

Recuperando historia

ATAMDOS un hito en la historia de la Atención Primaria de la Salud en Argentina



Guillermo Devoto*

Fecha de recepción: 15 de enero 2013
Fecha de aceptación: 25 de marzo de 2013
Correspondencia a: Guillermo Devoto
Correo electrónico: gdevoto@sedronar.gov.ar

* Director de la Dirección Nacional de Asistencia y Reinserción Social por Adicciones, SEDRONAR.

En este diálogo participó la Lic. Andrea Arbuatti, trabajadora social y profesora de Enseñanza Media y Superior en Trabajo Social, docente de Taller IV, y el Doctor Guillermo Devoto, quien fue Director del Programa ATAMDOS de la Provincia de Buenos Aires, en el año 1987.

AA: Gracias por habilitar éste encuentro. A partir de su experiencia como Director del Programa ATAMDOS de la Provincia de Buenos Aires, ¿Cuál era el contexto político en que irrumpe el Programa?

GD: El contexto político en que se origina el ATAMDOS, es el año 1983 -post derrota del justicialismo- que en su afán de modificar las reglas del juego para su democratización interna, origina lo que fue entonces la renovación peronista. En ese marco político del peronismo y de Argentina, donde salíamos de la dictadura, la renovación fue una bocanada muy grande de oxigenación de las prácticas políticas que tenía el peronismo. En ese contexto de renovación de los cuadros dirigentes y de las propuestas políticas y técnicas se forma el CEPARJ (Centro de Estudios para la Renovación Justicialista) cuyo responsable del área de salud era Floreal Ferrara.

Un grupo de jóvenes médicos generalistas nos habíamos acercado a militar política y técnicamente impulsando la creación de la residencia de medicina general. Nos acercamos a Floreal -quien ya tenía la idea de construir un equipo- para la creación de un programa que valorizara la atención primaria de la salud, y con esto, dar una lucha política hacia el interior del concepto de salud y de la organización del sistema de salud. En ese marco técnico-político surge ATAMDOS como una construcción muy artesanal, laboriosa sería, responsable y militante.

Por nuestra propia esencia constitutiva como médicos generalistas, teníamos una mirada mucho más amplia, y abarcativa de lo que debía ser la constitución de los equipos que llevaron a cabo esta "evolución y revolución sanitaria". Además, nuestra propia práctica como residentes, nos impulsaba a buscar aliados dentro de los hospitales para poder acometer con la atención primaria.

Éramos minoría técnica y minoría política e ideológica. Nuestros primeros aliados fueron los trabajadores sociales y luego se sumaron los trabajadores del equipo de salud mental. Rápidamente encontraron en nosotros también aliados para impulsar proyectos propios, tanto el servicio social como el servicio de salud mental dentro de los hospitales. A partir de ese momento empezamos a escribir el proyecto y a acercarle borradores a Floreal.

AA: ¿Todos eran residentes?

GD: No todos. Había un equipo de trabajadores sociales en el Posadas con el nos vinculamos a través de los residentes de medicina general de Nación (nosotros éramos de provincia y veníamos de una militancia política universitaria). Los equipos tenían una constitución de una trabajadora o trabajador social, un médico, en lo posible que fuese un médico generalista, un odontólogo, un enfermero, un psicólogo o psiquiatra, y una administrativa. Ese era el equipo básico.

AA: ¿Cada uno tenía una tarea específica?

GD: Tenían tareas específicas, y una tarea en común, que era el abordaje comunitario. Asumían actividades propias de su disciplina y después tenían mucho trabajo territorial. Además estaba especificado que "todos ganaban lo mismo", que era la manera de entender que la práctica comunitaria requería de esfuerzos comunes, compartidos y similares desde las distintas disciplinas.

AA: ¿Cuál fue el debate que viene a instalar el programa?

GD: Una de las funciones que cumplió fue instalar fuertemente un debate sobre los modelos sanitarios y sobre todo criticar el modelo vigente de aquel entonces, que hacía epicentro en la enfermedad -el modelo médico hegemónico- y que ponía el énfasis en cuestiones mercantilistas, medicalizantes y no saludables. Sobre esa percepción, nosotros teníamos que entablar luchas en todos los frentes: políticos, ideológicos, conceptuales y prácticos.

En ese contexto político, a ensayo y error, fuimos armando los equipos. Nos juntábamos en

casas con el grupo de trabajadores sociales, el de psicólogos, el de enfermeros y el de médicos. Después hacíamos asambleas, debatíamos y escribíamos a mano, y esos eran los ensayos y proyecto que llevábamos a Ferrara.

AA: Se definió a ATAMDOS como “pequeñas unidades de la salud participativa”. Podría explicarnos en qué consistió? ¿Por qué fue concebida como una experiencia innovadora de participación en la salud?

GD: Todo se hacía de manera muy participativa porque nosotros, previo al ochenta y siete que fue cuando empezamos en la función pública, militamos política y gremialmente en cada uno de nuestros espacios institucionales de la residencia, de los hospitales, y también viajábamos mucho por el interior de la provincia. De esta manera, íbamos buscando consenso y preparando el terreno para la implementación. Con el triunfo de la elección del ochenta y siete, asumimos ya con mucho techo, con el cien por ciento de los documentos y de las ideas puestas en práctica. La conformación de los equipos de trabajo fue de relación exclusiva y de tiempo completo. Era una experiencia inédita en salud.

Durante un mes nos capacitamos todos los días en jornadas de 9 horas. Además trabajamos con los datos que proveía el INDEC en relación a los barrios que iban a participar. A su vez, se realizaron censos y se definió un grupo de familias a las que se les asignó un equipo de profesionales. Entonces una de las frases que decíamos bromeando era “no sea cosas que pasen del modelo médico hegemónico al modelo social hegemónico y cuando alguien venga con una angina, en lugar de un antibiótico, no le receten plusvalía”.

AA: ¿Que significa la sigla ATAMDOS?

GD: Respecto a las siglas, hay una discusión. Voy a contar una cosa que creo, muy pocos saben. La sigla inicial era Sistema de Atención Ambulatoria y Domiciliaria Integrada, (SAADI). En ese entonces, había un dirigente político que se llamaba Saadi, Vicente Leónidas. Entonces hubo que buscar rápidamente algún otro nombre, y surgió Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS).

Floreal y los otros que participábamos, teníamos la idea de que este modelo sanitario no respondía a determinados intereses. ATAMDOS, al estar centrado en un modelo preventivo, tuvo mucha oposición porque la gente ya no llegaba a los consultorios particulares, clínicas y hospitales, donde hay muchos intereses económicos alrededor de todo el sistema de salud.

AA: En esa época se decía que los hospitales se estaba quedando sin gente, porque todos estaban en los ATAMDOS.

GD: Hay un caso, de la localidad de Tandil, que puede resultar muy gráfico. Cuando en el hospital se enteran que íbamos a implementar un ATAMDOS el equipo médico realizó un paro debido a un posible aumento de su trabajo. Pero en lugar de recibir más consultas, la guardia del hospital -que recibía un promedio de 30 personas por día-, a la semana de la implementación del ATAMDOS recibió 15 personas, y al mes estaban llegando entre dos y tres casos diarios porque todo se resolvía en los cuatro centros de salud que habíamos habilitado. La respuesta de los equipos del hospital fue realizar otro paro, por temor a la reducción horaria debido a la baja de consultas por guardia.

Fue muy difícil conseguir gente en el interior que pudiera romper con los colegios, también nos encontramos con dificultades en conseguir recurso humano capacitado, adecuado para poder participar en la constitución de equipos interdisciplinarios. Una práctica que los involucraba en territorios, los impulsaba a hacer actividades extracurriculares en casi la totalidad de su horario porque salir al territorio visibiliza la demanda insatisfecha y aún más la oculta.

Hay situaciones emocionantes, otros compañeros y yo íbamos a las siete, ocho de la noche y los equipos estaban trabajando. No íbamos un rato, íbamos a apoyar cada día a ver como estaban, a tomar mate con los amigos, compañeros. Era realmente gente comprometida. Muchas veces he oído una frase, “el ATAMDOS fue como James Deen”, fue lindo porque murió joven. Todo el mundo lo recuerda como un programa “lindo, joven, audaz y aventurero”, que creo que se podría

haber mantenido así por lo menos teniendo una vejez y una madurez muy linda. Para ello había que hacer una serie de correcciones, sobre todo los equipos que estaban en núcleos poblacionales muy densos. Sabíamos que en estos contextos era necesario contar con dos equipos: uno de terreno que hiciera las actividades preventivas y de promoción y otro que pudiera bancar la demanda programada, pero demanda dentro del centro de salud.

AA: ¿Cómo era el mecanismo de decisión por asambleas que utilizaba ATAMDOS?

GD: ATAMDOS, proponía un mecanismo de decisión por medio de asambleas en las que participaban las familias del barrio, el equipo y los referentes e instituciones políticas, gremiales o comunitarias

Las experiencias a nivel comunitario que se fueron dando, eran absolutamente originales, dependían de lo que surgiera en las asambleas. Que se proponían como "ejercicio de conducción colegiada y popular desde la población". Los equipos estaban trabajando desde la división dominial de la vivienda, desde temas de pibes de la calle, hasta de cloacas, el gas, la instalación de servicios públicos, etc. Se crearon cooperativas, huertas, panadería, pizzerías comunitarias, entre otros.

AA: ¿ATAMDOS se basó en algún otro modelo?

GD: No era sencillo, en algunos casos articulábamos a nivel provincial con los ministerios, y a nivel territorial con el municipio. No en todos los espacios nos recibían de la misma manera, por ejemplo, nos encontramos con intendentes que, tenían un sistema de punteros, que entendían nuestro trabajo como una competencia, cuando nosotros íbamos desde la generación de derechos públicos y de ciudadanía.

En ese sentido fue muy trabajoso de modificar, discutir con la población que la mirada no se construye desde la hegemonía médica, sino que también dialécticamente con la población. Un

ejemplo fue el tema de la leche. Había muchos reclamos por las entregas entonces un equipo decidió dejar las trescientas y pico cajas de leche en la plaza frente al centro de salud para que la gente dispusiera como quisieran. ¿Al otro día que pasó?, adiviná.

AA: ¿Estaban ahí?

GD: Estaban íntegras, no habían tocado ni una caja de leche. No faltó ni una. Eso fue una construcción política territorial de la que te hablaba antes.

AA: Al plantearse otro concepto de salud ¿como se llevó a cabo el trabajo interdisciplinario? Se problematizó lo disciplinario, al pensar y actuar interdisciplinariamente?

GD: Los psicólogos y psiquiatras estaban formados para una práctica de consultorio más clínica e individual. Romper con esa cultura epistemológica y construir otro modelo no fue fácil. Hay alguien que lo rescata y mucho, que es Alicia Stolkiner, que pone como ejemplo de práctica comunitaria en salud mental el tema de ATAMDOS, pero fue muy difícil encontrar gente y concebir un concepto para trabajar en ese modelo. ¿Sabes quienes estaban más cerquita? Los enfermeros, por su propia génesis.

Floreal y nosotros veíamos que la única manera de compensar el fuerte predominio de los médicos del hospital céntrico era generar poder fuera. Y entender la eficacia como eficacia social. Entonces, desde esa perspectiva generar un poder que después pusiera en tensión al sistema.

GD: -AA: ¿ATAMDOS se basó en algún otro modelo?

GD: No, aunque nos acusaban de implementar el modelo cubano, pero este modelo no estaba implementado aún, recién estaban los albores de los médicos de familia. Te digo más, cuando yo me voy de ATAMDOS me invitan a visitar Cuba para armar el modelo de médico familiar, ya que querían ver como había sido en Argentina.

Tampoco teníamos antecedentes de equipos interdisciplinarios, si de algunas prácticas poblacionales en Costa Rica y en Brasil - en Minas Gerais donde había algún programa -y también esbozos de lo que fue el modelo catalán, y sí del modelo de Gran Bretaña. Esos son los antecedentes, pero no hay que perder de vista el momento histórico donde no había manera de “googlear” y traer a la pantalla una búsqueda de los modelos vigentes.

AA: En Conversaciones con Floreal Ferrara, una serie de entrevistas y selección de textos que hace Maristella Svampa, él comenta que el gran error que hubo en ATAMDOS fue que “nunca lo pudimos escribir, nunca supimos cuáles eran los caminos”¹. ¿Esto fue así? ¿Se sistematizó la experiencia?

GD: Está escrito Pero no hubo posibilidad de sistematizarlo, en su momento, gran parte de la documentación que tenía de ATAMDOS, que tenía de respaldo, se la di a Floreal. Es un enorme trabajo de sistematización que requeriría de alguien que quisiera hacerlo. Digamos, el esfuerzo en mi parte fue a veinticinco años de la creación de ATAMDOS poder recopilar por lo menos de alguna manera, a través de un video, las experiencias que estábamos perdiendo. Ese video recopila las vivencias de la gente que había participado en los barrios.

AA: Sería importante sistematizar eso.

GD: Claro que sí. La idea de este video era reinstalar un debate, y después que hubiera alguien que actualizara el concepto, que lo pusiese en valor.

AA: ¿Y por qué se cae el programa? ¿Dónde estuvo el error?

GD: El programa estaba fuertemente vinculado a un proyecto sanitario y político que llevaba a cabo Floreal, donde detrás había un conjunto de compañeros y compañeras empu-

jando en conjunto esta idea. Yo creo que había voluntad y deseo de transformación, porque la propia realidad de la población sanitaria, la propia urgencia de la población nos impulsaba. Quizá hay dos variables que hacen muy inestable a un sistema. Una es la velocidad y la otra es el cambio, y nosotros tuvimos mucha velocidad y mucho cambio en muy corto tiempo.

AA: ¿Cuánto tiempo?

GD: Nosotros asumimos el catorce de diciembre del ochenta y siete, y Floreal se va a mediados de abril del ochenta y ocho. El proyecto duró hasta septiembre del mismo año porque al nuevo ministro le pareció un proyecto caro. Pero yo creo que habría que preguntarse si eran más caros los tomógrafos, los equipos de resonancia de alta complejidad o un equipo que te resuelve -como en el caso de Tandil- bajar a un 80% la demanda espontánea de un centro de salud de alta complejidad. Creo que analizarlo a la luz de 25 años es muy sencillo, pero en ese momento, el gabinete de Cafiero tenía figuras tanto de centro derecha como de centro izquierda. Esa instancia pendular, era una cuestión de compensaciones y claramente nosotros íbamos en contra de los que defendían algunos otros. Mientras hacíamos asambleas otros negociaban medicamentos o iban a instalar tomógrafos. Contra esos intereses se necesita un tiempo bastante prudencial

AA: Digamos que un año para construir ese otro poder es poco.

GD: Si, hicimos una terapia de shock, también sirve eso pero me parece que nos faltó tacto político. Digamos, a Floreal lo empezaron a revisar y a mirar con lupa cada detalle y encontraron algo que no existía, una falsa acusación. Era pegar en el centro de su discurso político, la centralidad de su esencia. Renunció y al poco tiempo nos pidió que nos quedáramos pero era una situación insostenible. El hecho de que vos, después de 25 años vengas a hacerme un repor-

1. Svampa, Maristella. Certezas, incertezas y desmesuras de un pensamiento político: conversaciones con Floreal Ferrara . Buenos Aires . Biblioteca Nacional. 2010.

taje habla por lo menos de un triunfo, desde el punto de vista de lo que es una idea, esa idea va a quedar, que anida en algún lado.

AA: ¿Qué lectura hace de la situación de la salud pública en nuestro país hoy, a nivel general y de las estrategias de APS en particular? ¿Qué influencia dejó el ATAMDOS en la política de salud?

GD: Yo seré muy presumido al decirlo, pero imagino que los médicos comunitarios de los programas de Nación han rescatado algo de esto, al menos las tres ideas base: equipo, comunidad, atención primaria y participación popular. Me parece que hubo intentos inconexos pero que no se ha reeditado aún.

AA: En provincia están las Residencias Integradas Multidisciplinarias. Yo me formé en esa residencia; y la coordinación provincial de la residencia había sido formada en ATAMDOS, o sea que algo de eso fue replicando en algún lugar.

GD: Claro que sí pero lo que falta aún es esa mirada integrada. Claro, esa fue una idea nuestra que eran las preparatorias de los equipos ATAMDOS, pero a eso si no le ofreces un Estado que capte esos recursos, es una política de formación de recursos humanos que después no tiene en donde abonar, de hecho, nadie se anota en esas residencias, entonces tiene que haber una política integral. Nosotros lo que intentábamos generar era una política integral, eso es lo que me parece que le falta a la actual política sanitaria, una mirada integral desde la Nación y las provincias que vuelvan a instalar la estrategia de atención primaria como uno de los ejes de debate y se discuta esta idea.

Yo tengo una herramienta para el debate, para rescatar e instalar un ambiente de debate: ¿Qué fue del ATAMDOS? ¿Que es posible hoy del ATAMDOS?. Estas son las cuestiones a considerar, yo creo que falta mucho. Ahora, requiere

nuevamente de decisión política. Lo que hubo en la Argentina de Carrillo hasta acá fue Ferrara, pero de Ferrara para acá no hubo nadie, yo no conozco a nadie de las provincias que haya intentado instalar fuertemente un debate en este sentido al máximo nivel, no te estoy hablando solo de un ministro, sino de un gobernador o de que un presidente diga "Esta es la política, va a pasar esto, vamos en contra de estos intereses pero vamos a favor de estos otros." Me parece que eso, esa decisión política yo no la he visto.

AA: ¿Eso resume su concepción de la salud pública hoy?

GD: Eso resume mi concepción de la salud, se requiere una fuerte decisión política, pero es impensable pensar en esa decisión política si no es acompañado de otras decisiones. Y yo creo que este gobierno, mi gobierno, "tiene todas las condiciones para hacerlo, tiene todas las condiciones para hacerlo". Falta, tal vez, alguien que lleve la idea, que instale esta idea.

AA: Se están haciendo debates en el marco legislativo como la ley de salud mental, aunque se está viendo el déficit en la implementación de esta ley, faltan los circuitos que vehiculen los marcos normativos de las políticas públicas.

GD: Lo que sucede muchas veces con los marcos normativos, es que vienen a blanquear una situación preexistente. Por ejemplo cuando aparece el divorcio se blanquea que la gente ya se separaba de hecho, y lo mismo sucede con el matrimonio igualitario. Pero hay otros casos inversos, como es el caso de la ley de salud mental, que instala un nuevo marco para impulsar una modificación tendencial. Con el caso de ATAMDOS se podría reinstalar un debate que aún no está saldado.

AA: Bueno finalizamos acá. Muchas gracias.

GD: Gracias a vos.