

Las políticas sanitarias en el nivel local: los desempeños de la estrategia APS en tres casos del conurbano Bonaerense.

Ariovich, Ana y Jimenez, Carlos.

Cita:

Ariovich, Ana y Jimenez, Carlos (2009). *Las políticas sanitarias en el nivel local: los desempeños de la estrategia APS en tres casos del conurbano Bonaerense*. V Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-089/299>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ezpV/3Ep>

Título: “Las políticas sanitarias en el nivel local: los desempeños de la estrategia APS en tres casos del conurbano Bonaerense”.

Autores

Ana Ariovich. Becaria doctoral FONCYT/UNGS, Área de Política Social del Instituto del Conurbano de la UNGS, Juan Maria Gutiérrez 1150 (B1613GSX), Los Polvorines, Provincia de Bs As, **Mail:** ariovich@ungs.edu.ar Tel. 4469-7500 interno 7233

Carlos Jiménez. Investigador y Docente Asistente – ICO/UNGS, Área de Política Social del Instituto del Conurbano de la UNGS, Juan Maria Gutiérrez 1150 (B1613GSX), Los Polvorines, Provincia de Bs As, **Mail:** cjimenez@ungs.edu.ar Tel. 4469-7500 interno 7234.

Presentación

Esta ponencia se enmarca en el proyecto de investigación PICTO/UNGS N° 36786¹ denominado “*Los sistemas de salud en el nivel local: mirando la gestión desde la atención de la salud de la población*”². El mismo, se desarrolla dentro del Área de Política Social del Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento, bajo la dirección de Magdalena Chiara.

El trabajo está organizado en cinco partes que siguen a esta presentación. La primera, expone los objetivos y el abordaje metodológico del estudio. Una segunda parte, describe los procesos de reforma experimentados por la política sanitaria en la provincia de Buenos Aires a lo largo de las últimas dos décadas. La tercera parte, da cuenta de las coordenadas conceptuales desde las cuales se pueden pensar los modelos de atención de la salud en el nivel local. La cuarta parte introduce un conjunto de variables que permiten evaluar el desempeño de los servicios de salud en el primer nivel de atención. La quinta parte, presenta un conjunto de hallazgos en referencia a las dinámicas de atención que tienen lugar en dichos servicios, poniendo el foco en las percepciones de los efectores sobre el acceso a los servicios, las tareas de prevención y promoción, las actividades de captación, la situación de consulta y el tránsito por el sistema. Por último, un apartado final recapitula las principales contribuciones del trabajo.

1- Los objetivos y el abordaje metodológico

¹ Préstamo BID 1728/OC-AR. / UNGS

² Dicha investigación se propone identificar los principios que orientan la organización de los sistemas de salud en el nivel local en los municipios de Tigre, San Fernando y Malvinas Argentinas.

Este trabajo se propone comparar y caracterizar los desempeños de la atención primaria de la salud, en un conjunto de efectores del conurbano bonaerense.

En este sentido, se abordan las prácticas relativas a la atención primaria de la salud en los municipios de Malvinas Argentinas, Tigre y San Fernando, situándose en el nivel de la microimplementación³ de la política sanitaria. Estos municipios, se presentan como casos relevantes debido a las características y a las singularidades que evidencian tanto su población, como la organización de sus sistemas locales de salud⁴.

Se trata de un estudio transversal que utiliza un abordaje cuantitativo, articulado con material cualitativo.

El relevamiento de la evidencia empírica contempló la realización de 60 encuestas a profesionales de la salud (clínicos/cas, ginecólogos/gas, pediatras, obstétricas y enfermeras/os) empleados en los centros de asistencia sanitaria del primer nivel de atención. Asimismo, se llevaron adelante 30 entrevistas semiestructuradas y en profundidad a los Directores de las Unidades Sanitarias. Finalmente se revisaron fuentes secundarias⁵ para realizar una caracterización de los municipios en relación a sus sistemas de salud.

El trabajo de campo en cada uno de los municipios, comprendió un total de veinte encuestas y diez entrevistas en profundidad que fueron efectuadas a lo largo del mes de diciembre del año 2008. En cada Centro de Salud se realizaron dos encuestas a personal involucrado en la atención de la salud, y una entrevista al profesional responsable de la Unidad Sanitaria.

Los efectores seleccionados fueron aquellos que presentan una oferta variada de servicios. El criterio fue indagar sobre aquellos que brindan -por lo menos tres- de las 5 especialidades consideradas básicas en la atención primaria de la salud: clínica, pediatría, obstetricia, ginecología y enfermería.

³ Siguiendo a Berman (1996), definimos a la micro-implementación de las políticas como el proceso concreto de prestación de servicios para una población determinada, llevado a cabo por organizaciones y agentes locales con sus propios patrones particulares de gestión y rendimiento.

⁴ Los tres municipios fueron seleccionados a partir de los aportes del trabajo de campo realizado en el marco de la investigación "*Condiciones de vida, control del embarazo y del bajo peso al nacer en municipios de la Región Sanitaria V, Pcia*". Allí, se identificaron como relevantes debido al conjunto de singularidades que presentan: *a*- gobiernos locales con estilos de gestión bien heterogéneos; *b*- desarrollo de estrategias diferenciales de resolución de las tensiones estructurales y estructurantes; *c*- diferentes niveles de cobertura y capacidad para producir satisfactores en función de las características de la población local; *d*- desiguales resultados en torno a las tasas de mortalidad materna-infantil y a los porcentajes de madres adolescentes (además de otros componentes que muestran también comportamientos poco homogéneos).

⁵ Estadísticas, documentos y legislación provistas por el Ministerio de la Provincia y por organismos de Salud Municipales

2- Los procesos de transformación de la década de los '90 y su impacto en la política sanitaria local

Los procesos de focalización y descentralización, que tuvieron lugar en la década de los '90 junto con la reforma del Estado, impactaron directamente en el entramado político institucional de los sectores de salud, determinando las orientaciones que asumieron las políticas sanitarias.

La tendencia predominante en la *descentralización*⁶ de la salud fue la transferencia de la responsabilidad de los servicios (conjunto de hospitales) a los niveles subnacionales (provinciales), los cuales se transformaron en organismos coordinadores de establecimientos autárquicos y relativamente autónomos, con fuentes diversificadas de financiamiento (Repetto y Andrenacci, 2005). A su vez, en algunas provincias, también se desconcentraron las funciones relativas a la atención primaria de la salud hacia la órbita municipal.

El proceso de focalización también alcanzó al sector de salud pública, y fue denominada como la reforma residual (Belmartino, Levín y Repetto, 2001). Este proceso implicó en la política sanitaria un cambio de objetivo: del ciudadano como receptor por derecho, al grupo o zona de riesgo como receptor estratégico.

En suma, estas reformas en las políticas de salud -orientadas hacia la focalización y la descentralización- impactaron, por un lado, sobre la ciudadanía social y el pleno ejercicio de los derechos sociales, generando mecanismos que dificultaron el acceso a los servicios de salud por parte de los sectores más vulnerables de la población (Belmartino, Levín y Repetto, 2001). Y, por el otro, cambiando las modalidades de intervención y de institucionalidad de la política sanitaria (Repetto, 2009). El resultado final de estos procesos, ha dado lugar en la esfera local a una brecha entre las nuevas responsabilidades asumidas por los municipios en el campo de la salud y el déficit de capacidad estatal para sostener su pleno ejercicio.

En la Provincia de Buenos Aires, la descentralización del Sistema de Salud constituye un caso paradigmático ya que la misma dio lugar a un complejo mapa con establecimientos públicos pertenecientes a tres niveles jurisdiccionales distintos (nacional, provincial y municipal). Asimismo, en estos establecimientos convergen recursos y programas que contemplan criterios distintos de focalización, desiguales modalidades de implementación y diferentes fuente de financiamiento.

⁶ Es la transferencia de responsabilidades, competencias y capacidades desde unidades superiores a unidades de gobierno de menor dimensión territorial, pudiendo encontrar distintas modalidades (Jordana, 2001).

Por otro lado, la transferencia de los Centros de Salud a la esfera local operó sobre un punto de partida institucionalmente débil y heterogéneo en los municipios, configurando así espacios de producción de política sanitaria con características muy distintas.

Es de esperar que todos estos cambios experimentados en la gestión de la política sanitaria bonaerense hayan incidido en las dinámicas de atención de los efectores locales. Esto nos obliga a repensar el tipo de modelo de atención que los Centros de atención primaria están brindando, por un lado, y a analizar el desempeño de los servicios sanitarios, por el otro.

3- Repensando la atención de la salud en el primer nivel: una aproximación teórica al modelo APS

El “*enfoque de APS*”, que tiene su origen a en la declaración internacional de Alma Ata⁷ .

Según dicha declaración, la APS (Atención Primaria de la Salud) es la “*Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con el espíritu de autoresponsabilidad y automoderación*”⁸.

Esta declaración redefinió el concepto de salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y como un derecho humano fundamental. Asimismo, estableció estrategias para alcanzar dicho estado de salud: *la promoción y la prevención*. Mientras que las acciones de promoción de la salud implican buscar un mayor control sobre los determinantes de la salud (ambiental, socioeconómico, etc), la prevención se implementa para reducir un riesgo determinado relacionado con la salud.

Si bien son muchas las acepciones que a tomado el termino de APS desde la declaración de Alma Ata⁹, lo ciertos es que hay consensos acerca de su importancia para mejorar la accesibilidad y equidad en la utilización de los servicios y la integralidad en la prestación de los mismos (Gelb Safran, 2003; Starfield et al 2005; Forti, 2009).

Forti (2009) identifica la convivencia de cuatro enfoques diferentes para orientar las prácticas de la APS. Un primer enfoque denominado “Atención Primaria”, donde se la define como la

⁷ Esta conferencia fue realizada en el año 1978 y definió – a la vez que otorgó reconocimiento internacional- al concepto de Atención Primaria de la Salud (APS).

⁸ OMS: Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978

⁹ Actualmente, nos encontramos en un escenario frente al cual distintos organismos internacionales -como la Organización Panamericana de la Salud- intentan promover la “renovación de la APS”, planteando un enfoque superador que revitalice el concepto de APS. La propuesta central es mejorar la capacidad de los países para que puedan organizar estrategias efectivas, coordinadas y sostenibles, que resuelvan los problemas de salud con marcos de promoción de la equidad (OPS, 2008).

puerta de entrada al sistema de salud, y donde hay lugar para la prevención y para la atención curativa en forma continuada. Un segundo modelo llamado “Atención Primaria Selectiva”, que se caracteriza como aquel que ofrece un número limitado de servicios con paquetes como la orientación materno-infantil. En tercer lugar, encontramos la propuesta de “Alma Ata”, que considera la APS como un primer nivel de atención integrado, continuado y con participación y con coordinación intersectorial. La cuarta perspectiva de APS, que ha tomado importancia en los últimos años, puede denominarse como aquella que contempla los derechos humanos y determinantes sociales, y en la cual se incluye al contexto y al entramado social de los actores como proveedor de la APS.

En suma, la APS debe ser entendida como una estrategia integral para mejorar la salud de la población, para lo cual debe contar con un conjunto de componentes que permitan su desarrollo, tales como son la reorientación del recurso humano, la participación social, las tecnologías apropiadas, la programación por necesidades territoriales, la intersectorialidad y la cobertura universal. Todos estos elementos deben ser tenidos en cuenta para el desarrollo de la APS como estrategia orientada a mejorar la salud (Rovere, 2006).

4. Hacia una conceptualización del desempeño en el primer nivel de atención de la salud

Dentro de este marco de discusión general en torno a qué entendemos por atención de la salud en el primer nivel, el debate sobre los modos en los cuales debemos medir su desempeño, también cobra significativa relevancia. En particular, en la última década, se puede observar el desarrollo de propuestas conceptuales y metodológicas dirigidas a evaluar el desempeño de la atención primaria de la salud enmarcada en los procesos de modernización del Estado (Almeida, 2002). Estas propuestas buscan responder a la necesidad de ampliar el acceso a servicios de salud de calidad, sobre todo en los países Latinoamericanos (Céspedes, 2002; Almeida et al 2006; Vega Romero et al 2006; Flores, 2005).

Así, varios autores demuestran en sus investigaciones que las variables *accesibilidad* y *equidad* en la utilización de los servicios, *continuidad*, *integralidad*, *capacidad resolutive* y *coordinación asistencial*, posibilitan medir las dimensiones que refieren al desempeño de la atención primaria de la salud (APS) de manera válida y confiable (Starfield et al, 2005; Vega Romero et al, 2006; Burrone et al 2007).

Mogollón-Pérez y Vázquez (2008), focalizan sus estudios de *accesibilidad* en aquellos factores institucionales que inciden en el acceso de la población a los servicios de salud. Factores como la financiación de la atención en salud, el aseguramiento en salud, los

procedimientos administrativos para la atención, la capacidad de respuesta de las instituciones en términos tanto de oferta como de infraestructura, la coordinación interinstitucional en la prestación de servicios, y la divulgación de políticas para la atención, son los que definen las condiciones de acceso de la población a los servicios de salud.

Wallace y Enriquez-Haas (2001), complejizan el concepto de accesibilidad y estudian las tres dimensiones que contribuyen a una distribución social equitativa, para analizar el acceso a los servicios de salud: *disponibilidad*, *accesibilidad* y *aceptabilidad*. La *disponibilidad* refiere a la existencia de recursos físicos y humanos suficientes para responder a las necesidades médicas de la población, mientras que la *accesibilidad* refiere a la existencia de medios para acceder a los servicios en cuestión. Finalmente, los servicios deben responder a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que éstos se vean motivados a utilizarlos apropiadamente. La *aceptabilidad* de los servicios de salud suele estudiarse a través de la satisfacción que manifiestan los usuarios.

Por su parte, la *continuidad*, refiere a la existencia de un equipo de salud habitual en la atención del paciente (Vega Romero et al, 2006; Burrone et al, 2007).

La *integralidad*, en cambio, se logra con una oferta de prácticas preventivas, de promoción de la salud, de tratamientos y rehabilitación, integradas funcionalmente entre los distintos niveles y estructuras del sistema sanitario (Starfield, 2001). Es decir que la *integralidad*, requiere de una organización de las repuestas sanitarias de acuerdo a las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, a partir de una equitativa asignación de los recursos e intervenciones (Vega Romero et al, 2006).

A su vez, la *coordinación* requiere de una integración y continuidad en la atención paciente, y de disponibilidad de información acerca de sus problemas y de los servicios por él utilizados (Starfield et al, 2005).

La *capacidad resolutive*, por otro lado, determina la proporción de problemas de salud que encuentran solución en el centro de salud. Entre las variables que permiten identificar la capacidad resolutive, pueden mencionarse la variedad de población que se maneja, la actividad de prevención primaria y secundaria, los recursos disponibles de diagnóstico y tratamiento, porcentaje de población atendido sin derivación, calificación del personal de salud. (Burrone et al, 2007). Por último, la *cobertura* es resultante del oferta sistematizada de servicios de salud que satisfagan las necesidades de la comunidad, de forma continua, accesible y socialmente aceptada (Burrone et al, 2007).

Dana Gelb Safran (2003), agrega a las condiciones básicas de accesibilidad, continuidad e integralidad de la atención primaria ya definidas, la orientación hacia la persona como totalidad y la gestión clínica. Asimismo, la autora subraya la necesidad de tener en cuenta tres áreas necesarias para alcanzar el ideal del cuidado integral en la atención primaria: el uso de un equipo de profesionales en la atención médica; el establecimiento de una relación significativa entre las partes (pacientes/ clínicos), la integración del cuidado del paciente en un sistema de salud frecuentemente experimentado como fragmentado.

Finalmente, a partir de una noción de atención básica concebida para países Latinoamericanos, Almeida y Macinko (2006) retoman a Starfield et al (2003) y proponen una lista de atributos principales o dimensiones esenciales para el análisis del desempeño de la atención primaria. Estos atributos reflejan el concepto comunitario y multisectorial que, según estos autores, define a la atención primaria:

-*Acceso*: incluye cuestiones como la localización del centro de salud, respecto de la población a la cual atiende; horario y días de atención; y grado de tolerancia para consultas no agendadas.

-*Puerta de entrada*: implica acceso y uso de los servicios para cada nuevo problema que lleva a buscar atención de la salud.

-*Vínculo con el usuario*: presupone la existencia de una fuente regular de atención, y de su uso a lo largo del tiempo. Asimismo, involucra capacidad por parte de la unidad de salud de identificar a la población “adscripta”. Como así también, la existencia de fuertes vínculos entre la población y la unidad de salud que reflejen cooperación mutua.

-*Oferta de servicios*: implica que las unidades de salud deben contemplar todos los servicios necesarios para la atención de la salud del paciente. Esto incluye la derivación para consultas especializadas (segundo nivel) y servicios terciarizados, domiciliarios y comunitarios.

-*Coordinación*: supone algún tipo de continuidad. Por ejemplo, a través de la atención por parte del mismo profesional, o por medio de la utilización de protocolos médicos. Además, requiere del reconocimiento de los problemas anteriores y de aquellas situaciones de derivación a otros profesionales y/o servicios.

-*Enfoque familiar*: contempla al sujeto en su entorno cotidiano, planteando que la evaluación de las necesidades de salud debe tener en cuenta el contexto familiar y la exposición del sujeto a amenazas de cualquier orden.

-Orientación para la comunidad: considera que todas las necesidades de salud de la población ocurren en un contexto social determinado.

-Formación profesional: considera que el área de atención básica requiere de una especialización. Es decir, que supone que el profesional requiere de una capacitación en función de las dimensiones mencionadas anteriormente.

Planteadas de esta forma las funciones de atención primaria, es pertinente la argumentación de Belmartino (2007), acerca de del rol distintivo que debe jugar el médico perteneciente al nivel de atención primaria, integrando el cuidado que el paciente recibe en este nivel con los demás niveles del sistema. Así, un generalista o médico de familia puede encontrarse involucrado en tres niveles de relaciones necesarias para la atención integral del paciente: *a.* hacia arriba con la atención hospitalaria de segundo y tercer nivel; *b.* lateralmente con otras disciplinas de atención primaria (por ej. enfermeras comunitarias o servicios de cobertura de emergencia); *c.* hacia abajo con servicios de salud pública, servicios escolares y servicios ocupacionales. A continuación avanzaremos sobre algunos resultados en función de las dimensiones de análisis planteadas desde este enfoque.

5- Los modelos de atención: una aproximación desde los resultados

El plano *de la atención* refiere al nivel de los servicios (en cantidad y calidad) que se prestan a la población y se dirimen cuestiones tales como ¿cuáles son las prestaciones que se ofrecen?; ¿cuál es su alcance?; ¿bajo qué condiciones se habilitan las prestaciones?; ¿cómo se organizan las prestaciones en relación a las demandas?; entre otras.

El estudio del cual es tributario este trabajo buscó mirar la atención en aquella zona de interfase que se constituye con la relación a los servicios; para ello, y retomando los aportes de la literatura¹⁰, se recuperaron y analizaron las percepciones de los profesionales de los CAPS sobre un conjunto de dimensiones comprendidas en el proceso de la atención de la salud en el primer nivel: *formación profesional; accesibilidad a la atención; organización del trabajo, capacidad resolutive, coordinación y articulación con el segundo nivel.*

5.1- La formación profesional en el abordaje de la atención

Históricamente, las formaciones en las especialidades médicas estuvieron atravesadas por el modelo médico más hegemónico, por ello, mas allá de las iniciativas de los gobiernos locales

¹⁰ Ver apartado 3.1 del presente trabajo.

para promover la APS, la formación de los recursos humanos involucrados en el primer nivel juega un papel clave en el tipo de atención brindada.

El enfoque de APS, como vimos, contempla a la práctica de atención, no como un acto médico, sino como un hecho de orden social (Rovere, 2005). Esto implica que los profesionales de la salud deben saber como abordar la atención teniendo en cuenta los diferentes factores que determinan la salud de la población. En este sentido el ejercicio que el profesional posee en el Centro de Salud, más allá de su trayectoria personal en la profesión - que sin lugar a duda también cuenta es su formación profesional. Así, el tiempo de trabajo dentro del Centro de Salud es importante porque implica un mayor conocimiento de las características sociosanitarias de la población perteneciente al área de influencia.

En este estudio, mientras un 50% de los encuestados pertenecientes al municipio de Tigre poseen 6 años o más de trabajo en el Centro de Salud, este porcentaje asciende a 70% para San Fernando. En contraste, en Malvinas Argentinas casi la totalidad de los profesionales encuestados entraron a trabajar en el Centro en los últimos 5 años (95%). Esto convertiría a Malvinas Argentinas en un municipio con un alto porcentaje profesionales con poco tiempo ejercicio en los efectores bajo su órbita.

Cuadro N°1: Años de trabajo en el Centro de Salud según el municipio			
	San Fernando	Tigre	Malvinas Argentinas
menos de 1 año	10,0%	15,0%	10,0%
1 a 5 años	20,0%	35,0%	85,0%
6 a15 años	40,0%	30,0%	0%
16 y más años	30,0%	20,0%	5,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%
Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo efectores 2008. UNGS			

Por otro lado, la realización -o no- de capacitaciones específicamente relacionadas con las temáticas de APS como parte de la continuidad formativa de los profesionales, también marca una tendencia en el perfil de los profesionales involucrados en el proceso de atención en el primer nivel. Aquí, la mayoría de los encuestados (75%) indicaron no haber tomado en los últimos dos años cursos o capacitaciones vinculadas a la problemática de la APS. Este porcentaje se profundiza en el Municipio de Malvinas Argentinas, donde llega a superar al 80%. Asimismo, los directores entrevistados sostienen que dada la saturación que poseen los servicios y la cantidad de tareas que deben desarrollar, no cuentan con tiempo para dedicarse

a actividades formativas: “*tenés que anular la agenda y te dan mil vuelta, así que decís mejor no hago nada y listo*” (Ent N° 5, San Fernando).

Cuadro N° 2: Realización de capacitaciones vinculadas con la temática APS

	San Fernando	Tigre	Malvinas Argentinas
sí	25,0%	25,0%	15,0%
No	75,0%	75,0%	85,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo efectores 2008. UNGS

5.2- Como se garantiza el acceso a la atención de la salud desde los CAPS

De acuerdo con el 65% de los profesionales encuestados que desarrollan su actividad en los Centros pertenecientes al Municipio de San Fernando, la modalidad en la que se otorgan los turnos, constituye un condicionante para el acceso de la población a la atención en el primer nivel. En este municipio el mecanismo más utilizado para obtener turnos corresponde al sistema telefónico centralizado, conocido como FONOTURNO.

Asimismo algunos directores en el municipio de San Fernando, señalan que dicho sistema debe reajustarse dado que no funciona satisfactoriamente. Al respecto una directora señala; “*no me parece un buen sistema, primero, sale un montón de plata y a los profesionales nos pagan una miseria, segundo no le facilita le acceso a la gente, es mas excluye a los que no tienen teléfono*” (Ent. N° 5 San Fernando). Es interesante mencionar que en Malvinas Argentinas –único municipio que no otorga turnos telefónicos-, sólo un 10 % de los profesionales han manifestado que el sistema de turnos constituya una barrera de acceso de la población a los Centros de Salud

En relación a la franja horaria de atención, un poco más de la tercera parte de los encuestados en Malvinas (35%) considera que los horarios ofrecidos son incompatibles con los horarios de trabajo de la población local. En San Fernando y en Tigre, en cambio, la disconformidad con los horarios disponibles para la atención en los Centros se ve reflejada en una cuarta parte -aproximadamente- de los encuestados. Por otro lado, en las tres jurisdicciones estos profesionales valoraron satisfactoriamente la atención brindada en los Centros.

Cuadro N° 3: Factores que condicionan el acceso de los usuarios al Centro

	San Fernando		Tigre		Malvinas Argentinas	
	Si	No	Si	No	Si	No
La modalidad en la que se otorgan los turnos	65%	35%	25%	75%	10%	90%
Horarios del Centro incompatibles con horarios de trabajo	25%	75%	20%	80%	35%	65%
Limitadas acciones de promoción y de comunicación por parte de los Centros	5%	95%	0%	100%	20%	80%
Mala atención del Centro de Salud.	5%	95%	0%	100%	5%	95%
Baja capacidad resolutive del Centro de Salud.	15%	85%	0%	100%	0%	100%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo efectores 2008. UNGS

Cuadro N° 4: Sistema de turno más utilizado en el Centro de Salud

	San Fernando	Tigre	Malvinas Argentinas
Programado en consulta anterior.	5,0%	0%	15,0%
Telefónico centralizado.	80,0%	70,0%	,0%
Telefónico en el Centro de Salud	5,0%	0%	,0%
Personalmente con anticipación en el Centro de Salud	5,0%	10,0%	25,0%
En el día se otorga una determinada cantidad de turnos	5,0%	20,0%	60,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo efectores 2008. UNGS

Cuando interrogamos a los profesionales sobre las acciones desarrolladas por sus Centros para mejorar el acceso a la atención, en las tres jurisdicciones casi la mitad de los encuestados (45%) señaló la realización de reuniones en los centros de salud abiertas a la comunidad encauzadas a encontrar medidas tendientes a mejorar el acceso de la población al primer nivel de atención.

Llama la atención, sin embargo, el bajo porcentaje de profesionales que mencionó como medidas tendientes a incrementar el acceso de la población, el desarrollo de iniciativas comunitarias desde los Centros.

Cuadro N° 5: Acciones que desarrolla el Centro de Salud para mejorar el acceso de la población a la atención

	San Fernando		Tigre		Malvinas	
	Si	No	Si	No	Si	No
Programación centraliza desde el municipio para mejorar el acceso a la atención.	35%	65%	60%	40%	20%	80%
Reuniones del CS abiertas la comunidad para mejorar el acceso a la atención.	45%	55%	55%	45%	55%	45%
Reunión del equipo del centro para mejorar el acceso a la atención.	15%	85%	15%	85%	35%	65%
Iniciativas individuales para mejorar el acceso a la atención.	35%	65%	20%	80%	25%	75%
Iniciativas comunitarias para mejorar el acceso a la atención.	15%	85%	15%	85%	5%	95%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo efectores 2008. UNGS

Dentro del conjunto de aquellas actividades que se desarrollan desde el primer nivel para garantizar el acceso de la población a las instituciones sanitarias, el análisis de los mecanismos vinculados específicamente a la captación de usuarios cobra relevancia.

Claramente, en los tres municipios los encuestados manifiestan en su mayoría que la población llega a la consulta espontáneamente. Paralelamente, son bajos los porcentajes de encuestados que atribuyeron a los Centros la utilización tanto de agentes territoriales, como la realización de tareas encauzadas a la captación. Estos porcentajes dan cuenta de la baja iniciativa -por parte del sector- por realizar captación, al menos en lo referente a la atención primaria de la salud, esperando que la misma se desencadene a través de la demanda de la propia población.

Cuadro N° 6: Mecanismos utilizados por el Centro para captar población

	San Fernando		Tigre		Malvinas	
	Si	No	Si	No	Si	No
Por demanda espontánea	85%	15%	75%	25%	90%	10%

A través de los agentes de los planes sociales y alimentarios	20%	80%	35%	65%	30%	70%
Mediante referentes barriales	15%	85%	40%	60%	25%	75%
Por salidas al barrio	25%	75%	20%	80%	15%	85%
Otros	5%	95%	0%	100%	5%	95%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo efectores 2008. UNGS

Asimismo, tanto en Malvinas Argentinas como en San Fernando, la mitad de los profesionales admitieron dificultades para llevar adelante tareas orientadas a la captación de usuarios. En contraste, el 70% de los profesionales encuestados en Tigre manifestó falta de inconvenientes para llevar adelante este tipo de actividades.

Cabe destacar que –entre quienes admitieron la presencia de dificultades en sus centros para la captación-, la falta de “salidas al barrio” constituye en San Fernando y Malvinas Argentinas, la limitación más importante para acercar población a los Centros de Salud. En Tigre, en cambio, la falta de recursos materiales y humanos es reconocida como la principal dificultad para llevar adelante la captación por un 33% de estos profesionales; un mismo porcentaje hizo referencia también a las barreas de acceso.

Según los testimonios de coordinadores de centros en Malvinas Argentinas y San Fernando, las “salidas al barrio” no se producen por decisión del centro. En la mayoría de los casos responden a los pedidos de las organizaciones locales (escuelas, sociedades de fomento y parroquias). En el caso particular de Tigre, la secretaria de salud organiza operativos sanitarios de orden territorial (vacunación y controles pediátricos y de embarazadas) Un director de Tigre señala: “salimos a la comunidad en los momentos previos a una epidemia” (Ent. N° 3 Tigre).

Cuadro N° 7: Presencia de dificultades en el Centro para captar población

	San Fernando	Tigre	Malvinas Argentinas
sí	50%	30%	50%
no	50%	70%	50%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Cuadro N° 8: Principal dificultad para la captación de población en el Centro de Salud			
	San Fernando	Tigre	Malvinas Argentinas
Falta de captación de población en el territorio / salidas al barrio / referentes barriales	40,0%	16,7%	40,0%
Falta de profesionales y / o recursos	30,0%	33,3%	20,0%
Falta de actividades informativas, educativas y/ o de concientización	20,0%	16,7%	30,0%
Barreras de acceso (lejanía / falta de transporte / obstáculos administrativos)	,0%	33,3%	10,0%
Otros	10,0%	,0%	,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo efectores 2008. UNGS

5.3- Organización del trabajo en el centro de salud

La *integralidad* de las prestaciones se logra con una oferta de prácticas preventivas, de promoción de la salud, de tratamientos y de rehabilitación (Starfield, 2001); en consecuencia, supone la existencia de una oferta variada de servicios para la atención, que guarde relación no sólo con las necesidades del paciente, sino también con los requerimientos sanitarios de las familias y con los de la comunidad de pertenencia (Vega Romero et al, 2006). Así, cuanto más integral sea la propuesta de servicios, mejor será la *capacidad resolutiva*¹¹ del primer nivel.

Respecto del tipo de tareas que desarrollan estos profesionales dentro de los efectores, en los tres municipios se observa que menos de la mitad afirman dedicar tiempo a actividades relacionadas a la planificación y a la administración (los porcentajes más bajos se encuentran entre los encuestados pertenecientes al municipio de Tigre).

Contrariamente, los tres municipios muestran muy altos porcentajes de profesionales que expresan realizar tareas de prevención (con porcentajes en torno al 90%). Coincidentemente, también son altos los porcentajes de profesionales que sostienen desarrollar prácticas de promoción de la salud (los encuestados de San Fernando y de Malvinas expresan los porcentajes mas altos). El importante lugar adjudicado a la tarea preventiva y de promoción de la salud entre estos profesionales, contrasta fuertemente con los altos porcentajes de profesionales que negaron desarrollar actividades territoriales (70% en San Fernando, 75% en

¹¹ La capacidad resolutiva determina la proporción de problemas de salud que encuentran solución en el Centro de Salud. Entre las variables que permiten identificar la capacidad resolutiva, pueden mencionarse la actividad de prevención/promoción, los recursos disponibles para el diagnóstico y el tratamiento, el porcentaje de población atendida sin derivación, la calificación del personal (Burrone et al, 2007).

Tigre y 85% en Malvinas Argentinas). Esto último, permitiría suponer que las actividades vinculadas con la promoción de la salud y la prevención se realizarían puertas adentro de los Centros sanitarios correspondientes al primer nivel, probablemente en las instancias mismas de “atención” y/o “espera” dentro del efector.

Esto se ejemplifica con el testimonio de un director que sostiene: “*cuando viene alguien por una angina, sacamos el tema de sexualidad para hacer prevención en el mismo momento*” (Ent N° 20 Malvinas Argentinas). Otro testimonio, sostiene “*a veces en la misma sala de espero hacemos charlas de promoción*” (Ent N° 5 San Fernando)

	Cuadro N° 9: Actividades que acompañan la tarea asistencia					
	San Fernando		Tigre		Malvinas	
	Si	No	Si	No	Si	No
Realización de tareas administrativas	40%	60%	20%	80%	40%	60%
Realización de tareas planificación	40%	60%	20%	80%	30%	70%
Realización de tareas promoción	80%	20%	55%	45%	85%	15%
Realización de tareas prevención	90%	10%	90%	10%	95%	5%
Realización de tareas territoriales	30%	70%	15%	85%	25%	75%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo efectores 2008. UNGS

5.4- La articulación y el transito por los niveles de atención

Dana Gelb Safran (2003), subraya la necesidad de tener en cuenta tres áreas necesarias para alcanzar un cuidado integral de la salud en la atención primaria: el uso de un equipo habitual de profesionales en la atención; el establecimiento de una relación significativa entre las partes (usuarios/clínicos), la integración del cuidado del usuario en un sistema de salud frecuentemente experimentado como fragmentado.

A su vez, la *coordinación* al interior del sistema supone para hacer factible la *continuidad e integración* en la atención del usuario en su tránsito por el sistema, disponer de información

acerca de sus problemas de salud y de los servicios por él utilizados (Starfield et al, 2005). Aquí, se vuelve primordial el funcionamiento de los mecanismos de referencia¹² y contrarreferencia¹³ para articular correctamente los distintos niveles y estructuras sanitarias del sistema.

La articulación entre el primer nivel y segundo nivel en la atención de la salud de los Centros se muestra satisfactoria si se consideran los altísimos porcentajes de encuestados que afirmaron realizar derivaciones a especialistas pertenecientes a hospitales: mientras que la totalidad de los encuestados de San Fernando y Malvinas expresó realizar tales derivaciones, en Tigre un 85% de los profesionales hizo referencia a la utilización de mecanismos de derivación.

Cuadro N° 10: Derivaciones habituales al segundo nivel, en la atención de los usuarios del Centro de Salud

	San Fernando	Tigre	Malvinas Argentinas
sí	100,0%	85,0%	100,0%
no	0%	15,0%	0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo efectores 2008. UNGS

Al indagar sobre los mecanismos comúnmente utilizados en las situaciones de derivación, menos de la mitad de los encuestados refirieron espontáneamente –en cada municipio- al uso del sistema de referencia y contrarreferencia. No obstante, el municipio de San Fernando presenta el porcentaje más alto de profesionales que señalaron el empleo de este tipo de sistema (45%), marcando una brecha de casi el 30% con los dos municipios restantes.

Asimismo, el Sistema de Emergencias Médicas, propio de cada municipio, también parece ser utilizado en las derivaciones realizadas por estos profesionales: un poco más de la tercera parte de los encuestados mencionó su utilización (35% en San Fernando y Tigre, y 42% en Malvinas Argentinas).

¹² Referencia: Es el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud, a otras instituciones de salud, para la atención o complementación diagnóstica. Es un procedimiento administrativo formal utilizado para canalizar pacientes de una unidad a otra de mayor complejidad.

¹³ Contrarreferencia: Es la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contra remisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir, o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica. Es un procedimiento administrativo formal que retorna al paciente a la unidad de origen para control y seguimiento, una resuelto el diagnóstico y/o tratamiento.

En cambio, el porcentaje de encuestados que hace derivaciones a través de mecanismos informales es muy bajo para los tres municipios. Sin embargo, los coordinadores otorgan mayor importancia a la utilización de dichos mecanismos. Al respecto un director sostiene: *“la mayoría de situaciones se resuelven mediante la amistad con algún colega, si yo conozco al alguien de algún hospital provincial, le digo, te mando un paciente de acá., me lo puede atender y hacer un estudio, la mayoría de esos inconvenientes se resuelven así”* (Ent. N° 2 San Fernando).

Cuadro N° 11: Mecanismos de derivación utilizados			
	San Fernando	Tigre	Malvinas Argentinas
Sistema de referencia y contrareferencia	45,0%	17,6%	15,8%
Orden de interconsulta	5,0%	29,4%	15,8%
Sistema de emergencias	35,0%	35,3%	42,1%
Mecanismos informales	10,0%	11,8%	5,3%
Otros	5,0%	5,9%	21,1%
Total	100,%	100,%	100,%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo efectores 2008. UNGS

Por otro lado, en los municipios de San Fernando y Malvinas la totalidad de los encuestados sostuvo la presencia de normativas en sus Centros para la realización de tales derivaciones. Este porcentaje se reduce al 85% en el Municipio de Tigre.

Sin embargo, entre quienes sostuvieron la existencia de tales normativas, los protocolos parecen no guardar las mismas características en todos los casos. En este sentido, llama la atención que exactamente la mitad de los encuestados de Malvinas Argentinas hizo mención a la utilización de protocolos con datos básicos, mientras que la otra mitad a protocolos que incluyen además motivos de derivación. En los dos municipios restantes, más del 80% de los profesionales refirió al empleo de protocolos que sólo incluyen los datos básicos de la persona derivada.

Cuadro N° 12: Existencia de protocolos en las derivaciones del Centro

	San Fernando	Tigre	Malvinas Argentinas
Si	100%	85%	100%
No	0%	15%	0%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo efectores 2008. UNGS

Cuadro N° 13: Tipo de protocolo utilizado en las derivaciones del Centro

	San Fernando	Tigre	Malvinas Argentinas
Sólo con datos básicos del paciente	85,0%	82,4%	50,0%
Con datos básicos del paciente y con motivo de la derivación	15,0%	17,6%	50,0%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo efectores 2008. UNGS

5.5- La capacidad resolutive de los servicios

Esta dimensión nos permite identificar, no sólo cuál es la oferta de servicios, sino como se resuelve la demanda de atención a partir de las complejidades que se presentan en la misma. En este sentido, también se puede reconocer la atención de la población externa a las áreas programáticas de los municipios. Esto permite reconocer en –parte- el origen de la sobre demanda en los servicios locales.

En este sentido -como se mencionó previamente- existen diferentes mecanismos de coordinación entre niveles que funcionan –relativamente- de modo articulado. Por lo tanto, el tránsito entre niveles de complejidad en la atención estaría garantizado en mayor o menor medida por los municipios. Los tres casos presentan situaciones distintas en torno a la atención y complejidad que se puede resolver dentro de los centros de salud.

En este sentido, en el municipio de San Fernando los profesionales afirman que dan respuesta a las atenciones básicas, aunque -por la falta de personal- no pueden dedicarles más horas a la atención. Un testimonio dice, “*estamos cubriendo la demanda a través de generalistas, pero necesito un pediatra*” (Ent. N° 2 San Fernando). Por otro lado, hay mecanismos informales – como quedarse después de hora para garantizar la atención y vincularse con otros

profesionales comprometidos, un profesional señal *“a veces viene un nutricionista del hospital, es un arreglo interno y no viene de manera fija”* (Ent. N° 4 San Fernando).

En Tigre, sostiene que brindan todas las atenciones desde de detección, seguimiento y tratamiento, un profesional sostiene *“nosotros tenemos bastante posibilidades de horarios, problemas con los turnos generalmente no tenemos”* (Ent. N° 21 Tigre). Según los testimonios el municipio ha incorporado varios ginecólogos, obstetras y pediatras en los centros (Ent. N° 26, 23, 21 Tigre), lo cual no sólo ha facilitado la atención –mediante la disponibilidad de recurso humano-, sino que además aprovechan a captar población, *“los pediatras hacen control de niño sano y automáticamente le dan otro turno para no perderlo”* (Ent. N° 26 Tigre)

En el caso de Malvinas Argentinas los problemas de atención terminan en resolverse por el servicio de guardia, y en el caso que no se resuelva en la consulta. Este municipio posee servicios de guardia las 24 hs en sus centros. Esto le otorga una gran capacidad de resolución de la atención y la complejidad -vía guardia- y de derivación a los otros niveles de complejidad. Los problemas de atención, según señalan, sólo aparecen cuando se dispara alguna situación coyuntural, como los brotes de epidemias, *“el control de niño sano es algo común que se hace cotidianamente, excepto cuando hay brote de diarrea o IRA”* (Ent. N° 22 Malvinas Argentinas).

En este sentido el Municipio que mayor dificultad tiene para brindar atención es el que recibe más población de otros municipios, como muestra el cuadro N° 14 incrementando la saturación de los servicios. Por su lado Malvinas Argentinas y Tigre reciben, según los profesionales, menor cantidad de consultas de población externa y son los que en mejores condiciones se encuentran para brinda atención, en el caso de Malvinas por su amplia red y servicios de guardia y en el caso de Tigre por la disponibilidad del recurso humano en los servicios de salud. A pesar de esto, en el cuadro de procedencia (N° 15) observamos que San Fernando recibe más población de Tigre que este de San Fernando. Por su lado, Malvinas Argentinas recibe mas población de sus municipio vecinos (José C. Paz y San Miguel), por lo cual, teniendo en cuenta que no muestra señales de saturación o problemas críticos con la atención, da cuenta que posee una gran capacidad para resolver la atención, en función de la escala y desarrollo de su sistema de salud, posibilitado por los recursos que estos poseen vía Coparticipación (Chiara et al, 2008).

Cuadro N° 14: Atención de población proveniente de “otro” municipio

	San Fernando	Tigre	Malvinas Argentinas
Frecuentemente	50%	35%	40%
A veces	45%	40%	35%
Nunca	5%	25%	25%
Total	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo efectores 2008. UNGS

Cuadro N° 15: Procedencia de población de los otros municipios

		San Fernando	Tigre	Malvinas Argentinas
Malvinas	Si	10.5%	46.7%	0%
Argentinas	No	89.5%	53.3%	100%
Tigre	Si	94.7%	0%	20%
	No	5.3%	100%	80%
San Fernando	Si	0%	20%	0%
	No	100%	80%	100%
Jose C. Paz	Si	5.3%	20%	86.7%
	No	94.7%	80%	13.3%
San Miguel	Si	10.5%	6.7%	53.3%
	No	89.5%	93.3%	46.7%
San Isidro	Si	36.8%	6.7%	0%
	No	63.2%	93.3%	100%
Escobar	Si	10.5%	46.7%	6.7%
	No	89.5%	53.3%	93.3%
Pilar	Si	0%	6.7%	6.7%
	No	100%	93.3%	93.3%
Otros	Si	10.5%	2.67	6.7%
	No	89.5%	73.3%	93.3%

Fuente: Elaboración propia, trabajo de campo efectores 2008. UNGS

6- Las dinámicas de atención desde una perspectiva comparativa

La trama de relaciones que se establece entre los usuarios y los servicios en el proceso de atención es compleja, tanto por la diversidad de los grupos y de las especialidades por estas demandadas, así como por las particularidades de los efectores y las condiciones del territorio local. No obstante, es posible pensar que en todo proceso de atención se pueden identificar diferentes modalidades de atención de la salud.

Los resultados muestran una serie de hallazgos en torno a las dimensiones contempladas en el enfoque APS, que permiten aproximarnos a una caracterización de los modelos de atención presentes en los municipios:

- Respecto a la *formación profesional*, Malvinas Argentinas aparece como el municipio que presenta el porcentaje más alto de profesionales con poco tiempo de ejercicio en los efectores bajo su órbita. Por otro lado, en los tres casos los profesionales indicaron no haber tomado -en los últimos dos años- cursos o capacitaciones vinculadas a la problemática de la APS.
- Entre aquellos factores que condicionan la *accesibilidad* a los servicios, los profesionales de San Fernando destacaron la modalidad en la que se otorgan los turnos (telefónica centralizada), mientras que en Malvinas Argentinas señalaron la franja horaria de atención. En contraste, los profesionales pertenecientes al municipio de Tigre no identificaron barreras significativas en el acceso a la atención. Por otro lado, los datos muestran una baja iniciativa en los centros de salud de los tres municipios por realizar captación territorial y utilizar de agentes territoriales.
- Con relación a la *integralidad en la atención*, la mayoría de los encuestados afirmaron -en los tres municipios- que las actividades vinculadas con la promoción de la salud y la prevención se encuentran presentes y acompañan a las tareas asistenciales. Contrariamente, las tareas territoriales ocupan un lugar residual. Se puede considerar entonces que la promoción y prevención se realiza puertas adentro de los Centros sanitarios, probablemente en las instancias mismas de “atención” y/o “espera” dentro del efector.
- En cuanto a la *continuidad y la coordinación* en la atención de la salud del usuario, la articulación entre el primer y segundo nivel se muestra satisfactoria si se consideran los altísimos porcentajes de encuestados que afirmaron realizar derivaciones desde los Centros a especialistas de hospitales. Sin embargo, llama la atención, por un lado, la alta frecuencia de la utilización del sistema de emergencia en las derivaciones y, por el otro, la baja utilización de los mecanismos de referencia y contrarreferencia (San Fernando presenta el porcentaje más alto (un 45%) de profesionales que señalaron el empleo de este tipo de sistema).

- Por último, observamos que los Centros de Salud presentan una *Capacidad resolutive* vinculada con la cantidad de personal y de la cantidad de horas que pueden dedicarle a la “atención”. La incorporación de recursos humanos y de insumos garantiza una mayor capacidad de resolución aunque requiere de mecanismos para sostenerla cuando aparecen situaciones coyunturales como el IRA diarrea etc. En este sentido, la capacidad resolutive de Malvinas Argentinas esta dada por la cantidad de recursos que pueden proveer a su sistema de salud local.

Este recorrido por los las “dinámicas” que asume la atención en los Centros de Salud, muestra que la estrategia de APS forma parte de la agenda de intervención sanitaria en los tres municipios. Sin duda, las actividades de prevención y promoción que se realizan, como así también las articulaciones que se establecen con el segundo nivel, dan cuenta de ello.

No obstante, todas las dimensiones que hacen a la propuesta más amplia de APS no se desarrollan en estos efectores (esto sucede en los tres municipios). Algunos ejemplos son la falta de actividades de captación, la poca presencia del trabajo territorial, fortalecimiento del trabajo y del recurso humano solo dentro del centro, la ausencia de iniciativas con la comunidad y la carencia de perfiles profesionales formados en estrategias de APS.

En este sentido, y retomando a Forti (2009), podríamos pensar que en los tres municipios estamos frente a un modelo de “Atención Primaria”, más que en presencia de un “enfoque APS” definido en los términos de la declaración de Alma Ata. Recordemos que esta autora Presenta a la propuesta de “Atención Primaria” como aquella que constituye la puerta de entrada al sistema de salud, y en la cual hay lugar para la prevención y para la atención curativa en forma continuada. La incorporación de iniciativas orientadas a mejorar los servicios dependerá de las dificultades con las cuales se enfrente la APS en los territorios determinados, estas dificultades generalmente se expresan en la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, en la falta de recurso humano con competencias en ASP, la baja valoración por los profesionales en la APS, los sistemas de referencia inadecuados y la falta de sistemas de información (Forti, 2009).

Por otro lado, cabe destacar que el modelo de atención que los municipios desarrollan, privilegia fuertemente las “intervenciones”, como actividades concretas para dar respuesta a los problemas de salud de la población desde la asistencia sanitaria. En este modelo de atención, sólo la enfermedad se convierte en la razón del encuentro entre usuario y profesional, a la vez que todo lo relacionado con la esfera psicosocial y cultural de las personas no parece ocupar un lugar en el proceso de salud/ enfermedad/ atención. En este

sentido el modelo Malvinas Argentina muestra esa situación y tras la incorporación de “guardias” en centros de APS, expresa el modelo orientado fuertemente a la “atención”.

Bibliografía

Almeida, C.; Macinko, J. (2006): “Validação de Metodologia de Avaliação Rápida das Características Organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saude (SUS) em Nível Local”, en Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde, BRASÍLIA – DF, 2006.

Belmartino S., Repetto F. y Levín S. (2001): “*Políticas sociales y Derechos sociales en la Argentina: breve historia de un retroceso*” en *Socialis*. Revista Latinoamericana de Política Social, Volumen 5, págs.53/84. Rosario: Editorial Homo Sapiens.

Berman P. (1996): “El estudio de la Macro y la micro implementación” en Aguilar Villanueva, L. F. (ed.) *La implementación de las políticas*. Miguel A. Porrúa. México.

Burrone, M.; Fernandez, A.; Acevedo, G.; Luchesse, M.; López de Neira, J.; Dell Inocenti, P.; Estario, J. (2007): “Análisis de las estrategias de atención primaria de la salud en el municipio de Malvinas Argentinas: un abordaje cuanti-cualitativo”, en *Revista de Salud Pública*, Volumen XI, Número 2,

Céspedes, J. (2002): “Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud”, en *Cad. Saúde Publica*, 18 (4).

Chiara M. y Di Virgilio, M. M. (2005): *Gestión social y municipios, de los escritos del banco mundial a los barrios del Gran Buenos Aires*. Buenos Aires. UNGS –PROMETEO.

Chiara M. y Di Virgilio, M. M. y Ariovich A. (2008): “De condiciones y estrategias: Reflexiones en torno a la coparticipación Provincial por salud y la política local en los municipios del Gran Buenos Aires (2000/2005)”. Congreso Urbi et Orbi 4 ciencia Tecnologías y culturas. Dialogo entre las disciplinas del conocimiento, Universidad de Santiago de Chile.

Flores, W. (2005): “Equidad y reformas el sector Salud en América Latina y el Caribe: enfoques y limitantes durante el período 1995-2005”. Reporte comisionado por la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud – Capítulo de las Américas.

Gelb Safran, D. (2003): “Defining the future of primary care: what can we learn from patients?”, *Ann Intern Med* 138.

González González, N. (2008): *Reforma en Salud: entre el modelo biomédico y el carácter social de la Salud. Atención a pacientes diabéticos no insulino dependientes*. *Convergencia*, enero-abril, año/vol.15, numero 046, Universidad Autónoma del Estado de México.

- Menéndez, E.** (1987): *Morir de Alcohol, saber y hegemonía médica. El Modelo Médico Estructura Función y Crisis*. Consejo Nacional para la cultura y las artes México.
- Mogollón – Pérez, A.; Vázquez, M.** (2008): “Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia”. En: *Cad Saúde Pública* Río de Janeiro, 24 (4).
- Rovere, M.** (2005): “*Una Ciudad modelo en salud pública. La construcción de una estrategia, el diseño de una gestión*”. En *Políticas para la Gobernabilidad*. PNUD-Municipalidad de Rosario. Rosario. Argentina.
- Repetto, Fabián** (2009): “*El marco institucional de la políticas sociales: posibilidades y restricciones para la gestión social*”. En “*La gestión de la Política Social: conceptos y herramientas*”. UNGS – Prometeo. Buenos Aires.
- Starfield, B.** (2001): *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*, Editorial Mason, 2001.
- Starfield, B.; Shi, L.; Macinko, J** (2005): “Contribution of primary care to health system and health. *The Milbank Quarterly*, 83 (3).
- Vega Romero, R.; Carrillo Franco, J.** (2006): “APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia” en *Revista Espacio Abierto*.
- Wallace, S. y Enriquez-Haas, V.** (2001): “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambios para los adultos mayores de EEUU”. Scholl of Public Health Center for Center Policy Reserch.