

## Área temática 4

### **Experiencias de Atención Primaria de la Salud en dos Municipios del Gran Buenos Aires. *Alcances y desafíos.***

**Ariovich Ana, ICO-UNGS**

#### **Presentación**

En la provincia de Buenos Aires el subsector público de salud ha atravesado profundas transformaciones, que se enmarcan en el proceso de reforma gestada desde las políticas sanitarias de las últimas dos décadas: procesos de focalización diversos, implementación de diferentes programas verticales, traspaso de funciones desde la jurisdicción nacional a la provincial, transferencias de servicios desde la provincia hacia los Municipios<sup>1</sup>, municipalización de las salitas de salud -hasta entonces en manos de las sociedades de fomento-, reorientación de los modelos de atención hacia estrategias de APS en los centros pertenecientes al primer nivel, entre otros.

Paralelamente, la reestructuración del mercado laboral y la crisis de la seguridad social, llevaron al incremento de la demanda sobre el subsector público sanitario, planteando desafíos en la oferta y calidad de las prestaciones.

En el caso del conurbano bonaerense, estos procesos han tenido un especial impacto en la configuración actual del primer nivel, bajo jurisdicción municipal, generando ofertas sanitarias muy diversas en intensidad, orientación y complejidad.

En este contexto, el trabajo<sup>2</sup> compara y analiza las modalidades que presenta la atención de la salud en el primer nivel en dos Municipios –Malvinas Argentinas y San Fernando-, considerando aquellas variables que conforman una estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). El análisis es abordado a partir de encuestas a

---

<sup>1</sup> Las políticas provinciales de descentralización han afectado a las Unidades Sanitarias pertenecientes al Plan Muñiz. Este plan consistió en un programa de construcción de infraestructura física y de equipamiento sanitario, fundamentalmente concentrado en el GBA: involucró la cesión terrenos por parte de los Municipios, la edificación de centros de salud o unidades sanitarias a cargo de Ministerios provinciales de Obras Públicas, y la designación de personal, equipamiento y mantenimiento de los centros por parte de Ministerios provinciales de Salud Pública.

<sup>2</sup> Se trata de un avance parcial de mi tesis doctoral que se inscribe en la investigación sobre sistemas de salud en el nivel local que hemos desarrollado desde un equipo más amplio en el área de política social del ICO-UNGS y que ha contado con financiamiento PICTO/ FONCYT, del cual participo en calidad de asistente investigadora. 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

hogares y a efectores de ambos Municipios, y de información secundaria relevante para la construcción de los casos.

El trabajo está organizado en cuatro secciones. Una primera parte, da cuenta las coordenadas conceptuales y metodológicas desde las cuales se abordó el análisis de la atención de la salud en el primer nivel. Una segunda parte, presenta una caracterización muy sintética de los dos casos bajo estudio, el Municipio de San Fernando y el Municipio de Malvinas Argentinas; en particular en relación a sus subsistemas públicos de salud. La tercera parte, expone algunos hallazgos sobre las modalidades que asume la atención en los Centros de Salud que integran el primer nivel en ambos Municipios; considerando a la atención como la interfase que se constituye entre la oferta de los servicios y las estrategias de la población. Por último, el apartado final refiere a las principales contribuciones del trabajo.

## **I. Las coordenadas teóricas y metodológicas**

### *Cómo analizar la atención de la Salud en el primer nivel, desde un enfoque APS*

El enfoque “enfoque de APS” tiene su origen a en la declaración internacional de Alma Ata. 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”<sup>3</sup>.

Si bien es amplio el consenso en la literatura acerca de su importancia para enfrentar las desigualdades y mejorar los resultados de la salud de la población (Gelb Safran, 2003; Starfield et al 2005; Forti, 2009), son numerosas también las acepciones que a tomado el termino de APS desde aquella declaración.

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 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

---

<sup>3</sup> OMS: Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 6-12 de Septiembre de 1978

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.

Por otra parte, en la última década se produjo un importante desarrollo de propuestas conceptuales y metodológicas que buscan medir el desempeño de la APS para responder a la necesidad de ampliar el acceso a servicios de salud de calidad -sobre todo en los países en vías de desarrollo- (Céspedes, 2002; Flores, 2005; Almeida et al 2006; Vega Romero et al 2006). De este modo, varias investigaciones dan cuenta que las variables *accesibilidad* a los servicios, *continuidad* y *longitudinalidad*, *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, 2001; Starfield et al, 2005; Vega Romero et al, 2006; Burrone et al 2007).

Retomando a Starfield et al (2001; 2005), Almeida y Macinko (2006) proponen una noción de atención básica concebida específicamente para países latinoamericanos. Esta noción reúne un conjunto de dimensiones esenciales, que reflejan el concepto comunitario y multisectorial que -según estos autores- define a la atención primaria: accesibilidad; puerta de entrada al sistema de salud; fuerte vínculo entre la población y la unidad de salud; amplia y variada oferta de servicios; coordinación en la atención; enfoque familiar; orientación hacia la comunidad.

Definida la APS en estos términos, es pertinente considerar el rol distintivo que juega 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 (Belmartino, 2008).

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).

Sin duda, la incorporación de estos elementos dependerá de las dificultades con las cuales se enfrenta 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 APS, la baja valoración por los profesionales en la APS, los sistemas de referencia inadecuados y la falta de sistemas de información (Forti, 2009).

### La estrategia metodológica utilizada

Recuperando los aportes del debate en torno a la estrategia de APS, este trabajo recurre a la perspectiva de la población y de los efectores para ponderar las condiciones de *accesibilidad* a los servicios, *continuidad* y *longitudinalidad*, *integralidad*, *capacidad resolutiva* y *coordinación asistencial* en los procesos de atención en el primer nivel.

Con este objetivo, se analizan los resultados de una encuesta realizada entre mediados del año 2008 y mediados del año 2009 a los hogares<sup>4</sup> de ambos Municipios, sobre una base muestral representativa. Cabe resaltar que sólo fueron incluidos en la mencionada muestra, aquellos hogares en los cuales se encontró la presencia de por lo menos un niño menor a 6 años y /o un discapacitado, y/o un enfermo crónico, con la intención de capturar hogares que potencialmente hacen un mayor uso de los servicios de salud. Asimismo, dentro de cada hogar escogido, se

---

<sup>4</sup> La encuesta tomó como unidad de análisis al "hogar", considerando que este se constituye por todos los integrantes que habitan bajo el mismo techo en un régimen de tipo familiar compartiendo sus gastos de alimentación.

tomó como “respondente” al adulto auto-identificado como el responsable de la atención de las cuestiones vinculadas a la salud de los miembros de la familia.

En Malvinas Argentinas, la encuesta se realizó en base a una muestra probabilística, construida a partir de fracciones y radios censales, sobre la cual se seleccionaron aleatoriamente los 400 casos.

En San Fernando la encuesta también se efectuó con base en una muestra probabilística, acotada al territorio continental. En este caso se trabajó con un “n” de 435 casos<sup>5</sup>, sobre representando la población sin cobertura en base a la distinción de tres zonas territoriales establecida en la Encuesta Sociodemográfica y Económica de San Fernando (ESDE)<sup>6</sup>.

Dado el interés por analizar los servicios comprendidos en APS, se focalizó en las especialidades de Ginecología/Obstetricia, Pediatría, Adolescencia, Clínica, atención de la tercera edad.

Por otra parte, este trabajo también analiza, aunque en forma más complementaria, los resultados de una encuesta a efectores, aplicada a los directores y a los profesionales de los centros de salud de ambos Municipios durante el verano del 2008; así como el abordaje de algunas fuentes secundarias (como legislativas y normativas y ordenanzas sectoriales, y estadísticas sociosanitarias), pertinentes para la reconstrucción de los casos.

La triangulación de todas estas fuentes permite poner en tensión y comparar miradas y perspectivas no siempre convergentes sobre los procesos de atención de la salud.

## **II. Los casos de estudio**

La selección de los dos casos analizados está predeterminada por la investigación marco dentro de la cual se inscribe este trabajo. Dicha investigación, se vine

---

<sup>5</sup> Los hogares contemplados en la construcción de la muestra fueron aquellos que ya habían sido estudiados previamente en la ESDE del 2007<sup>5</sup>.

<sup>6</sup>La ESDE establece tres zonas: la Zona 1 está delimitada por el Canal de San Fernando, la calle Uruguay, las vías del ferrocarril Mitre y el Río Luján. La Zona 2 delimitada por la ruta 197, la calle Uruguay, las vías del ferrocarril Mitre y el Acceso Norte. Mientras que la Zona 3 se encuentra delimitada por la ruta 197, la calle Uruguay, el Acceso Norte y el Río reconquista.

desarrollando en el área de política social del ICO-UNGS y estudia los sistemas de salud en el nivel local<sup>7</sup>.

### Malvinas Argentinas y las características de su oferta y estructura prestacional sanitaria

Ubicada dentro del Conurbano Bonaerense, Malvinas Argentinas es un Municipio muy joven, resultado de la división del Partido General Sarmiento en el año 1994<sup>8</sup>.

Los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda (2001), muestran un partido con 290.691 habitantes, que presenta valores sociodemográficos algo críticos en relación a los promedios experimentados por el conjunto del Gran Buenos Aires: un 22,6% de población vive con NBI (más de cinco puntos por encima del promedio del GBA) y un porcentaje de viviendas carenciadas también mayor al promedio regional (35,1% versus el 22,5%). Para el mismo período, los indicadores sociosanitarios muestran una tasa de mortalidad infantil de 17,1 puntos, que si bien es próxima al promedio expresado por los Municipios de la segunda corona, es algo superior al promedio general del conurbano. El porcentaje de población bajo cobertura de salud se distancia en cambio bastante al promedio del conurbano, ya que es un seis por ciento más bajo (41,1%)<sup>9</sup>.

En relación a las prestaciones que ofrece su sistema sanitario, Malvinas Argentinas heredó de la división del Partido General Sarmiento, 21 centros de salud, dos hospitales municipales y un establecimiento privado con internación (Cravino, 2000). Desde aquellos años a la actualidad, la estructura prestacional bajo jurisdicción municipal creció exponencialmente, alcanzando un total de 36 centros de atención primaria de la salud y 11 establecimientos de segundo y tercer nivel, un centro Hospital Oftalmológico, un Hospital Odontológico, y la adquisición de complejos equipamientos para diagnóstico, cirugías y tratamiento (<http://www.malvinasargentinas.gov.ar>).

---

<sup>7</sup> Proyecto PICTO/FONCYT - ICO/UNGS: "Los sistemas de salud en el Gran Buenos Aires: mirando la gestión desde la atención de la salud de la población".

<sup>8</sup> La Ley Provincial N° 11.551 dio lugar a la división del Partido de General Sarmiento, y la consecuente creación de tres nuevos distritos: José C. Paz, San Miguel y Malvinas Argentinas.

<sup>9</sup> Elaboración propia en base a datos de la Subsecretaría de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dirección de información Sistematizada. Año 2001.

No es un dato menor mencionar que ya hacia el año 2007, la relación entre la cantidad de establecimientos disponibles en el primer nivel y el número de habitantes, se encontraba por encima del promedio regional: mientras que en ese año el Gran Buenos Aires contaba con un CAPS cada 9.500 habitantes, en este Municipio cada Unidad Funcional cubría en promedio 8900 habitantes. Estos valores dan cuenta de una importante mejora en la dotación de establecimientos respecto al año 2001, cuando Malvinas disponía de un centro de salud cada 11.300 habitantes (Chiara et al, 2010).

Asimos, y a diferencia de lo que sucede en el primer nivel de atención en la mayoría de los partidos del conurbano bonaerense, la gestión y coordinación de los Centro de Salud se encuentra a cargo de trabajadoras sociales.

A través de la estructura prestacional pública sanitaria hasta aquí descripta, el Municipio implementa una serie de programas verticales tales como el materno infantil, de lactancia materna, REMEDIAR, PRODIABA, TBC y HIV/SIDA.

Los grupos materno-infantiles también son población objetivo de un conjunto de programas municipales que definen la población a la cual asegurar la atención global y gratuita, el perfil de los profesionales que estarán a cargo y los estudios e interconsultas obligatorias: el Programa Municipal de Educación, Seguridad y Salud Pueblo Chico; el Programa de Pediatría PIBE<sup>10</sup> (que atiende a niños entre 30 días y 14 años); y el Programa de Salud Materno Infantil Mamá Mía<sup>11</sup> (orientado a la salud de las embarazadas y el recién nacido).

Por su parte, el programa Pueblo Chico busca que los Centros de salud, denominados también como Unidades Funcionales, articulen en torno a las prestaciones de salud, iniciativas de desarrollo social y también de seguridad. La ordenanza municipal número 622 del año 2003, creó este programa con el objetivo de “Permitir al habitante de Malvinas Argentinas acceder libremente a todos los niveles de complejidad de los efectores públicos del sistema de salud municipal, tomando como punto de partida al médico de familia, constituido en el verdadero eje del sistema”, y de “Centralizar la prevención a partir de la educación de la propia comunidad con las características inherentes a cada zona geográfica del Municipio”.

---

<sup>10</sup> Ordenanza Municipal Número 737/04.

<sup>11</sup> Ordenanza Municipal Número 732/04.

De esta manera, el programa recupera la figura del médico de familia del primer nivel de atención como “puerta de entrada” y organizador del tránsito de la población en el sistema. Cabe destacar además, que esta iniciativa coincide con la implementación del programa REMEDIAR, que condicionaba la distribución de los botiquines en los denominados CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) a la gratuidad de las consultas (Chiara et al, 2010).

Finalmente, existen otros dos programas municipales, los cuales buscan vincular la entrega de alimentos con la atención de la salud. Ellos son el Programa de Desnutrición Municipal (FAMIPRO) y el Programa Municipal para la Nutrición de la Infancia y la Familia (PROMUNIF).

### *El Municipio de San Fernando y la Salud en el subsector público*

Localizado en la zona noroeste del Conurbano Bonaerense, el partido de San Fernando presenta una población con características sociodemográficas y sociosanitarias similares a las que encontramos para el conjunto del Gran Buenos Aires, aunque con fuertes disparidades al interior de su territorio.

De los 151.131 habitantes totales registrados por el Censo Nacional de Población y Vivienda en el año 2001, un 15,5 % presentaba necesidades básicas insatisfechas (NBI), porcentaje apenas un punto y medio inferior al que presentaba el promedio de la región. Según estos mismos datos censales, el 49,2% de la población de San Fernando no disponía de otra cobertura que la ofrecida por el subsector público, tres puntos por debajo del promedio que expresaba el Conurbano Bonaerense; esta situación parece haber mejorado en los últimos años, alcanzando aproximadamente a la tercera parte de su población, según datos provistos por la Unidad Municipal de Estadísticas y Censo (UMEC) en el año 2007.

No obstante, estos valores promedio encierran valores diferentes para cada una de las zonas, configurando demandas muy diferentes a las cuales dar respuesta desde los servicios. Mientras en la Zona 1 (franja este del partido)<sup>12</sup> tan sólo el 13% de la población no dispone de otra cobertura diferente a la pública, este porcentaje se triplica –aproximadamente- en la zona 2 (área centro) trepando al 39,8%, y lo mismo

---

<sup>12</sup> Ver zonificación en apartado I de este trabajo.



sucede en la zona 3 (franja oeste del partido) donde alcanza a un 40,9 % de la población allí residente. (Municipalidad de San Fernando, UMEC, 2007).

En relación a otro tipo de indicadores expresivos de la salud de la población, San Fernando mostraba hacia el 2001 una tasa de mortalidad infantil bastante elevada con respecto al promedio del Gran Buenos Aires: 19,8 puntos versus 15,8<sup>13</sup>. Progresivamente este indicador también fue mejorando, y de acuerdo a los datos provistos por la UMEC en el 2007 la tasa de mortalidad descendió a 15,4 muertes de menores de un año cada mil nacidos vivos. Sin embargo, este valor continúa superando a la tasa promedio del Conurbano para el mismo período (12,7)<sup>14</sup>.

San Fernando ofrece una red de servicios sanitarios conformada por 7 efectores con internación (4 bajo la órbita del subsector público y 3 del subsector privado) y 25 sin internación, en su mayoría (22) correspondientes al subsector público. La dotación de efectores públicos corresponde a las dos jurisdicciones (provincia y Municipio), quienes se distribuyen la responsabilidad en la gestión del sistema: la provincia, a cargo del único establecimiento público con internación en el continente, y el Municipio a cargo de los 18 Centros de Salud y las 4 Postas de Salud distribuidos en el territorio continental.

En relación a los principales lineamientos en materia sanitaria, el gobierno local articula distintos programas de reordenamiento urbano con la planificación en salud<sup>15</sup>, la cual se despliega fundamentalmente a través de un importante fortalecimiento de la Atención en Primaria de la Salud en los Centros de Salud que integran su primer nivel<sup>16</sup>. Cabe destacar que, de acuerdo con Seguro Salas (2001), esta especialización en torno a la atención en el primer nivel, es en realidad resultado de un largo proceso histórico de intervenciones sanitarias por parte del Municipio sobre el territorio, que acompañaron el proceso de urbanización del Partido.

---

<sup>13</sup> Elaboración propia en base a datos de la Subsecretaría de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dirección de información Sistematizada. Año 2001.

<sup>14</sup> Elaboración propia en base a datos de la Subsecretaría de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Dirección de información Sistematizada. Año 2007.

<sup>15</sup> Cabe resaltar que esta articulación de políticas sociales y sanitarias tiene como marco la fusión formal de las Secretarías de Desarrollo Social y Salud en el año 2002. Asimismo, sus equipos técnicos integran el equipo de la gestión desde el año 2001.

<sup>16</sup> Entrevista realizada en el 2010 a alto funcionario de la Secretaría de Salud y Desarrollo Social de la Municipalidad de San Fernando).

El fortalecimiento del primer nivel contempla un conjunto de iniciativas orientadas a mejorar la eficiencia en la dinámica de la atención. Si bien los Centros de Salud de San Fernando se encuentran abiertos a la atención de la demanda espontánea - proveniente de municipio o de partidos vecinos- se instrumentaron un conjunto de dispositivos innovadores, como el FONOTURNO en el año 2007, para organizar los turnos en forma centralizada desde la Secretaría de Salud y para llevar adelante un registro de los recursos humanos involucrados en la atención. En la misma línea, el Lector de Huellas para el ingreso y egreso del personal en los Centros (inaugurado en el año 2007), permite el control sobre el cumplimiento de los horarios de actividad del personal.

El Sistema Municipal de Emergencias Médicas "San Fernando Salud", que comenzó a operar en agosto de 1998, constituye otro mecanismo innovador de la política sanitaria local. Este sistema, ofrece un complemento a la atención brindada por los Centros Municipales de Salud, proveyendo la cobertura médica y el traslado de las urgencias y emergencias en toda la ciudad, tanto desde domicilios particulares como en la vía pública y establecimientos educativos<sup>17</sup>.

La articulación adecuada de los Centros de Salud con el segundo nivel de atención, bajo jurisdicción de la Provincia, también ha constituido una importante preocupación de la política sanitaria municipal. En los últimos años, dicha articulación se ha mejorado gracias a la implantación de una instancia formal, la oficina 5, a través de la cuál se coordinan todas las consultas que involucran mecanismos de referencia y contrarreferencia.

Finalmente, un conjunto de programas orientados a distintos grupos etarios y a diferentes problemáticas sanitarias, tanto verticales como municipales, son desarrollados desde el primer nivel de atención. En especial, el cuidado de la salud materno infantil es fuertemente promovida, y se implementa fundamentalmente a través de tres importantes herramientas: el Programa Nacional Plan Nacer, el Programa Provincial Materno Infantil y la Comisión de Investigación en Mortalidad Infantil de carácter municipal.

A partir del año 2006, también la prevención sobre adicciones es activamente impulsada desde el gobierno municipal. Al respecto, se desarrollan una serie de

---

<sup>17</sup> Para mayor información consultar la página web del Municipio: [www.municipalidaddesanfernando](http://www.municipalidaddesanfernando).

tareas que conllevan tanto un trabajo sobre la atención de los consumidores como un refuerzo de control sobre la venta de alcohol y drogas.

### **III. Los proceso de atención en los Centros de Atención Primaria de la Salud: acceso, integralidad, continuidad y coordinación desde la perspectiva de la población y de los efectores.**

Retomando aportes como el de Tobar (2000), la política sanitaria puede ser analizada aludiendo a tres niveles que se encuentran imbricados entre sí: el de la atención, el del la gestión y el del financiamiento<sup>18</sup>. Mientras que el primer nivel concierne a la cantidad y calidad de servicios que se ofrecen a la población y el segundo da cuenta de cómo se organiza la asignación de esas prestaciones, el tercero involucra todas las cuestiones referidas a la designación y adjudicación de recursos necesarios para llevar adelante la oferta sanitaria.

Desde este tipo de conceptualizaciones, el plano de la *atención* –en dónde pone el foco este trabajo- involucra cuestiones tales como el tipo y alcance de las prestaciones que se ofrecen desde los servicios sanitarios. No obstante, consideramos aquí que es la compleja trama de interacciones que se establece entre los hogares y los servicios de salud la que define las características que asumen los procesos de atención de la salud. En esta trama, intervienen diferentes profesionales y se organizan diversas prestaciones en relación a la demanda y a las condiciones del sistema, a la vez que participan grupos poblacionales con diferenciales condiciones sociosanitarias (pobreza, clima educativo, zona de residencia, cobertura de obra social) desde las cuales cobran lugar las estrategia de acceso y de utilización de los servicios ofertados.

De este modo, esta sección busca analizar el conjunto de dimensiones comprendidas en el proceso de la atención primaria de la salud<sup>19</sup>, entendiendo a la *atención* como aquella zona de interfase que se constituye en la interacción entre los usuarios y los servicios. Asimismo, considera atributos del hogar como la variable “clima educativo”, pobreza estructural y cobertura médica, para analizar condiciones diferenciales desde donde se construye esa relación en los procesos de atención.

---

<sup>18</sup> Se recuperan aquí los aportes de F. Tobar (2000) en un esfuerzo por captar las distintas cuestiones que se libran en cada plano.

<sup>19</sup> Ver apartado I del presente trabajo

## La accesibilidad

En este apartado presentamos el análisis de las relaciones que median entre los hogares y los servicios de salud, buscando dar respuesta a los siguientes interrogantes: ¿Qué efectores utiliza la población para atender su salud? ¿Qué servicios se utilizan? ¿Existen patrones de uso? ¿Cuáles son las modalidades de acceso de la población a los Centros del primer nivel? ¿Cuáles los factores (sistema de turnos, horarios y días de atención, aseguramiento en salud, bonos para la consulta, etc.) que condicionan el acceso de los usuarios a estos Centros? ¿Constituyen la puerta de entrada al sistema sanitario?

El acceso a un sistema de salud refiere a la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable (PROAPS – SIPPAPS, 2006). El acceso a la atención primaria de la salud incluye entonces, cuestiones como la localización del centro de salud, respecto de la población a la cual atiende, los días de atención y la franja horaria ofertada, los turnos y grado de tolerancia para consultas no agendadas (Almeida et al, 2006).

Sin embargo, otros autores como Wallace et al (2001) plantean que los servicios del primer nivel también deben ser aceptables, respondiendo a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que éstos se vean motivados a utilizarlos apropiadamente. En este sentido, se pueden considerar las barreras de acceso económicas, geográficas, temporales, organizacionales/administrativas, pero también las culturales (Burrone et al, 2007).

Con las dificultades que supone captar desde la perspectiva de la población, el acceso a bienes y servicios muy diversos como son los ofrecidos por el sistema de salud, la utilización de los distintos tipos de efectores y la frecuencia con la que los hogares realizan sus visitas a las especialidades básicas, nos permite dar cuenta de la accesibilidad a la atención en el primer nivel.

Si bien en Malvinas Argentinas los Centros de salud se encuentran entre los lugares privilegiados por la población para atenderse en las especialidades sanitarias básicas aquí relevadas, las clínicas, sanatorios y policonsultorios privados también constituyen efectores muy utilizados por la población de Malvinas. En particular, resalta el porcentaje de hogares NBI que consultaron a especialistas de la salud en

sanatorios y policonsultorios que no pertenecen al subsector público: un 28.9 % en ginecología/ obstetricia y 30,1% en medicina general.

Por otra parte, las oportunidades de consulta en estas especialidades, varían según el clima educativo del grupo familiar. Al respecto, cabe mencionar que las brechas más importantes -que refieren a una diferencia porcentual del 37%- las encontramos en el número de consultas pediátricas efectuadas en el último año entre los hogares portadores de un mayor nivel educativo y los hogares con un clima educativo bajo: mientras que el 84,3% de los hogares con nivel educativo más alto han asistido al pediatra en dicho período, entre los segundos este porcentaje disminuye a un 47,5%. En clínica médica, en cambio, el porcentaje más alto de consultas en el último año (próximo al 85%), corresponde a las familias con baja escolaridad.

Contrariamente a las diferencias encontradas respecto al capital educativo de los hogares, disponer o no de cobertura, parece ser un factor con escasa incidencia en la oportunidad de consulta.

Un comportamiento similar, pudimos detectar en relación a la condición de pobreza estructural experimentadas entre algunos hogares. En estos casos, no pudimos observar mayores frecuencias en la realización de las consultas en las especialidades de la atención primaria. La variación más significativa se presenta en torno a las consultas pediátricas, las cuales exhiben mayores porcentajes en el último año entre la población que presentan NBI: 79,5% versus 68,4%; esta diferencia puede ser interpretada como resultante de las acciones efectuadas desde el programa municipal PIBE<sup>20</sup>, antes referido, que es implementado desde “Pueblo Chico<sup>21</sup>”.

El Centro de Salud como “puerta de entrada”<sup>22</sup> al sistema de salud también constituyó un punto fuerte del análisis, ya que son este tipo de instituciones donde se privilegian las estrategias de APS, debido -en parte- por la proximidad que presentan con el territorio.

---

<sup>20</sup> Ver apartado II de este trabajo

<sup>21</sup> Ver apartado II de este trabajo

<sup>22</sup> La “puerta de entrada” da cuenta de la capacidad resolutoria y de las modalidades para captar de manera temprana los problemas de salud de la población que presentan los servicios del primer nivel (Vega Romero et al, 2006; Burrone et al 2007); para la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), el primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud.

Si bien 55% de la población total consultada de este Partido declaró que se atiende en Centros de Salud de forma habitual, el porcentaje de hogares que buscan respuestas en los hospitales públicos dentro y fuera del Municipio para la atención de las especialidades básicas es significativo: en ginecología/obstetricia el 22,8 %, en pediatría un 14% y en clínica médica un 24.4 %. Resalta además, que la proporción de población que se atiende por prevención y control en el hospital es la misma que la hace por urgencias.

Estos Centros parecen garantizar una atención bastante universal, al menos a la población del partido, ya que atienden también a un porcentaje importante de población con obra social (43,6%), y de hogares que no son pobres (47,3%). No obstante, la utilización de estos efectores se concentra mayoritariamente entre las familias que presentan un clima educativo medio, ya que el 64% de sus usuarios son hogares que pertenecen a dicha categoría.

Asimismo, un 44% de la población que concurre a los Centros expreso dificultades para acceder a la atención en los mismos; pero fue entre los hogares que expresan pobreza estructural en donde se encuentran los porcentajes más altos. Los problemas mayores se presentan en torno a cuestiones como los horarios de atención ofrecidos, los turnos disponibles, la falta de especialidades y los tiempos de espera habituales para lograr ser atendidos.

Contrariamente, las barreras vinculadas directamente a obstáculos económicos para lograr la atención, no fueron relevantes entre la población consultada (solo el 6,8% declara haber pagado para ser atendido).

La mirada de los profesionales involucrados en la atención en los Centros, legitima las perspectivas de la población usuaria en torno a los obstáculos identificados: también para ellos la franja horaria de atención ofrecida y la falta de profesionales constituyen factores críticos que condicionan el acceso. Para un poco más de la tercera parte de estos profesionales, los horarios ofertados son incompatibles con los horarios de trabajo de la población local, y la disponibilidad de especialistas no es de la adecuada.

En el plano de las estrategias desplegadas por los equipos para captar nuevos usuarios y mejorar el acceso de las familias a la atención, los talleres de prevención y promoción realizados desde el interior de cada Centro son los instrumentos

privilegiados según los profesionales consultados. Sin embargo, cabe destacar que fue bajo el porcentaje de profesionales que consideró necesario ampliar al trabajo por fuera del centro de salud para incrementar el acceso de los hogares que no llegan por su cuenta, y lograr un mayor vínculo con el territorio.

En San Fernando, también son los Centros de Salud y los policlínicos privados los lugares más elegidos para realizar la atención habitual de la salud en lo que refiere a las especialidades básicas.

Quienes consultaron en servicios de obstetricia/ginecología lo hicieron mayoritariamente en los centros de salud (53,3%) y, en segundo lugar, en clínica o sanatorio privado (24,8%). Los porcentajes en relación a las consultas pediátricas también favorecen a los centros de salud como primera opción (66,7%) y a los policlínicos privados como segunda (18,1%). Si bien en clínica ambos tipos de efectores son los privilegiados, las brechas en la utilización entre uno y otro se suavizan un poco: la consulta a clínicos se realiza en un 46% en centros de salud y un 27,8% en policlínicos privados.

La disponibilidad o no de cobertura de obra social o medicina privada, sí parece sesgar -en este caso- la priorización de determinado lugar para realizar las consultas. No obstante, hay que destacar, que existe un porcentaje importante de población con niveles de aseguramiento (alrededor del 20% de la población con cobertura) que son atendidos en los Centros de Salud y en el Hospital de San Fernando. Contrariamente, los policlínicos y consultorios particulares reciben casi exclusivamente a población con algún nivel de aseguramiento.

Por otra parte, las distintas zonas de residencia<sup>23</sup>, ponen en evidencia diferencias en los patrones de utilización de los efectores por parte de la población, con algunas variaciones según las especialidades relevadas. Mientras en la zona 3 más del 60% de las últimas consultas obstétricas se realizan en el centro de salud, en la zona 1 ese valor desciende al 13,8%. Una situación muy similar sucede con las consultas pediátricas y clínicas. En el uso de los policlínicos privados y consultorios particulares, los porcentajes más elevados se encuentran en la zona 1, y descienden significativamente en la zona 3.

---

<sup>23</sup> Ver delimitación de zonas en el apartado I de este trabajo.

La jerarquía de los centros de salud como “puerta de entrada” al sistema, varía –nuevamente- según las zonas de residencia. Es más elevada en la zona 3, algo menor en la zona 2 y baja en la zona 1: un 45,2% de la población que residen en la zona 3 utiliza los Centros de Salud, este porcentaje baja levemente (8 puntos) en la zona 2. En contraste, sólo un 9,2% de la población de la zona 1 es usuaria de los centros de salud.

Los patrones de utilización de los Centros de Salud, también muestran brechas de acuerdo a las condiciones de vida de la población. En este sentido, los hogares que experimenta pobreza estructural concurren en un 52,4% de los casos a este tipo de establecimientos, mientras que este porcentaje se reduce al 28,6% para la población que no presenta necesidades básicas insatisfechas. Asimismo, también el 61,2% de la población que no posee cobertura es usuaria de los Centros.

En este municipio la modalidad de acceso a los Centros de Salud se encuentra modelada por los dispositivos implementados –recientemente- desde la política local para facilitar la atención en el primer nivel: mientras el 77,4% lo hace telefónicamente a través del sistema FONOTURNO<sup>24</sup>, un 20% pide turno personalmente y sólo un 1,5% concurre sin turno o lo hace a través de alguna persona conocida. La solicitud de turnos personalmente en el centro, es más elevada entre los hogares con clima educativo bajo. Asimismo, cabe resaltar que el FONOTURNO ha sido valorado positivamente por casi la totalidad de los usuarios del sistema.

Es preciso señalar que los Centros de Salud de San Fernando también constituyen espacios en donde se expresan tensiones entre los lineamientos programáticos de la política sanitaria municipal y los recursos disponibles para su implementación. En especial, el recurso humano constituye uno de los factores más crítico del sistema de salud.

En este sentido, de acuerdo con el 65% de los profesionales encuestados, el refuerzo y la ampliación de la red de prestaciones del primer nivel impusieron la necesidad de ampliar aún más la dotación de profesionales por parte del Municipio, a fin de poder cubrir las necesidades que fueron surgiendo en los distintos servicios de los Centros de Salud. Pero muchas veces, las nuevas contrataciones que tuvieron lugar, generaron algunos malestares entre las asociaciones médicas

---

<sup>24</sup> Ver apartado II de esta ponencia.



gremiales locales y las autoridades de la Secretaría de Salud. Las mismas contemplaron modalidades de trabajo muy diferentes a las tradicionalmente implicadas entre los profesionales de planta<sup>25</sup>.

Por otra parte, son muy bajos los porcentajes de profesionales encuestados que atribuyeron a los Centros la utilización tanto de agentes territoriales, como la realización de tareas encauzadas a la captación de población y a mejorar el acceso de la población al primer nivel.

### La integralidad en la atención y la capacidad resolutive de los Centros 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 de servicios que guarde relación no sólo con las necesidades del paciente, sino también con los requerimientos sanitarios de las familias<sup>26</sup> y con los de la comunidad de pertenencia (Almeida et al, 2006; Vega Romero et al, 2006). Así, cuanto más integral sea la propuesta de servicios, mejor será la capacidad resolutive<sup>27</sup> del primer nivel. La disponibilidad de recursos materiales e insumos para la atención de la población también da cuenta de la *capacidad resolutive* de los CAPS (Burrone et al, 2007).

Este plano de la atención refiere entonces a la cantidad y a la calidad de los servicios que se prestan a la población. Aquí surgen cuestiones como: ¿cuáles son las prestaciones que se ofrecen?; ¿cuáles son sus alcances?; ¿qué tipo de enfoque se contempla en la atención?; ¿bajo qué condiciones se habilitan las prestaciones?; ¿cómo se organizan las prestaciones en relación a las demandas?.

Los resultados del estudio mostraron qué tipo de servicios y prestaciones esperan recibir los hogares de San Fernando en un Centro de Salud. Al conjunto de especialidades consideradas como básicas (vacunación, pediatría, control prenatal y atención clínica de adultos), los entrevistados sumaron una serie de prestaciones

---

<sup>25</sup> Fuente: entrevista a un profesional jerárquico de la asociación gremial de San Fernando.

<sup>26</sup> El enfoque familiar contempla al sujeto en su entorno cotidiano, planteando que la evaluación de la necesidades de la salud deben tener en cuenta el contexto familiar y la exposición del sujeto a amenazas de cualquier orden (Almeida et al, 2006).

<sup>27</sup> La capacidad resolutive 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 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).

más vinculadas con los “determinantes sociales” de la enfermedad, tales como: la atención de las adicciones, alcoholismo/tabaquismo y situaciones vinculadas con violencia doméstica. La expectativa sobre este conjunto prestaciones superó el 75% de las preferencias.

Por otra parte, quizás debido a la particular dotación de servicios de odontología distribuidos en los distintos establecimientos del primer nivel municipal, el 80% de los encuestados manifestó que la atención odontológica es una de las prestaciones necesarias en ese nivel. Similares valores presenta la provisión gratuita de medicamentos. Sólo un porcentaje muy desestimable, reconoció el cobro de bonos en la atención.

Aproximadamente la mitad de los encuestados que acuden a los Centros, afirmó que en la atención de los niños y las embarazadas los equipamientos y los insumos requeridos se encuentra a disposición de los profesionales. Sin embargo, las percepciones mejoran (64%) cuando se interroga en relación a la atención ginecológica.

En relación a la valoración de la atención en la situación de consulta, los resultados pusieron en evidencia que más de la mitad de los usuarios de los Centros considera que en la atención de las mujeres -tanto en el control del embarazo (50.9%) como a nivel ginecológico (59.3%)- los profesionales ponderan factores como el ambiente familiar y el contexto social. Sin embargo, esta percepción es menos favorable en relación a la atención de los niños: menos de la mitad de los usuarios (46,7%) manifestó que el/la profesional tiene en cuenta este tipo de factores.

En términos generales, en Malvinas Argentinas la atención en los centros fue objeto de una positiva valoración por parte de los hogares que los utilizan. Más de un 70% de los responsables de salud de los hogares expresaron que los profesionales disponen de los recursos materiales e insumos necesarios para realizar los tratamientos requeridos en la atención ginecológica, obstétrica, de niños y de enfermos crónicos.

Un porcentaje aún mayor (más del 80%), considera como muy adecuada la formación de los recursos humanos y su dedicación en el momento de la atención, valoración que comprende al conjunto de las especialidades antes mencionadas.

Desde la mirada de los profesionales, en ambos Municipios se realizan 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.

Sin embargo, el importante lugar adjudicado a la tarea preventiva y de promoción de la salud entre estos encuestados, contrasta fuertemente con los altos porcentajes expresados en torno a la falta de actividades territoriales (70% en San Fernando 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.

### *La continuidad y la coordinación de la atención*

La continuidad en la atención de la salud presupone la existencia de una fuente regular de atención, y de su uso a lo largo del tiempo (Alemeida et al, 2006). A su vez, la coordinación al interior del sistema, implica además de la continuidad, el seguimiento del usuario entre los distintos niveles de atención por parte del profesional o por medio de protocolos médicos; esto incluye la derivación para consultas especializadas y servicios de diagnóstico. Requiere así, de disponibilidad de información acerca de sus problemas y de aquellas situaciones de derivación (Starfield et al, 2005; Vega Romero et al, 2006). Aquí, se vuelve primordial el funcionamiento de los mecanismos de referencia<sup>28</sup> y contrareferencia<sup>29</sup> para articular los distintos niveles y estructuras sanitarias del sistema<sup>30</sup>.

El análisis del relevamiento en el nivel de los hogares, muestra que en Malvinas no se advierten variaciones significativas en los requerimientos de derivaciones hacia el segundo nivel entre la población que posee cobertura social y la que no. Asimismo,

---

<sup>28</sup> 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.

<sup>29</sup> Contrareferencia: 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.

<sup>30</sup> Recordemos que en el Partido de San Fernando conviven dos jurisdicciones a cargo del sistema: un Hospital bajo jurisdicción provincial, y varios Centros de Salud y Postas a cargo de la municipalidad

se advierte un porcentaje significativo de solicitud desde el profesional del Centro de Salud de estudios complementarios a realizarse en el segundo nivel. Los valores más elevados se manifiestan en la población pobre y entre los hogares que no disponen de obra social o seguro médico.

Asimismo, es importante el porcentaje de población que, habiendo sido derivada al segundo nivel, regresa a continuar siendo tratada en el centro de salud: el 53,2% de los hogares cuyos integrantes se atienden en los centros de salud fueron derivados en alguna ocasión al hospital y en la mayoría de los casos regresaron a atenderse con el mismo profesional (69,2%). No se advierten diferencias en la población según condición de pobreza; sin embargo, la población que dispone de obra social regresa a tratarse en el centro en un porcentaje menor (10 puntos menos) lo cual permitiría suponer que continúa su atención en el hospital.

Detrás de la articulación entre niveles, los testimonios de los profesionales de los Centros destacan el rol que desarrollan las *trabajadoras sociales* en el seguimiento de los usuarios. Estas profesionales son las que se encargan de vigilar el tránsito de la población por el sistema, y quienes consiguen los turnos en los establecimientos del segundo nivel.

En San Fernando, el seguimiento y la coordinación en la atención del usuario en su tránsito por el sistema también muestra un buen desempeño: el 63,9% de los hogares cuyos integrantes se atienden en centros de salud y fueron derivados a especialista en el hospital, regresaron al centro en todos los casos. Sólo un 14,6% declara no haberlo hecho nunca. El clima educativo del grupo familiar marca brechas entre quienes regresan y quienes no.

El clima educativo del grupo familiar muestra significativas brechas a la hora de analizar el tránsito de usuarios al interior del sistema. Mientras en los hogares con clima educativo bajo la población que “nunca regresó” al Centro de salud luego de la derivación es del 16,7%, en los hogares con clima educativo alto ese porcentaje se reduce en 6 puntos.

La articulación entre el primer nivel y segundo nivel en la atención de la salud de los Centros también se muestra satisfactoria desde la perspectiva de los profesionales, si se consideran los altísimos porcentajes de encuestados que afirmaron en ambos partidos realizar derivaciones a especialistas pertenecientes a hospitales. Además,

la totalidad de estos encuestados sostuvo la presencia de normativas en sus Centros para la realización de tales derivaciones.

#### **IV. Principales conclusiones**

Entre los principales hallazgos, cabe mencionar que Malvinas Argentinas manifiesta un importante porcentaje de población con pobreza estructural que no accede al subsistema público, y que busca atenderse en el sector privado. La ausencia de servicios de emergencia y de mecanismos de otorgamiento de turnos, los acotados horarios de atención y la carencia de profesionales en el primer nivel, pueden ser considerados como factores que contribuyen a esta situación.

Por otra parte, la dificultad para lograr que los Centros de Salud se convirtieran efectivamente en la “puerta de entrada al sistema”, de acuerdo a los objetivos del programáticos de “Pueblo Chico”, puede vincularse con la falta de oferta de especialidades básicas en las instituciones que componen ese primer nivel, pero puede explicarse además como una consecuencia del efecto simbólico sobre la población que alcanza el amplio desarrollo que presenta la infraestructura hospitalaria en los últimos años.

Si bien en San Fernando el primer nivel brinda servicios a una población con características socioeconómicas heterogéneas, la atención se focaliza en aquellos con menores recursos, y reconoce matices de acuerdo a las zonas de residencia. Asimismo, sus usuarios consideraron que los establecimientos ofrecen una oferta variada de prestaciones, destacando la dotación de servicios odontológicos y la disponibilidad de medicamentos gratuitos.

En materia de accesibilidad, si bien este Municipio puso en marcha algunos dispositivos como el *sistema de FONOTURNO* y el *Servicio Municipal de Emergencias Médicas y Traslados* para aumentar el acceso de la población al primer nivel y optimizar, paralelamente, las horas profesionales disponibles, el desafío parece ser sostener la atención de la demanda espontánea y consolidar la red de centros de salud para asegurar niveles adecuados de calidad en las prestaciones a lo largo de todo el territorio.

Cabe resaltar, que entre los equipos profesionales involucrados en la atención de los Centros de Salud, la modalidad de los turnos (telefónica centralizada) constituye un

factor condicionante para garantizar la atención. Sin embargo, la población usuaria ha valorado positivamente este servicio.

Además, éstos profesionales plantean que en los efectores del primer nivel se evidencian algunas dificultades en torno a los recursos humanos, los cuales se presentan como críticos para la implementación de la política sanitaria en el nivel de los servicios, así como también para garantizar la accesibilidad a la atención.

Por otro lado, ambos partidos presentan una buena performance en relación a la continuidad de la atención y a la coordinación entre el primer y segundo nivel; en especial si se consideran los altos porcentajes de derivaciones hacia especialistas del hospital y de retornos al Centro para el seguimiento y el control. En particular, el Municipio de San Fernando ha sustanciado y formalizado la articulación de los distintos niveles de complejidad sanitaria a través de la Oficina 5, mientras que Malvinas Argentinas ha otorgado a las trabajadoras sociales un papel relevante en dicho objetivo.

Contrariamente, los datos muestran en los dos municipios una baja iniciativa de los Centros por realizar actividades de captación territorial, esperando que la atención en el primer nivel se desencadene a través de la demanda espontánea de la propia población.

#### **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. (2008):** “La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación”, En Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias, Chiara, M; Di Virgilio, M; Medina, A. y Miraglia, M (Org), UNGS.

**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, 2007.

**Céspedes, J (2000):** “Efectos de la reforma de la seguridad social en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud”, en Cad. Saúde Publica, 18 (4).

**Chiara, M.; Moro, J; Ariovich, Ana y Jimenz, C. (2010):** “La Política sanitaria local: una mirada de los procesos de atención en el municipio de Malvinas argentinas en el Gran Buenos Aires”, II Jornada de Política Social, ICO – UNGS, 17 de setiembre.

**Cravino, M. (2000):** “La gestión de las políticas para el sector salud en el ámbito local en el contexto de la reforma del estado. Los casos de los municipios de San Miguel, Malvinas Argentinas y José C. Paz”. En: Chiara et al: La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el Conurbano Bonaerense. Serie Informes de Investigación Nro 9; UNGS.

**Forti, S. (2009):** “La APS como ordenadora del sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial.” Intercambio EUROSOCIAL Salud III.

**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.

**INDEC (2001):** Censo Nacional de Población y Vivienda.

**Organización Mundial de la Salud (1978):** Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, URSS, 6-12 de Septiembre.

**Programa de Atención Primaria de la Salud - Sistema de Incentivos para Profesionales de la Atención Primaria de Salud (PROAPS-SIPPAPS),** Argentina, 2006.

**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.

**Segura Salas, H. (2001):** Historia de San Fernando Oeste. Programa de Historia Integral. Municipalidad de San Fernando.

**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).

**Tobar (2000):** “Herramientas para el análisis del sector salud”. Mimeo

**Unidad Municipal de Estadísticas y Censos (2007):** La Población de San Fernando. Estadísticas sociodemográficas 2006-2007.

**Vega Romero, R.; Carrillo Franco, J. (2006):** “APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia. El caso ‘Salud a su Hogar’ en Bogotá”. En *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, Número 11.

**Wallace,S. y Enriquez-Haas, V. (2001):** “Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención medica en vías de cambios para los adultos mayores de EEUU”. Scholl of Public Health Center for Center Policy Reserch.