

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

# **Atención primaria de la salud y políticas materno-infantiles. Un estudio de caso sobre la implementación del plan nacer en Santiago del Estero.**

Por Marisol Mancini.

Cita:

Por Marisol Mancini (2009). *Atención primaria de la salud y políticas materno-infantiles. Un estudio de caso sobre la implementación del plan nacer en Santiago del Estero. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1499>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# **Atención primaria de la salud y políticas materno-infantiles**

## **Un estudio de caso sobre la implementación del plan nacer en santiago del estero**

**Por Marisol Mancini**  
**UNSAM – Becaria Conicet**  
**marisolmancini@yahoo.com.ar**

### **Introducción**

En el presente trabajo analizaremos la implementación del Seguro Materno Infantil, denominado Plan Nacer (PN), en la ciudad de Santiago del Estero. Analizaremos un caso centrado en la Unidad Primaria de Atención (UPA) N° 4, llamada Ejército Argentino, de esa ciudad<sup>1</sup>.

A raíz de la crisis de los años 2001 y 2002, el gobierno nacional puso en marcha desde el 2003 el Plan Federal de Salud (PFS) con la misión de garantizar a todos los ciudadanos el acceso a niveles de prestación de salud básicos y a los medicamentos esenciales. Un año más tarde, en el marco del PFS, comenzó la implementación PN, el cual se solventa parcialmente con un préstamo del Banco Mundial (BM). Dicho Plan se encuentra en marcha en Santiago del Estero desde el año 2005, y actualmente continúa su implementación.

---

<sup>1</sup> Elegimos dicha UPA por estar realizando allí el trabajo de campo para la tesis de doctorado sobre Plan Nacer y Atención Primaria de la Salud.

El objetivo primario del PN es incrementar el acceso a los servicios de salud esenciales para madres hasta la finalización del embarazo por cualquier causa y hasta los 45 días posteriores al parto y niños y niñas hasta 6 años de edad en situación de pobreza, contribuyendo a disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil. En la formulación del PN se trata de introducir un nuevo modelo de gestión orientado a resultados, en donde cada efector de salud, para permanecer incluido en el Plan, debe cumplir una serie de metas sanitarias. Asimismo, contempla el desarrollo de seguros públicos provinciales orientados a focalizar de mejor forma los recursos, intentando modificar la estructura actual de asignación y la de incentivos en la prestación de los servicios.

Intentaremos analizar qué impactos ha tenido en la UPA la implementación del Plan en los siguientes aspectos: 1) la obtención de recursos (adicionales a los presupuestarios) debido a la introducción de la gestión por resultados, 2) en el trabajo del personal: administrativo, agentes sanitarios y médicos, 3) en la evolución de la cobertura 4) en la coordinación con otros planes (Remediar, Programa Materno Infantil de la provincia, etc.), y 5) en la relación médico paciente.

## **II. El Plan Federal de Salud y Atención Primaria**

En respuesta a la crisis de fines del 2001 y principios del 2002, el gobierno nacional puso en marcha en el año 2003, a través del Ministerio de Salud de la Nación (MSN), el PFS.

El nuevo modelo sanitario propuesto en el PFS se basa en la construcción de redes de atención, apoyándose principalmente en la estrategia de atención primaria, la cual es la estrategia considerada como más eficaz para lograr el mejoramiento de la salud de la población<sup>2</sup>.

El PFS propone superar tres errores del sistema sanitario anterior:

1) el “hospitalocentrismo”, mediante la promoción de los Centros de Atención Primaria de la Salud;

---

<sup>2</sup> La estrategia de atención primaria de la salud (APS) tiene una larga trayectoria. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, realizada en Alma - Ata, Kazajstán, se propuso el objetivo de alcanzar Salud para Todos en el año 2000. Allí, los países asistentes, junto a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, se comprometieron a trabajar por la cobertura de las necesidades básicas de la población con un planteamiento integral denominado Atención Primaria de Salud. La atención primaria forma parte integrante del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, y lleva lo más cerca posible la atención de salud a lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”. Sin embargo, dado que esta concepción de APS apuntaba a las causas sociales, económicas y políticas de la falta de salud, comenzó a ser resistida por los gobiernos y por el propio sistema internacional de salud pública. Se argumentó que la versión integral de la atención primaria de Alma – Atá (APS-I) era demasiado cara y poco realista, y se optó por reducirla a los grupos de alto riesgo mediante intervenciones eficientes elegidas con mucho cuidado. Esta intervención se conoce como atención primaria selectiva (APS-S). Sobre este tema ver Rodríguez, A.(2005), Rico Velasco, J. (1997), Werner, D. y Sanders, D. (2000).

2) la fragmentación entre áreas de atención (social, sanitaria, etc.) y de especialidad médica mediante el recurso “redes de atención”

3) la ignorancia de las peculiaridades ambientales, asumiendo la necesidad de asociar el diagnóstico del paciente a las condiciones sanitarias de la comunidad en que vive.

En el PFS posee una sección destinada especialmente al seguro materno infantil. Allí se señala que un porcentaje significativo de las muertes maternas podrían evitarse mediante esfuerzos conjuntos en salud sexual y reproductiva, control del embarazo y atención del parto, y que la persistencia de muertes maternas e infantiles reducibles refleja la necesidad de mirar en detenimiento el acceso de la población a los servicios de salud y el funcionamiento del sector en su conjunto. En este contexto, es creado el Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial (PISMIP), denominado Plan Nacer<sup>3</sup>.

### **III. El Plan Nacer**

Dicho plan tiene como objetivo mejorar el acceso a servicios básicos de salud para la población no cubierta por los subsistemas privado, de obras sociales o similares, a través de la implementación de Seguros de Salud Materno Infantiles Provinciales (SMIP). La finalidad es disminuir la morbi-mortalidad materno infantil. El Plan propone a las provincias un cambio sustantivo en la gestión de los sistemas de salud sobre la base de conceptos tales como: la distinción de roles de financiación y de provisión de los servicios de salud, la generación de incentivos a los resultados sanitarios, la corrección de problemas usuales vinculados a la registración clínica y administrativa de las prestaciones de salud, etc.

Para lograr sus objetivos, el Proyecto prevé:

- Financiar cobertura médica a la población infantil menor de 6 años, y mujeres embarazadas y puérperas hasta los 45 días, sin cobertura médica explícita.
- Incorporar un nuevo marco de incentivos para la contratación y gestión de los servicios de salud.
- Mejorar el diálogo sobre políticas en materia de salud entre la nación y las provincias y la integración de políticas.

---

<sup>3</sup> Por el Decreto P.E.N. N° 2724/04

El decreto 1140/2004 aprobó el modelo de Convenio de Préstamo N° 7225-AR suscripto entre la Argentina y el BM destinado a solventar parcialmente la ejecución del PISMIP<sup>4</sup>.

Las metas sanitarias del Plan Nacer, denominadas trazadoras<sup>5</sup>, son: 1) Captación temprana de la embarazada (antes de la semana 20 de gestación); 2) Efectividad de atención del parto y atención neonatal; 3) Efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad; 4) Efectividad de atención prenatal y del parto; <sup>6</sup> 5) Auditoria de Muertes infantiles y maternas; 6) Cobertura de inmunizaciones; 7) Cuidado sexual y reproductivo; 8) Seguimiento de niño sano hasta 1 año; 9) Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años; 10) Inclusión de Comunidades Indígenas.<sup>7</sup>

La responsabilidad de la prestación reside en los niveles subnacionales, especialmente en las provincias. Dado que se trata de introducir un nuevo modelo de gestión orientado a resultados, las metas sanitarias se pautan para un cuatrimestre y en el transcurso del año se realizan los acuerdos correspondientes.

Para realizar la transferencia de recursos, el MSN calcula mensualmente la Transferencia Mensual Base (TMB) definida como el producto de un monto per cápita base por el número de Beneficiarios Elegibles Inscriptos. El monto per cápita base es uniforme para todas las provincias y actualmente son 15 pesos mensuales por Beneficiario Elegible Inscripto.

La Unidad Ejecutora Central (UEC), dependiente del MSN, gira a las provincias adheridas el 60 % de la TMB. Dicho desembolso se efectúa inmediatamente después de que cada provincia envía el registro de enrolados de cada mes, y luego de que el mismo ha sido certificado (mediante la comprobación con los datos actualizados enrolados de la seguridad nacional y provincial) por la sub-unidad de capitación del Plan Nacer.

---

<sup>4</sup> El proyecto forma parte de un crédito denominado Adjustment Program Lending (APL), que permite una ejecución en 10 años y el cual está dividido en dos préstamos. El APL I se está implementando en las 9 provincias del Noroeste Argentino (NOA) y del Noreste Argentino (NEA); y el APL II en las restantes 15 provincias del centro y sur del país, Cuyo, Centro, Patagonia y Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los componentes del Plan son los siguientes: 1) implementación del Seguro Materno Infantil Provincial (SMIP); 2) apoyo al financiamiento institucional y del rol de rectoría del Ministerio de Salud Nacional y de las Provincias incorporadas al SMI; 3) difusión, comunicación para la implementación del SMI y educación para la salud; 4) sistemas de Monitoreo, Evaluación y Auditoria continua; 5) gerenciamiento y administración del Proyecto.

<sup>5</sup> El requisito de cumplimiento de estas metas fue variando a medida que avanzaba la implementación del Plan. En un primer momento cada efector debía cumplir al menos tres metas mensuales. Actualmente también se aceptan cumplimientos parciales de las mismas. Cabe mencionar que cada efector factura a la Unidad de Gestión del Seguro Provincial por cada meta cumplida.

<sup>6</sup> Esta meta corresponde al segundo nivel de atención.

<sup>7</sup> Esta meta solo se lleva a cabo en algunos efectores en el interior de la provincia.

Asimismo, la Nación gira cuatrimestralmente, una Transferencia Complementaria (TC) que es equivalente al 40% de la sumatoria de las TMB de los últimos 4 meses multiplicado por un coeficiente que refleja el cumplimiento de las metas trazadoras. Es decir que el logro del objetivo de producción para una de las 10 trazadoras habilita a la provincia participante para recibir el 4% del pago de capitación para cada participante enrolado en el período. La provincia recibe el 40 % de la TC si alcanza las 10 trazadoras.

Las Transferencias Capitadas se calcularon sobre el 100% del monto per cápita base durante los primeros 3 años. En el cuarto año las Transferencias se calcularán sobre el 70% de dicho monto per cápita base, y en el quinto año se calcularán sobre el 40 % de dicho monto. En el sexto año cesarán las transferencias a las provincias. Es decir, que progresivamente, las provincias tendrán que aumentar los recursos destinados al Plan, hasta que se hagan cargo de totalidad del mismo.

La provincia adherida es responsable, a través de la Unidad de Gestión del Seguro Provincial (UGSP), de asignar los fondos transferidos con las finalidades y restricciones previstas. Los efectores que facturan las prestaciones a la UGSP están obligados contractualmente a cumplir el nomenclador y las condiciones técnicas vigentes, y la provincia es la responsable de la calidad de las prestaciones brindadas. El nomenclador es único para las provincias participantes y se rige por normativas elaboradas por el MSN.

La UGSP debe tomar todas las medidas de control que sean necesarias para garantizar que los Formularios de Inscripción no correspondan efectivamente a personas con otra cobertura explícita. Para ello debe cotejar los datos de las inscripciones con los padrones de la Seguridad Social Nacional, Provincial y las bases de entidades privadas en caso de existir regulación legal de dichas entidades, así como de programas nacionales que alcancen a la misma población elegible.

Una vez validados los datos de las inscripciones por parte de la UGSP, ésta informa al remitente de los datos sobre la aceptación o rechazo de la inscripción, siendo la fecha de esta decisión la fecha de alta al SMIP.

#### **IV. Implementación del PN en la UPA Ejército Argentino<sup>8</sup>**

La UPA tiene una antigüedad de 45 años, primero fue una posta sanitaria y luego se convirtió en UPA. Su radio de influencia incluye a cuatro barrios: Tradición, Campo Contreras, Almirante Brown y Ejército Argentino.

La particularidad de esta UPA es que tiene un gran reconocimiento por parte de la comunidad, la cual se involucra en lo que tiene que ver con la mejora y funcionamiento de la UPA. Posee equipamiento tales como mamógrafo, rayos X, laboratorio y equipos de odontología por una donación que recibió de España tramitada a través de un proyecto presentado por el barrio.

A continuación, intentaremos analizar qué impactos ha tenido en esta UPA la implementación del Plan en los siguientes aspectos:

##### **1) En la obtención de recursos debido a la introducción de la gestión por resultados:**

EL principal y casi único recurso que recibe la UPA proviene de PN. No hay ningún aporte presupuestario desde la Dirección de Atención Primaria que depende del Ministerio de Salud. La contratación de recursos humanos, la compra de bienes de consumo y el mantenimiento de la UPA se solventa con dinero del PN. Este es el aspecto positivo de su implementación.<sup>9</sup>

Al estar basado en la estrategia de APS, el PN ha permitido revitalizar en parte la atención primaria, ya que se le daba más importancia a la atención hospitalaria, y ha logrado poner en otro nivel todas las prestaciones que tienen que ver con el cuidado de la salud, como por ejemplo ciertas metas trazadoras como control del niño sano, control de embarazo, puerperio, vacunación.

##### **2) En el trabajo del personal:**

###### **Administrativo**

Ante los nuevos requerimientos del plan al personal de la UPA le costó adaptarse porque exige otra metodología de trabajo, especialmente en lo referente al trabajo administrativo. Uno de los

---

<sup>8</sup> La información volcada en esta sección la obtuve mediante entrevistas realizadas a la coordinación de la UPA, a los agentes sanitarios y al Director General de APS de la provincia. También obtuve información mediante observación participante.

<sup>9</sup> Si bien es considerado como un aspecto positivo por parte de la coordinación de la UPA, el hecho de que se utilicen fondos del PN para bienes como lapiceras, artículos de limpieza, etc. revela el desentendimiento del Ministerio de Salud, ya que ha dejado de aportar los fondos que le corresponden presupuestariamente. Ante el pedido de fondos por parte de los efectores para compra de este tipo de bienes, la respuesta del Ministerio es que lo hagan con fondos del PN. Vinculado con esto, un efecto distorsivo del Plan es ha creado "privilegios". El hecho de se reciba dinero por facturar prestaciones ha producido sesgo hacia la atención materno infantil.

principales problemas que ha tenido la UPA es que no llega a tiempo con la facturación de las prestaciones.

El personal administrativo ha manifestado la necesidad de capacitación en tareas referidas al Plan, tales como: realización adecuada de las facturas y los detalles de prestación, documentación obligatoria que debe adjuntar para facturar algunos códigos del nomenclador (por ejemplo, consejería, traslados, rondas, talleres etc.), llenado de informes de registro prestacional, uso de fondos, rendición de gastos y gastos elegibles.

### **Médicos**

El Plan ha tenido efectos negativos al interior de los equipos de salud, ya que desde el inicio del mismo se pretendió cobrar un plus por atender a pacientes beneficiarios del PN. No se entendió que los fondos transferidos desde nación son para mejorar la calidad de la atención en general. Por lo tanto, hubo trabajar internamente con el equipo para que se entendiera de qué se trataba el Plan.

### **Agentes Sanitarios**

Los agentes sanitarios (AS) hacen las visitas domiciliarias, tienen casas a números de vivienda y familias asignadas. El año está subdividido en cuatro rondas sanitarias que son de tres meses cada una. La inscripción al Plan se realizó a través de los agentes sanitarios y también por las pacientes que se acercaban espontáneamente a la UPA.

Los AS han manifestado disconformidad con el PN. Esto se debe a que consideran que no han recibido pautas claras para realizar su trabajo, principalmente en la registración de la información. Sin embargo, desde el PN y la Dirección de APS la percepción es diferente, dado que sostiene que los AS deben realizar su trabajo de la misma forma que lo hacían habitualmente. El problema radica en que como se factura por cumplimiento de metas, los AS salen a captar madres (Meta trazadora 1). Esto genera un mal clima laboral con la coordinación, porque consideran que no hacen la ronda como corresponde.<sup>10</sup>

También se ha registrado resistencia a los requerimientos de registro del PN, principalmente con el personal que tiene antigüedad, y los nuevos no reciben capacitación adecuada.

---

<sup>10</sup>El problema con los AS es histórico, pero no solamente en esta UPA. Tradicionalmente, las rondas no fueron controladas por el Ministerio. Con el PN se empezó a hacer análisis de ronda y se descubrió que las rondas dejan gran parte de la población sin abarcar y que algunas contenían información falsa, copiada de rondas anteriores.



Asimismo, se registra el mismo problema que con los médicos, quieren percibir un adicional por cumplir metas, cuando esas tareas son propias de la ronda sanitaria.

### **3) En la evolución de la cobertura:**

La cobertura involucra dos aspectos:

-Cobertura por programas y actividades de salud, es decir, porcentaje de población que recibe dicho servicio en relación a la población que lo requería.

-Cobertura geográfica: se refiere a la utilización “real” del servicio por parte de la población, y no a la sola presencia de un establecimiento en determinada área.

La UPA tiene amplia cobertura por el PN y geográfica. Con respecto a ésta última, al ser esta UPA es una de las más grandes y mejor equipadas de la ciudad atiende no sólo a la población a cargo sino también a población de otras partes de la ciudad. Incluso, como tiene mamógrafo derivan pacientes del Hospital Regional de la ciudad, el más importante de la provincia, para que se realicen allí las mamografías. Asimismo, tiene guardias a partir de las ocho de la noche tres días por semana. Desde el punto de vista de la coordinación de la UPA y de la comunidad esto representa un problema porque hay personas que viven en un sector alejado y no tienen como ir a los hospitales por lo que reclaman más guardias. Pero desde la Dirección de APS del Ministerio de Salud se considera que una UPA no debe tener guardias porque eso distorsiona el funcionamiento de sistema de salud por niveles de atención y que además implica una distracción de recursos.

### **4) En la coordinación con otros planes:**

La coordinación con otros planes se vio dificultada por la falta de insumos. Por ejemplo, se registra una alta tasa de embarazos no deseados por falta de insumos en el área de salud reproductiva, por lo cual la UPA estuvo uno año sin anticonceptivos orales e inyecciones, lo único que había eran dispositivos intrauterinos.

Lo que sí ha tenido un resultado positivo es la articulación del trabajo en obstetricia con lo de control del niño sano. Reciben cada vez más niños con pocos días de haber nacido para control. Las coordinadoras de la UPA lo vinculan al control del embarazo que se realiza por PN. Asimismo, se registra una mayor asistencia al control del puerperio y a las charlas de planificación familiar.

Si bien costó desde el punto de vista de la concientización de las madres, se ha logrado paulatinamente un progreso en lo que es el control del niño sano y entrega de leche (cuando hay), que corresponde la Programa Materno Infantil tradicional de la provincia. Al principio había cierta resistencia porque solo asistían para retirar la leche. En cambio ahora han separado la sala de entrega de leche de la del control del niño sano, y se ha logrado que una vez que se haya hecho el control se entregue la leche.

#### **5) En la relación médico paciente:**

Ha habido problemas en lo que se refiere a la concientización acerca de la importancia de la prevención y promoción de la salud. Por lo cual, muy pocas madres regresan a la consulta luego de dar luz a sus hijos, pues consideran que no tienen ningún problema de salud para asistir a la UPA.

Las coordinadoras de la UPA plantearon que dado que hay muchos casos de embarazos no deseado, la meta trazadora vinculada a la captación temprana de la embarazada es muy difícil de cumplir, ya que muchas madres, como no desean tenerlos no van a la UPA porque piensan que existe la posibilidad de perderlos, o van a una primera consulta, y luego no asisten más porque se han realizado un aborto.

Entonces, hay metas que no se cumplen por características propias de la población y del sistema en general, y no por fallas de la UPA en el cumplimiento de metas.

#### **V. Comentarios finales**

Al momento de analizar el impacto que ha tenido el PN en la UPA, no podemos dejar de considerar las características generales del sistema de salud de Santiago del Estero.

En primer lugar, uno de los objetivos principales que surgen del diseño del Plan consiste en incorporar un nuevo marco de incentivos para la contratación y gestión de los servicios de salud, es decir introducir los principios de eficiencia del sector privado en el Estado. Si bien se pretende fortalecer al primer nivel de atención y la estrategia de APS con incentivos monetarios, las mejoras en ese sentido parecen responder más a la necesidad de obtener de recursos que a la internalización efectiva de cual es el objetivo de una estrategia de APS.

Con respecto al impacto del uso de los recursos en la UPA, una consecuencia indirecta del Plan es que como se ha mejorado la infraestructura de la UPA, toda la población que asiste de ve beneficiada.

Un problema de los efectores de salud es que la mayoría de ellos no realizaba registro de historias clínicas. La nueva modalidad de la calidad del registro está limitada al PN y en los centros de salud consideran que PN tiene una historia clínica especial. Eso tiene que ver con desde el ministerio nunca se controlaron las historias clínicas de la población a cargo.

El fortalecimiento de la capacidad institucional de las provincias en el sector de la salud, apunta a que, a largo plazo, las mismas destinen recursos propios al seguro materno infantil. Claro está, que fortalecer la capacidad institucional a nivel provincial no es en si mismo negativo, pero la perspectiva es que no se logrará.

El fortalecimiento de la capacidad institucional parece haber quedado reducido a la descentralización de recursos en los efectores, ya que el Ministerio no se ha apropiado del PN y por ejemplo, no se ha trabajado conjuntamente con el Programa Materno Infantil. Hay muchas cuestiones comunes que competen tanto al Plan Nacer como a la Dirección de Maternidad e Infancia, pero no se realiza un trabajo articulado para dar una mejor atención.

Progresivamente la provincia tendrá que hacerse cargo del Plan, y todavía es incierto el panorama, primero, porque si bien los fondos del Plan debían ser complementados con los del presupuesto provincial, éstos últimos han tendido a reemplazarlos, y segundo, no se sabe si se mantendrá la descentralización de recursos por efector.

## Bibliografía

- Manual Operativo del Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial. Octubre de 2004.
- Ministerio de Salud de la Nación (2007) Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial (PISMIP). Elementos para la revisión de medio término. Resumen ejecutivo.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2004) Plan Federal de Salud. Recuperado 10 de junio de 2007 de [http://www.msal.gov.ar/htm/site/institucional\\_planfederal.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/institucional_planfederal.asp) - 18k
- Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacer Argentina. Recuperado 4 de junio de 2007 de [http://www.nacer.gov.ar/content.asp?Cont\\_SubSeccionItemID=9#none](http://www.nacer.gov.ar/content.asp?Cont_SubSeccionItemID=9#none)
- Rico Velasco, J. (1997) *Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: Las contradicciones en el paradigma de salud para todos*. Colombia Médica, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, 1997. Recuperado el 20 de agosto de 2007 de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol28No1/index.html>
- Rodríguez, A. L.(2005) *El Planteamiento Ideológico de Alma – Atá*. Revista Cubana Salud Pública; 31(2). Recuperado el 20 de agosto de 2007 de [http://imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=33095&id\\_seccion=2206&id\\_emplaz=3409&id\\_revista=79](http://imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=33095&id_seccion=2206&id_emplaz=3409&id_revista=79)
- Werner, D. y Sanders, D.(2000) *Alma – Atá y la Institucionalización de la Atención Primaria de la Salud*, en *CUESTIONANDO LA SOLUCIÓN: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil*. Recuperado el 25 de agosto de 2007 de <http://www.healthwriths.org/static/cuestionado/cap3.htm>