma de decisiones la cual debe ser ágil, de rápida lectura y presentada en formatos amigables” (Spinelli, 2012, p. 119). Entonces nos preguntamos cuál es la información que está actualmente guiando las decisiones en los servicios de salud provinciales, ya que no encontramos líneas claras de

comunicación institucional más allá de los pedidos orientados al aumento en las cifras de atención y en particular las de vacunación. La producción de información no está siendo problematizada desde la organización y la comunicación está direccionada en forma vertical y descendente. Entendemos aquí una señal de alienación de la práctica en el CS, que se traduce y se expresa en automatismo y ausencia de reflexión. Con la intención de provocar un acercamiento a este tipo de reflexiones, aprovechando la gran frecuencia con que se mencionaba el tema de las vacunas y la exigencia de aumentar los resultados en esta práctica, realizamos diferentes intentos en nuestras entrevistas que no lograron su cometido, y entre otras, llegamos a obtener una respuesta similar al “sí porque sí” o el “no porque no”.

- ¿Por qué pensás que les interesa tanto el tema de la vacuna, por qué creés que cada vez hay más vacunas y más exigencia de vacunar?

- *Y porque yo creo que... a mí me parece... en realidad... de acá del área, que nos exigen acá a nosotros el tema de vacunas... porque se manejan mucho con el tema de estadísticas, o sea, de gráficos, de ver los avances que ha habido de un año a otro con vacunas, vacunas, vacunas...*

3. CONCLUSIONES.

En el análisis de la normativa que enmarca el SIS nacional y provincial, encontramos la identificación de la información de salud como todo aquello directamente relacionado con el acto médico (y no con la salud/enfermedad de la población), como así también la jerarquización otorgada a la clasificación de cuadros mórbidos y a la valoración de los datos producidos en instituciones hospitalarias, observando también un proceso incipiente de producción de información sobre morbilidad en el primer nivel de atención, a partir del año 2009. A pesar de mencionarse la problemática de la mala calidad de la información de salud en algunas de las normas analizadas, todas se limitan a intentar nuevos sistemas de clasificación nosológica o bien a modificaciones formales dentro del SIS (cambios de nombres, creación de sub-sistemas de registro, etc.). En todo el marco normativo no se visibiliza al sujeto que registra datos en las instituciones de salud en general como integrante importante del sistema.

Entre la información que el trabajador posee sobre los registros que usa, encontramos el registro de vacunas como el más conocido y la HCP como el más ignorado (en el sentido de conocer su existencia pero desconocer cómo o por dónde circula la información de esta historia dentro del SIS). A pesar de que el mayor porcentaje de embarazos de la provincia se controlan en centros del primer nivel y por ello la HCP es usada formal y frecuentemente, los resultados no indicaron que este uso determine real conocimiento sobre el fundamento o utilidad de la misma. Si bien la indagación no profundizó en muchos aspectos relacionados con el uso de esta historia, podemos concluir en que la mayoría de los trabajadores ignoran que existe un lugar determinado en la estructura de los sistemas de salud, cuyo objeto es direccionar acciones del área materno infantil, lo cual es importante por la implicancia estrecha del primer nivel en este tipo de acciones.

En la segunda fase de la investigación identificamos un proceso de trabajo marcado por el modelo de atención médico biólogo muy similar al MMH descrito por Menéndez (Menéndez, 2004; 2005; 2006), en el cual se invisibilizan otros aspectos del proceso salud-enfermedad-atención y se otorga protagonismo a la tarea curativa basada en la medicina científica, observándose también gran desarrollo de la actividad preventiva basada en inmunizaciones. En todo lo concerniente al proceso de trabajo y al sistema de información aparecen los obstáculos comunicacionales que entorpecen la reflexión y dificultan la relación que establecen los trabajadores entre sí y con usuarios y autoridades. Se evidencia malestar en la tarea del llenado de "papeles", que son considerados complejos, confusos y abundantes en relación a las posibilidades operativas del CS. Esta expresión de desagrado relacionado con los asuntos del SIS puede estar objetivando un malestar

más profundo no problematizado, relacionado con cuestiones de comunicación en general y no solo las referidas a la comunicación de la información. Decimos que estos inconvenientes comunicacionales no están problematizados por los trabajadores porque sus expresiones afirmaron comunicarse bien y no tener obstáculos en este sentido, y solo tangencialmente y dentro de otras respuestas, aparecieron las quejas. La mención a obstáculos de comunicación sólo la hizo una médica, que pudo reflexionar sobre las formas en que se relacionan y comunican dentro del grupo de trabajo, para culminar enfáticamente con “en algún momento vas a tener que entender que tiene que haber algún espacio en que la gente diga qué problema hay, porque si no se arma una bola que al final termina explotando, tenés que tener un espacio de charla, con los jefes o los no jefes, o todos”. En este escenario el hecho de conversar al menos un poco con los compañeros y no faltarse el respeto en general es simbolizado como buena comunicación dentro del CS.

En todos los casos el CS adquirió significado de refugio en el sentido de que los compañeros generalmente “tiran para el mismo lado” y se configuró como defensa del exterior, donde se ubicaron en primer lugar a las autoridades, y con menor relevancia a los usuarios y a los trabajadores de otros CS. Es decir que las relaciones con los compañeros del propio lugar de trabajo resultaron siempre mejores que con el exterior. Entendemos que esto está relacionado con la comunicación institucional, que fue descrita como nula, escasa o poco clara, básicamente vertical y descendente, donde el trabajador no es escuchado por superiores sino que solo recibe órdenes. Esta práctica con poca o ninguna comunicación horizontal favorece el desgaste creciente en procesos de trabajo que dan sustento a un SIS con poca posibilidad de desarrollarse y de lograr información transformada en acciones. El registro de datos que debería convertirse en el insumo básico para la producción de información es llevado a cabo como una carga pesada, desagradable e innecesaria, su utilidad no es valorada y por ello, sus agregados no se leen ni analizan sino que solo sirven para cumplir con la orden de enviar estadísticas a las áreas programáticas que las solicitaron. Las estadísticas del CS son simbolizadas como defensa frente al control que las autoridades realizan sobre el trabajo que se lleva a cabo en cada lugar. La información así producida no se alcanza a convertir en conocimiento de la situación de salud de la comunidad ni tampoco del propio servicio de salud que cada lugar presta a la población, ya que los resultados estadísticos e informes mensuales no son compartidos ni problematizados en el interior de los CS, sino que solo se cumple con la entrega en tiempo y forma “para evitar problemas”.

El mayor volumen de datos producidos por el CS está orientado al programa de inmunizaciones (ProNaCEI) y pudimos observar que el tema de la vacunación está desplazando en importancia o protagonismo a la patología que acaparó tradicionalmente la atención de la biomedicina. Tanto los relatos de enfermería como los de médicos, dedicaron

un espacio discursivo más acentuado al tema de vacunas que al de enfermedades. La prescripción de fármacos por parte del médico fue considerada con escasa significación dentro de todo el “papelerío” que este profesional debe llenar en la consulta, desplazando este papelerío o “llenado de programas” a la conversación o construcción de vínculos entre el médico y el paciente. Con todo ello, creemos que se corre del centro de la escena no ya a la persona enferma, sino también a la enfermedad, o bien esta última aparece escasamente, recortada en su sentido y despojada de cualquier connotación social o cultural. Resulta así la práctica de vacunación como central en cuanto a la utilización del tiempo de trabajo y también en cuanto a los registros que agregan los datos e informan sobre dicha tarea.

En las representaciones compartidas aparece el CS como un lugar de práctica desvalorizada en relación a lugares de mayor complejidad de atención, práctica que adquiere forma de tareas fragmentadas e irreflexivas, con escasa significación, despojadas del antes y el después, del por qué y para qué de cada acción. Las mediciones antropométricas en los niños y los controles en adultos con patologías crónicas se llevan a cabo sin contemplarse la necesidad de tales prácticas, superando así el automatismo a la racionalidad científica. También aparece como representación compartida la consideración del “médico” y en forma más amplia “el profesional”, como diferente y separado del equipo que “trabaja” y que “tira para el mismo lado”. Esta separación está naturalizada y los vínculos se expresan tan verticales como la organización, a pesar de que los CS son pequeños y la cantidad de personas que trabajan en ellos en muchos casos no supera la docena: observamos grandes aislamientos en pequeños espacios físicos.

Es así que el proceso de trabajo colmado de prácticas automatizadas invisibiliza el escenario en donde estas personas y sus padecimientos transitan, torna invisibles a las propias personas que buscan el servicio de salud, y como en un círculo indeseable pero real, también resulta invisible el trabajador dentro de su proceso de trabajo. Las alusiones a la rapidez de la tarea del consultorio fue constante en algunos médicos, denotando siempre una necesidad de terminar pronto para pasar unos minutos con los compañeros ante un mate o un café, pero incluso estos espacios entre compañeros fueron descriptos como poco significativos, porque no son “amigos” sino que conversan pocos minutos “cosas sin importancia”. La rapidez de la práctica fue relatada principalmente en torno al trabajo médico. Estos en general usaron vocabulario que denotaba instrumentalización de las personas que buscan sus servicios (“me atiendo dos planillas”) y que caracterizaban a los pacientes con enfermedades crónicas como “fáciles” o “rápidos” porque son conocidos y se repiten una y otra vez las mismas indicaciones. La instrumentalización se manifestó en los entrevistados al hablar de seguimiento de pacientes expresado como “ordenamiento de historias clínicas” y sin posibilidad de reflexión.

La medicalización de los procesos vitales se observó especialmente en la mujer en relación a sus embarazos y también a la crianza de sus niños. Las charlas destinadas a embarazadas son en algunos casos obligatorias. Hacemos acá la diferenciación de lo que consideramos prácticas comunicativas de calidad, de estas otras prácticas que se llevan a cabo (charlas para embarazadas, para diabéticos y otras). Concluimos que en estas últimas la conversación es vertical y descendente y no hay desarrollo de vínculos empáticos. No denotaron los relatos de estas charlas alguna significación más allá de cumplir con el pedido de superiores o de conductores de programas.

La subalternidad de todos los saberes no médicos en la hegemonía de la biomedicina implica que la palabra del usuario permanece en general silenciada en cuanto a sus propios saberes y aún en lo referido a las quejas sobre algunos servicios, las cuales son desoídas. Vinculado a esto aparece también el silencio del trabajador que no es escuchado por sus superiores ni tampoco ejerce su aptitud comunicativa con pares de otros lugares del sistema sino que “permanece en su isla”. Luego, el silenciamiento de palabras, saberes y personas, se traduce en la construcción de planillas y registros que tampoco “hablan” de la salud de una población, ni se transforman en conocimiento de la misma y mucho menos logran convertirse en acciones. Esto se deriva del desentendimiento de los trabajadores de salud, de lo que envían en forma de resúmenes mensuales, sintiendo que al cumplir con el envío en los días destinados para ello, terminan con la tarea que les corresponde respecto de la información y no se cuestionan sobre algún otro uso de la misma, más allá de la obediencia a la organización. Así como la burocratización se vincula con un creciente proceso de irresponsabilidad, entendemos que las estadísticas numéricas mensuales no adquieren relevancia como expresión de la sumatoria de servicios prestados en cada lugar sino que su significado principal es la defensa frente al control. Esta línea vertical que la organización impone y que distancia y silencia a las personas nos acerca a la imagen del trabajador separado de su obra, puesto en palabras por un entrevistado: *“¡el trabajo te seca la cabeza! llega un momento que decís ¡no, me quiero ir!”*. En este sentido también rescatamos la propuesta DICCA por la jerarquización de la comunicación dentro del SIS, ya que entendemos que aparece en la base de los problemas y también aparece como punto de partida para posibles soluciones.

El SIS así entendido desde la lógica normativa y construido con significaciones marcadas por una práctica en la cual las personas son cosificadas, se limita al registro de datos (en muchos casos son muchos datos) en “papeles” que no llegan a atravesar momentos de producción de conocimiento ni tampoco la necesaria comunicación y consecuente acción. Esto nos parece nuclear porque la información no puede mejorar su calidad y su disponibilidad para la gestión, si este trabajador no se transforma en protagonista de su práctica de salud y se torna visible desde la gestión central, y creemos

también que es importante por las consecuencias que tiene este estilo de práctica para los propios trabajadores. Tiene también evidente consecuencia en la calidad de la información de salud que puede obtenerse en el primer nivel provincial, y junto a estas consecuencias, el trabajador alienado reproduce una práctica alienante, ya que la imposibilidad de reflexión acompaña la reproducción del modelo. La gestión entendida en sus aspectos puramente administrativos y específicamente relacionada con manejo de “papeles” y controles de personas e insumos favorece en los trabajadores la reproducción de sentidos y significados orientados a la lógica instrumental, de cuyo apoderamiento probablemente sólo se pueda salir mediante prácticas contra-hegemónicas asentadas en la acción comunicativa. El ejercicio de horizontalidad en la práctica y en la comunicación que la sustenta se convierte en elemento indispensable para la articulación de dato, información y conocimiento, y para que todo ello se transforme en acciones de salud. Sin embargo estos procesos no podrían darse en forma unidireccional, por lo cual es importante entonces tener en cuenta que existe un nivel central cuyos intereses sobre la información no están explicitados claramente dentro de la organización, desde el momento que lo que se pide y ordena constantemente al trabajador es aumento en la cantidad. La complejidad de los procesos señalados nos plantea un panorama mucho más amplio que el descrito, pero el papel central del trabajador individual en la práctica que conforma el SIS es concluyente.

No existe explicación única ante la compleja problemática del SIS en el primer nivel provincial, ya que los procesos de trabajo en estos CS están poblados de circunstancias y situaciones cargadas de valores simbólicos que escapan al análisis presentado en nuestra investigación, pero podemos concluir respondiendo a nuestros objetivos, que nos encontramos frente a una práctica biológica basada en la racionalidad científica, marcada por la profesionalización y la subordinación de saberes no médicos, con organización burocratizada y medicalización de procesos vitales. Analizando separadamente estas características podríamos no encontrar peso explicativo suficiente en cada una de ellas, ni tampoco afirmar de manera precisa en dónde se encuentran los límites para describir la influencia de una u otra, sin embargo en la conjunción y retroalimentación de todas las características descritas llegamos a identificar que los inconvenientes presentes en el SIS del primer nivel tienen directa relación con este tipo de prácticas, plagadas de obstáculos comunicacionales ante los cuales el trabajador queda aislado en la imposibilidad de producir información de calidad y transformarla en conocimiento y en acciones.

Los procesos de salud/enfermedad de la comunidad quedan silenciados en nuestro SIS, que a pesar de estar concebido desde la lógica tradicional normativa y definido como conjunto integrado de recursos humanos y materiales para recolectar, almacenar, procesar y comunicar datos e información, se torna contradictorio aún con su propia lógica de integrar recursos, ya que no hay tal integración. Lejos de evidenciar momentos de comunicación y

acción, la práctica no ofrece una secuencia observable entre dato, información y conocimiento. Sin embargo aún la definición tradicional del SIS incorpora la noción de comunicación, y es este el elemento que podría comenzar a trascender el plano discursivo y problematizarse como constituyente fundamental del proceso de la información. Entre tanto, la información de salud permanece silenciada, y junto a ella aparecen silenciadas e invisibles las personas, sus padecimientos, y los trabajadores que no valoran la información, que no la comunican ni se comunican.

A modo de cierre, compartimos estos versos escritos por un médico.

...Las agostadas preguntas se han vuelto acuciantes
no puedo hacer ya como si no existieran
Los vendedores de ilusiones me ofrecieron amañadas redes
He ido dejando caer una a una sus alambicadas conjeturas
contemplo las corrientes subterráneas que me atraviesan
esquivas percepciones inconvertibles en palabras
fugaces e inciertas empatías
sutiles melodías que sugieren y se van
no sé si bastan pero no hay más [...]
acaso los cristales del silencio estén migrando hacia un alba inesperada.
(Fragmento de la poesía "Hace un momento", Marino, 2012)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramzón M. Argentina: Recursos Humanos en Salud en 2004. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 2005.

Alazraqui M., Mota E., Spinelli H. Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local. *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(12):2693-2702.

Armus D. Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en América latina moderna. En Armus, D., compilador. *Avatares de la medicalización en América Latina 1870-1970*. Buenos Aires: Editorial Lugar, 2005.

Berlinger G. *La enfermedad*. Buenos Aires, Lugar Editorial S.A., 1994.

Bernztein R., Drake I., Elordi S. Tratamiento de la otitis media aguda en la Argentina: costos en el primer nivel de atención pública. *Archivos argentinos de pediatría* [Internet]. 2007 [citado 12/02/13];105(5):398-404. ISSN 1668-3501. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752007000500005

Bernstein R., Drake I. Subprescripción de hierro y variabilidad en el primer nivel de atención público de la Argentina. *Archivos argentinos de pediatría* [Internet]. 2008 [citado 12/02/13];106(4):320-327. ISSN 1668-3501. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752008000400007&script=sci_abstract

Bernstein R., Drake I., Elordi S. Variabilidad en el manejo de la bronquiolitis en el primer nivel de atención público de la Argentina. *Archivos argentinos de pediatría* [Internet] 2008. [citado 12/02/13];106(3): 205-211. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-00752009000300002&script=sci_arttext

Borges JL. *La biblioteca de Babel*. De El jardín de los senderos que se bifurcan [Internet] 1941 [citado 12/02/13] Disponible en: <http://sites.google.com/site/asociate/LaBibliotecadeBabelJLBorges.pdf?attredirects=0>.

Bronfman M. *Como se vive se muere*. Familia, redes sociales y muerte infantil. 2º Ed. Lanús, Provincia de Buenos Aires, Lugar Editorial, 2001.

Campos GWS. *Gestión en Salud*. En defensa de la vida. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

Cámara de Diputados de la Provincia de San Juan. *Carrera Asistencial y Preventiva y Sanitaria de los Profesionales de Salud*. Ley Nº 2580. San Juan, 1961.

Cámara de Diputados de la Provincia de San Juan. *Carrera del Personal Técnico Auxiliar de la Medicina y de Enfermería y Personal Administrativo Sanitario*. Ley Nº 5525. San Juan, 1986.

Cámara de Diputados de la Provincia de San Juan. *Régimen Legal de Contratos Administrativos de Servicios de Colaboración*. Ley Nº 7.492. San Juan, 2004.

Cámara de Diputados de la Provincia de San Juan. *Régimen Disciplinario de la Ley Nº 2580*. Ley Nº 7.856. San Juan, 2007.

Castiel L., Vasconcellos-Silva, P. Precariedades del exceso: información y comunicación en Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2005.

Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva, OPS-OMS. Sistema informático Perinatal, Historia Clínica Perinatal. Instrucciones de llenado y definición de términos. Publicación CLAP/SMR N°1563. Uruguay, 2007.

Del Valle A. Política social focalizada y construcción de una red social: Lecciones de la experiencia argentina. Estudios sociales (Hermosillo, Son.) [Internet] 2008 [citado 07/11/12];16(32):7-58. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572008000200001&lng=es&tlng=es.

Deslandes S.F. La construcción del proyecto de investigación. En: Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC y Gomes R. Investigación social. Teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

Dos Santos TCS. Informação nas Equipes de Saúde da Família: Um exercício de planejamento local à partir de uma matriz de indicadores de saúde. [Tesis de maestría] [Internet] Río de Janeiro 2010 [citado 12/02/13] Disponible en: <http://portal.estacio.br/media/1958608/tatiane%20caldeira%20dos%20santos%20de%20salles%20disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Flores F. Inventando la empresa del siglo XXI. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones, 1989.

Flores F. Entrevista. En Creando Organizaciones para el futuro. Granica, 1997.

Galende E. Debate Cultural y Subjetividad en Salud. En Spinelli H., comp. Salud Colectiva. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Resultados Provisionales. [Internet] [citado 12/02/13] Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/preliminares/cuadro_sanjuan.asp

Iriart C., Nervi L., Olivier B., Testa M. Tecnoburocracia Sanitaria. Ciencia, ideología y profesionalización en la salud pública. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1994.

Kulemeyer JA. "M'hijo el doctor" como hijo y protagonista de la universidad de la calle. Cuad. Fac. Humanid. Cienc. Soc., Univ. Nac. Jujuy [Internet]. 2010. [citado 06/11/12];39:167-178. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-81042010000200012&lng=es&nrm=iso. ISSN 1668-8104.

Lejarraga H. et al. PRUNAPE: pesquisa de trastornos del desarrollo psicomotor en el primer nivel de atención. Archivos argentinos de pediatría [Internet] 2006 [citado 12/02/13]; 106(2):119-125. Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325...

Merhy EE. Salud: cartografía del trabajo vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

Menéndez E. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. [Internet] Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. 1988 [citado 12/02/13]; (451-464). Disponible en: <http://www.chubut.gov.ar/salud/capacitacion/imagenes/eje1,%20enc.1,%20Modelo%20M%E9dico%20Hegem%C3%B3nico%20y%20APS,%20E.Menendez.pdf>

Menéndez E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En Spinelli H., comp. Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

Menéndez E. El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva. 2005;1(1): 9-32.

Menéndez E. Participación social en salud: las representaciones y las prácticas. En: Menéndez E., Spinelli H., coordinadores. Participación Social ¿Para qué? Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006.

Minayo MCS. El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004.

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Calendario nacional de vacunación de la República Argentina 2011. [Internet]. 2º Semestre de 2011 [citado 12/02/13] Disponible en http://www.apross.gov.ar/programas/vacunacion/calendario%20_vacunacion.pdf

Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. Calendario de vacunación 2012 y Normas de vacunas. [Internet] [citado 12/02/13] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planos/51-programa-nacional-de-control-de-enfermedades-inmunoprevenibles>

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Propuesta Normativa Perinatal. Tomo I. Dirección de Maternidad e Infancia. Argentina, 1996a.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Normas de actividades mínimas para responsables de centros de atención primaria de salud. Resol. 207/96. Argentina, 1996b.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Normas de actividades mínimas para las áreas programáticas de los hospitales públicos. Resol. 214/96. Argentina, 1996c.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Normas de Organización y Funcionamiento del Servicio de Consultorios de las Unidades de Atención de la Salud, Resolución Ministerial 431/00. Argentina, 2000.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía Para el Registro de un Conjunto Mínimo de Datos para la Identificación de los Pacientes en los Establecimientos Sanitarios y Servicios de Atención de Salud. Resol. Nº 410/02. Argentina, 2002.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades (CNCE) Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria. Segunda Edición. Argentina, 2005.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Sistema Estadístico de Salud, Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud. Conjunto Mínimos de Datos Básicos (CMDDB) aprobados de Interés Nacional a partir de 2005. Serie 1 Nº 14. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2004.

Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Sistema Estadístico de Salud, Subsistema de Estadísticas de Servicios de Salud. Conjunto Mínimos de Datos Básicos (CMDDB) del Primer Nivel de Atención aprobados de Interés Nacional a partir de 2009. Reunión COFESA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2008. En: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/cofesa/2008/acta-05-08/anexo-8-conjunto-minimo-de-datos-basicos.pdf>

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de El Salvador. Plan Estratégico del Sistema de Información de Salud de El Salvador de 2009 a 2015. [Internet] OPS-OMS, República de El Salvador, 2009 [citado 12/02/13] Disponible en: http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_SLV_StrPlan_Final_2009_02_es.pdf

Montero Mendoza E. Percepción de los habitantes indígenas de áreas rurales respecto al primer nivel de atención médica. El caso del sureste de Veracruz, México. *Salud Colectiva*. 2011;7(1):73-86.

Morin E. La Noción de sujeto. En Fried Schnitman, D. *Nuevos Paradigmas, Cultura y Subjetividad*. Buenos Aires, Paidós, 1994.

Organización Panamericana de la Salud – Ministerio de Salud y Acción Social. *Metodología para la Descripción, Análisis y Evaluación de la Situación de Salud (Documento síntesis)*. Dirección Nacional de Promoción y Protección de la Salud, Dirección de Estadísticas de Salud. Argentina, 1988.

OPS/OMS. Red de la Métrica en Salud (HMN). [Internet] 2005 [citado 12/02/13] Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=3669&Itemid=3977&lang=es

Pineda E., Alvarado E. y Canales F. *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud*. 2º Edición, OPS, 1994.

República de Panamá. Proyecto Red Métrica de Salud. Diseño y Plan Estratégico del Sistema de Información de Salud. [Internet] OPS/OMS. República de Panamá 2007 [citado 12/02/13] Disponible en: http://www.who.int/healthmetrics/library/countries/HMN_PAN_StrPlan_Final_2007_09_es.pdf

Secretaría de Políticas, Regulación e Institutos. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Serie 3. Conclusiones y recomendaciones de congresos y comité de expertos N° 54. XXII Reunión Nacional de Estadísticas de Salud. [Internet] Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. Buenos Aires, Setiembre 2010 [citado 12/02/13] Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/Archivos/Serie3Nro54.pdf>

Secretaría de Salud Pública de San Juan. *Estructura Orgánica de la Secretaría de Salud Pública*, Decreto 1047. San Juan, 1986.

Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. Ley 15.465 (Enfermedades de denuncia obligatoria) y Decreto Nacional 3.640/64. *Boletín Oficial de la Nación*. [Internet] Buenos Aires [citado 12/02/13] Disponible en: http://www.adekra.org.ar/comercio64/html/458152ley15.465_Enfermedades%20de%20denuncia%20obligatoria.pdf

Servicio Provincial de Salud de San Juan, *Manual de Normas de Funcionamiento para Establecimientos Asistenciales*, Decreto 130. San Juan, 1979.

Spinelli H. Condiciones de salud y desigualdades sociales: historias de iguales, desiguales y distintos. *Cad. Saúde Pública*. 2005; 23(2):321-330.

Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*. 2010;6(3): 275-293

Spinelli H. El proyecto político y las capacidades de gobierno. *Salud Colectiva*. 2012;8(2): 107-130.

Testa M. *Pensamiento estratégico y lógica de programación (el caso de salud)*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1995.

Testa M. Vida. Señas de identidad (Miradas al Espejo). *Salud Colectiva*. 2005;1(1): 33-58.

Testa M. *Pensar en Salud*. 3º reimpresión. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006.

Testa M. Decidir en salud, ¿Quién? ¿Cómo? y ¿Por qué? *Salud Colectiva*. 2007; 3(3): 247-257.

Zunino M.G.; Spinelli, H; Alazraqui, M. Muertes por Armas de Fuego: Un Eclipse en los Sistemas de Información en Salud. *Salud Colectiva*. 2006;2(3):259-267.

APÉNDICES

APÉNDICE A - Encuesta para personal que confecciona HCP, en centros de salud del primer nivel.....	p. 132
APÉNDICE B - Tabla de denominación formal e informal de registros (para cotejar respuesta a pregunta N° 1 del cuestionario).....	p. 133
APÉNDICE C - Guía de preguntas para entrevista semi-estructurada.....	p. 134

APÉNDICE A

ENCUESTA para PERSONAL que confecciona HCP, en centros de salud del primer nivel.

<u>Centro de salud:</u>	<u>Entrevista N°:</u>
<u>Edad en años:</u> 2- <u>Sexo:</u> F - M	
<u>Cargo o situación laboral:</u> Planta Ley 2580 Concursado - Interino Planta Ley 5525 Contrato Ministerio de Salud Contrato Municipio Beca Médicos Comunitarios o similar Agregación ad honorem Plan social Otros (cuál)	<u>Antigüedad en años:</u> ...
<u>Función:</u> Profesional Administrativo Agente Sanitario Auxiliar de Enfermería Otros (cuál)	<u>Antigüedad en años:</u> ...
<u>Nivel instrucción:</u> Primario - Secundario – Universitario – Post-grado	
<u>Capacitación específica:</u> En bioestadística - En uso de HCP - En uso de IECMA - Otros (cuál)	
1- ¿Conoce algunos registros usados regularmente en este centro de salud? ¿Cuáles?.....	
2- ¿Puede decir de qué lugar del sistema de salud proviene la HCP?..... ¿Se resumen mensualmente los datos obtenidos de ésta?.... Y si esto es así, ¿se envían a algún lugar fuera del centro de salud?... ¿A dónde?...	
3- ¿Podría decir de dónde proviene el IECMA?... ¿Se resumen mensualmente los datos obtenidos en esta planilla?... Si esto es así, ¿se envían fuera del centro de salud?... ¿A dónde?...	
4- Sobre las vacunas que se aplican en el centro de salud, ¿los datos se resumen en forma SEMANAL - MENSUAL - NO SE RESUMEN- NO SABE?	
5- Al respecto de las enfermedades de notificación obligatoria, ¿se resumen en forma SEMANAL - MENSUAL - NO SE RESUMEN – NO SABE?	

APÉNDICE B

Tabla de denominación formal e informal de registros
(para cotejar respuesta a pregunta N° 1 del cuestionario)

Registro	Referencias comúnmente usadas en los centros de salud
“Informe Estadístico de Consultas Médicas Ambulatorias” (IECMA)	Planilla de consultorio, Hoja de atención, Planilla médica.
“Resumen Diario Mensual de Consultas Médicas”	Estadística, Resumen mensual.
“Historia Clínica Perinatal”	Historia de embarazo, Historia de embarazadas.
Registros varios, diarios y mensuales (entrega de leche, consolidados de SBO, neumonías, IRAB, diarreas)	Planilla de leche, Resumen de la leche, IRAS del mes.
Registros Programa Salud Sexual y Procreación Responsable	Plan mujer, Control del plan mujer.
“Registro de dosis aplicadas”	Hoja de vacunas, Planilla de vacunas.
“Resumen mensual de inmunizaciones”	Resumen de vacunas.
“Informe Epidemiológico C2”	Infecto.
Registros del Programa Sanjuanino de diabetes.	Planillas del Prosadia.
Ficheros cronológicos de seguimiento de embarazadas, desnutridos, hipertensos, diabéticos.	Fichero inteligente, Listado de embarazadas, Listado de nutritiket, Listado de hipertensos, Listado de diabéticos, Planilla de bajo peso.
Varios (agregación de resúmenes mensuales de información, pedidos mensuales de material e insumos, administración de personal, cambios patrimoniales, etc.)	Resumen estadístico mensual, Pedidos, Novedades de personal, Bajas, Partes.
Historia Clínica de atención ambulatoria, de diferentes formatos y procedencias.	Ficha, Historia, Historia clínica.

Fuente: Elaboración propia, basada en la terminología actualmente usada en los centros de salud, 2009.

APÉNDICE C

Guía de preguntas para entrevista semi-estructurada.

- ¿Cuál es cargo y su función en el centro de salud? ¿Cuánto tiempo lleva en ella?
- ¿Cómo es su día de trabajo? ¿Considera que tiene en el CS todo lo que necesita para poder trabajar? ¿A cuántos usuarios presta sus servicios en una jornada laboral? ¿Considera que esto es acorde a su carga horaria?
- ¿Cómo maneja ud. sus tiempos en una jornada de trabajo? ¿Tiene momentos de descanso?
- ¿Cada actividad tiene comienzo y final dentro del CS? ¿En forma general usted puede saber qué sucede luego con las personas que atiende o a quienes les presta servicio?
- ¿De quién o de dónde provienen las directivas de trabajo? ¿De qué manera conoce ud. estas directivas? ¿Quién ejerce la autoridad dentro del CS? ¿A quién responden fuera del mismo?
- ¿Cuál es la relevancia que tiene su trabajo para el funcionamiento del CS o del área? ¿Cuál cree que es la opinión de la comunidad respecto al trabajo que se desarrolla en el CS?
- ¿Cómo ve a su grupo de trabajo? ¿Igual que el de otros CS o diferente? ¿Se percibe un objetivo común?
- ¿Desarrolla su tarea habitual basándose en alguna información de salud? ¿El CS produce algún tipo de información de salud? ¿Cómo usan la información? ¿Se analizan los datos de salud en el CS? ¿Le son útiles? ¿Cuáles? ¿Cree que trabajan con toda la información necesaria para ello? ¿Cree que el CS produce toda la información que necesita para trabajar? ¿Discuten dentro del grupo sobre los datos o la información producida? ¿Quién o quiénes tienen la responsabilidad del manejo de la información en el centro de salud?
- ¿De qué manera se relaciona ud. con sus compañeros? ¿Y sus compañeros entre sí?
- ¿Cuáles son los momentos que percibe como agradables en su espacio de trabajo?
- ¿Cuáles son los momentos que encuentra difíciles y que preferiría evitar? ¿Cómo cree que al respecto se sienten sus compañeros?
- ¿El público del CS participa de alguna manera en la planificación y desarrollo de las tareas?
- ¿Conversa más con algunos compañeros que con el resto? Si esto es así, ¿con quiénes?
- ¿Por qué cree que sucede esto?
- ¿Comparten decisiones y responsabilidades? ¿Las decisiones recaen siempre en las mismas personas, o esto es variable? ¿Existen espacios o momentos para discutir las acciones y tareas? ¿Qué sucede en el caso de que no se pongan de acuerdo?
- ¿Ud. Piensa que hay algunos obstáculos en la comunicación dentro del CS? ¿Ud. conoce formas de mejorarla? ¿Cómo calificaría la comunicación dentro del CS? ¿Y hacia afuera de él? ¿Cómo cree que es la comunicación con los usuarios? ¿Y con otros lugares del sistema?