

BECAS “RAMÓN CARRILLO-ARTURO OÑATIVIA” 2005
ESTUDIOS COLABORATIVOS MULTICENTRICOS

PROYECTO: *Evaluación de la estrategia de APS en los efectores del primer nivel de atención en las provincias de Córdoba, Misiones, Catamarca y Santiago del Estero.*

BECARIOS: *Dres. Didoni Marisa, Ciuffolini Beatriz, Acevedo Gabriel, Utz Lisandro, Jure Humberto*

Los componentes de esta presentación tienen como finalidad expresar en forma resumida la metodología de trabajo y los resultados que se obtuvieron en el desarrollo de las Becas Ramón Carrillo – Arturo Oñativia otorgadas en el año 2005 a profesionales pertenecientes a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.

Prof. Dra. A. Ruth Fernández
Coordinadora

INTRODUCCIÓN

Los sistemas sanitarios de la mayoría de los países se encuentran desde hace unas décadas en un continuo proceso de cambio y reforma, que contemplan en general, nuevos paradigmas sobre los fenómenos de salud-enfermedad y sus estrategias de atención. Así, tanto en países desarrollados como en los en vías de desarrollo, se ha impulsado la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (APS), con el propósito de promover la integración de los servicios asistenciales, preventivos, de promoción de la salud y de rehabilitación, constituyéndose de esta forma en una estrategia, que se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles y prioriza la participación social, la descentralización de los servicios de salud y la optimización de los mismos, favoreciendo la accesibilidad geográfica y administrativa. Se trata de una intervención integral, intersectorial e integrada, de alto impacto sanitario, que promueve el uso racional de recursos disponibles, mejorar la efectividad de las acciones de salud, priorizar la participación social, descentralizar y optimizar de los servicios, y favorecer la accesibilidad a los mismos.

En este sentido, el potencial de la atención primaria se da a partir de sus componentes esenciales: accesibilidad, integralidad de servicios, definición de la población, continuidad, intersectorialidad, uso racional de tecnología y participación social.

En lo que respecta al desarrollo de la estrategia de APS en nuestro país, el informe Situación de Salud en la Argentina 2003 (MSN/ OPS) aporta datos significativos a la hora de analizar y comprender el alcance de la misma.

El mencionado informe pone de manifiesto que las condiciones de salud de nuestra población muestran en los últimos veinte años una franca mejoría, la cual se refleja en la reducción del alrededor de un 30% de indicadores como la mortalidad infantil y la mortalidad materna.

También en los últimos quince años la mortalidad por enfermedades transmisibles disminuyó considerablemente y creció la esperanza de vida.

Si analizamos el perfil de morbimortalidad de nuestro país, es necesario señalar que el incremento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional han permitido la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas. Esto determina lo que se denomina una *transición epidemiológica*, fenómeno propio de los países donde mejora el nivel de vida de algunos sectores de la población y las enfermedades crónicas empiezan a tener un peso mayor que las transmisibles.

Así en nuestro país 6 de cada 10 muertes ocurren por problemas cardiovasculares, cánceres y causas externas.

Si bien esta era hasta ahora la tendencia favorable de los indicadores sanitarios, la presencia de enfermedades emergentes, por ejemplo el incremento de la sífilis congénita (742 cada 100000 nacidos vivos, MSN- OPS, 2003) y de la tuberculosis en algunas jurisdicciones (Salta, 73,5 casos cada 100000 habitantes, MSN- OPS, 2003) y el descenso de algunos indicadores de cobertura (% de población no cubierta por obras sociales: 48,1%, INDEC 2002), ponen en evidencia la existencia de condiciones socioeconómicas y medioambientales altamente preocupantes.

Si bien desde su formulación, la estrategia de Atención Primaria de la Salud ha sido promovida por los organismos internacionales y los diferentes estamentos gubernamentales como “la política” a desarrollar para superar el subdesarrollo sanitario, todos estos datos ponen en evidencia la insuficiencia de los intentos realizados.

Por otra parte su aplicación práctica ha sido muy dispar entre los países y en particular en Argentina, verificándose un desarrollo desigual cuando se analizan comparativamente distintas regiones o provincias.

Esto genera también una convocatoria para la reflexión de todos los actores involucrados en cuanto a la necesidad de poner en marcha una estrategia sanitaria que procure asegurar una atención longitudinal, integrada, global y eficiente, ofreciendo servicios accesibles, descentralizados, polivalentes y permanentes, conforme a los postulados de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, así como de generar esquemas analíticos que posibiliten la valoración de su alcance.

En este contexto el presente trabajo procura analizar el grado de desarrollo de la estrategia de APS en el Primer Nivel de Atención de las Provincias de Catamarca, Santiago del Estero, Misiones y Córdoba, así como en la Ciudad de Córdoba.

Para esto se propuso los siguientes objetivos:

1. Evaluar el grado de desarrollo de la estrategia de APS en los efectores del primer nivel de atención.
2. Conocer la correspondencia entre implementación de políticas sanitarias locales y grado de desarrollo de la estrategia de APS.
3. Establecer relaciones entre implementación de políticas sanitarias locales, capacidad de gestión de los efectores del primer nivel de atención y desarrollo de la APS.

4. Formular recomendaciones destinadas a fortalecer la capacidad de gestión de los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención.

DISEÑO METODOLÓGICO

Conforme a esta propuesta se elaboró un esquema de análisis que, fundado en una conceptualización totalizante, procure dar cuenta de los diversos componentes que definen la estrategia de APS.

A tal fin el esquema de análisis definido comprende dos niveles:

1. Un nivel de análisis macro: conformado por la *descripción de las condiciones de contexto* y la *caracterización del subsector público*.
2. Un nivel de análisis micro: establecido como *la capacidad de gestión de los efectores del primer nivel de atención*.

A continuación se desarrollan las definiciones conceptuales de los componentes de estos niveles de análisis.

1. El *primer nivel de análisis macro*, procura una caracterización del contexto en que se desarrollan los efectores del primer nivel de atención, fundamentada en la convicción de la insuficiencia de los modelos analíticos que proponen indagar sobre las acciones de cuidado de la salud, su modo de organización y sus resultados, sin considerar sus estrechas relaciones con los procesos generales de la sociedad, los cuales determinan la institucionalización de valores, dinámicas institucionales, modalidades de intervención y de participación social.

Este nivel de análisis se compone de:

- a) Una descripción de *las condiciones de contexto*¹, la cual es construida a partir del análisis de algunos indicadores que expresaran las características demográficas, socioeconómicas y de morbilidad, que posibiliten una comprensión mayor de las condiciones en que se desarrolla la estrategia de APS.
- b) Una *caracterización del subsector público*, entendiendo que la consolidación de una determinada organización de los servicios de salud, implica un proceso histórico, en el cual los distintos actores involucrados van configurando ciertos modos de organización, de distribución de recursos, de representación de

¹ Por contexto entendemos conforme a la definición de Ozlak y O'Donnell (1984) el conjunto de factores extrínsecos al objeto más específico de investigación, que es indispensable para la comprensión, descripción y explicación de aquel objeto y sus efectos sobre otras variables.

intereses y de interrelación, los cuales significan diferentes grados de inserción y desarrollo de la estrategia de APS dentro del sistema de salud.

La caracterización de este subsector público se realizará a partir del análisis de diferentes aspectos:

- *Marco normativo*: el conjunto de definiciones legales que instituyen un modo de funcionamiento del sistema.
- *Estructura del subsistema*: composición proporcional del subsector público según niveles de complejidad.
- *Oferta de servicios*: composición porcentual de acciones de cuidado de la salud según su categorización en acciones de promoción, prevención diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.
- *Composición de los recursos humanos*: distribución por profesiones y por niveles de complejidad y calificación.
- *Asignación y distribución presupuestaria*: distribución proporcional del conjunto de actividades financieras del estado al sector salud, y su distribución al interior del sistema, como criterio de clasificación de prioridades de las acciones estatales.

El análisis de estos aspectos posibilitará la visualización de diferentes tipos de relación entre las condiciones generales de la población afectada al estudio, la legalidad formal del sistema, la tendencia o perspectiva en la definición de políticas sanitarias y las formas concretas de estructuración del sistema, financiamiento y distribución de recursos. La caracterización de estos elementos estructurantes del subsector público, nos permitirá dar cuenta de la significancia concreta del desarrollo de la estrategia de APS en las provincias seleccionadas.

2. El *segundo nivel de análisis micro*, pretende caracterizar la configuración de ciertas modalidades de organización, entrega y utilización de servicios en el primer nivel de atención.

En este nivel de análisis los componentes a considerar son: *los arreglos organizacionales, las características de entrega y utilización de servicios, la coordinación intersectorial y la participación social.*

A continuación se desarrollan definiciones conceptuales de los componentes de este nivel de análisis:

- a) *Arreglos organizacionales*: definidos como la organización del complejo de recursos que se destinan al cumplimiento de determinada tarea, considerando no solamente la infraestructura y equipamiento de los centros de atención, sino también a todos los aspectos que determinan la organización del proceso de trabajo.

Estos arreglos organizacionales son la resultante de una compleja trama de intereses, directrices y valores dominantes en una cierta época y en un contexto dado.

Dentro de estos arreglos organizacionales consideraremos particularmente:

- *infraestructura y equipamiento de los centros de salud*: entendida como los componentes físicos destinados al proceso de atención.
- *modelo de organización del proceso de trabajo*: asumiendo que la distribución de tareas y su estatuto jerárquico, no debe ser entendida solo como una forma de distribuir funciones y responsabilidades, sino además como un mecanismo de distribución de poder, recursos e influencias, al interior del sistema. La lógica de organización de un servicio de salud, da cuenta también de la conceptualización de salud y del modelo de abordaje que el mismo desarrolla. De esta forma una lógica de organización vertical, sustentada en la existencia de diferentes cuerpos profesionales (servicios o departamentos de enfermería, administración, etc) difícilmente logren desarrollar acciones de cuidado de la salud integrales e interdisciplinarias, acordes a los postulados de la estrategia de APS.
- *Modelos de gestión del servicio*: los diferentes modelos de organización del proceso de trabajo, conllevan distintos dispositivos de control del proceso de trabajo, los cuales determinan también diferentes niveles de compromiso y responsabilidad con las tareas a desarrollar. De esta forma los esquemas tradicionales de control del trabajo en salud, según principios tayloristas, como por ejemplo control horario, normatización burocrática y supervisión directa, tienden a la automatización de la práctica, y difícilmente contribuyan a la institución de los sujetos de trabajo como actores sociales activos, comprometidos con su realidad y con juicio crítico, capaces de repensar sus prácticas conforme a las cambiantes características que el devenir histórico impone a las condiciones de salud en una sociedad.

- *modalidad de planificación*: definida como el proceso mediante el cual se relacionan las necesidades y problemas de salud de una comunidad, con los conocimientos y recursos disponibles, de manera tal de diseñar cursos de acción que conduzcan a su resolución. Diferentes características de este proceso, como el grado de autonomía de un efector y de participación de los diferentes actores del sistema en las distintas fases del proceso de planificación, posibilitan señalar capacidades diferenciales para dar cuenta de las necesidades sentidas de su comunidad y la resolución oportuna de las mismas, conforme a la estrategia de APS.
- *Sistema de registro*: una evaluación de la idoneidad de los registros de los datos y de si son o no completos es una de las características a evaluar de la APS que, aunque no peculiar, resulta esencial.
- *recursos humanos*: los cuales hacen referencia a la mejoría de indicadores vitales vinculados al número de médicos por habitante y al número de médicos de atención primaria, independientemente del posible efecto de otros factores, sin embargo la realidad indica que el sólo incremento de médicos generalistas o la constitución de equipos interdisciplinarios, no pueden por su sola existencia, constituir una garantía de desarrollo de procesos de atención que den cuenta de las características constitutivas de la estrategia de APS. Requiriendo entonces un marco contextual e institucional acorde a dichas características.

Los agentes de salud, situados en su contexto, deben ser considerados como la resultantes de determinadas condiciones socioeconómicas, el contexto político y cultural en que se desarrollan y los saberes estructurados por sus disciplinas, pero también como sujetos activos, que participan en la construcción de saberes y valores, en el diseño de políticas y en la estructuración del mercado de trabajo.

b) El segundo componente a considerar en este nivel de análisis micro lo constituye la *modalidad de entrega y de utilización de servicios*, el cual será valorado mediante el análisis de los siguientes atributos de la APS:

- *población a cargo*: el número, composición y los criterios de selección de la misma, como determinantes de un área de responsabilidad y compromiso para el equipo de salud.
- *Accesibilidad*: entendida como el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red

interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad. Primer contacto se entiende como el elemento estructural de la evaluación de la accesibilidad y se define como utilización de los servicios por parte de los pacientes para cada problema nuevo o para cada episodio de un mismo problema.

- *Continuidad*: entendida como la atención sostenida en el tiempo, en distintos ámbitos y circunstancias.
 - *Integralidad*: en referencia a la oferta de prácticas preventivas, de promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación, integrada funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario.
 - *Capacidad resolutive*: entendida como la proporción de problemas de salud que encuentran solución en el servicio.
 - *coordinación asistencial*: definida como la posibilidad de realizar un seguimiento de los problemas de salud detectados a lo largo del tiempo.
 - *Cobertura*: entendida como el resultado de la oferta sistematizada de servicios de salud, que satisfaga las necesidades de salud de una población, de manera continua, accesible y socialmente aceptada.
- c) El tercer componente de este nivel de análisis micro, *coordinación intersectorial*², conceptualizada como la acción conjunta de instituciones representativas de distintos sectores sociales, destinadas a aportar bienestar y calidad de vida a la población.
- d) El cuarto componente, la *participación social* entendida como un proceso de construcción de capacidades de la comunidad para intervenir en la identificación de necesidades, diseñar soluciones y ejecución de las mismas.

Este esquema conceptual pretende dar cuenta de los alcances y limitaciones del desarrollo de la estrategia de APS en los efectores del primer nivel de atención en las provincias afectadas a este estudio, asumiendo que las mismas son el resultado de un proceso determinado por la conjunción de capacidades humanas, ligadas a ciertas condiciones objetivas, instituyéndose entonces como medio y resultado de lo que el hombre produce.

Mediante este análisis se pretende finalmente construir una caracterización referida al grado de desarrollo de la estrategia de APS en el primer nivel de atención, mediante las

² "Planificación Local Participativa". Metodología para la promoción de la salud en América Latina y el Caribe. OPS-OMS. 1999.

cuales podamos identificar potencialidades y limitaciones para el desarrollo de los postulados de dicha estrategia.

Los datos obtenidos fueron analizados exploratoriamente a través de un análisis factorial, y la comparación de proporciones utilizando el test de χ^2 , con la finalidad de describir el grado de asociación de los indicadores con la población en estudio. El software utilizado para el procesamiento estadístico fue InfoStat y SPSS.

El nivel de análisis **micro**, destinado a evaluar la capacidad de gestión de los efectores del primer nivel de atención, fue efectuado mediante la elaboración de una encuesta/cuestionario semiestructurada/o conforme a las variables definidas en el esquema conceptual.

Se seleccionó una muestra aleatoria estratificada por regiones de los Centros de Salud de cada Provincia y de los Centros Municipales de la Ciudad de Córdoba.

RESUMEN DE RESULTADOS

Analizando los indicadores que permitieran caracterizar el contexto de las provincias en cuanto a la situación demográfica, socioeconómica y epidemiológica, y valorar las características de su sistema sanitario en especial *del subsector público*, se pudo observar que:

- La Provincia de Catamarca presenta un alto índice de natalidad en relación al resto del país, teniendo un comportamiento similar las Provincias de Misiones y Santiago del Estero, fenómeno que no se observó en la Provincia y Ciudad de Córdoba.
- Al abordar otros indicadores sociodemográficos como la esperanza de vida al nacer y la tasa de mortalidad general, no se encontraron diferencias con respecto a la media del país en ninguna de las provincias analizadas.
- Respecto a los indicadores socioeconómicos se observó que el nivel de desocupación se constituye en uno de los pocos indicadores socioeconómicos en el que Misiones, en realidad Posadas, se encuentra en mejor posición que la media nacional. En cambio en la Provincia de Catamarca y Santiago del Estero este indicador reflejó una marcada asociación negativa en el análisis factorial. No así en la Provincia y ciudad de Córdoba donde la media de desocupación es similar a la media nacional.
- En cuanto al resto de los indicadores socioeconómicos analizados (%NBI, analfabetismo y provisión de agua corriente), se observó un comportamiento similar en Catamarca, Santiago del Estero y Misiones, donde los valores fueron sensiblemente desfavorables respecto a la media del país. Esta correlación negativa observada mediante el análisis

factorial refleja la condición desfavorable de estas poblaciones respecto a la población promedio de Argentina. En Córdoba, Provincia y ciudad, el valor de éstos indicadores socioeconómicos no se apartaron de la media del país.

-El estudio de los indicadores epidemiológicos de morbimortalidad reflejó que la tasa de mortalidad infantil muestra valores superiores a la media nacional tanto en Misiones como en Santiago del Estero y Catamarca. Esto da cuenta de situaciones de vulnerabilidad diferencial en algunos grupos poblacionales que necesariamente deben ser abordados desde los múltiples determinantes de salud.

-Cuando en Misiones se analizan las tasas de mortalidad agrupadas según las principales causas, se observa que en general las muertes por enfermedades crónicas tienen tasas brutas inferiores a la media nacional, que sería consistente con un perfil epidemiológico donde aún tienen un peso relativo mayor las enfermedades transmisibles y las asociadas a la pobreza. Esto mismo se observa en las Provincias de Santiago del Estero y Catamarca. En cambio en la ciudad y Provincia de Córdoba el análisis factorial reflejó un mayor peso de los valores de tasa de mortalidad agrupada por causas, predominantemente a causas cardiovasculares y tumorales, ambas de características crónicas degenerativas.

En cuanto a la caracterización del subsector público de salud se observaron diferentes propuestas en las provincias analizadas detallándose a continuación las características generales que cada investigador detectó en su área de trabajo:

Catamarca

En la Provincia de Catamarca en cuanto a las variables del sistema de salud, se encontró un alto porcentaje de la población que sólo cuenta con cobertura de salud a través del Sub Sector público, siendo más importante en los niños menores de 2 años. El marco regulatorio, la promulgación de la LEY de ATENCIÓN PRIMARIA, intenta favorecer el desarrollo de la estrategia de APS, en consonancia con las Bases De Plan Federal de Salud (mayo 2004). Los cambios en la estructura de la Sub Secretaria de Salud Publica, a partir de la jerarquización de la Dirección de Atención Primaria, da cuenta de ello. Otra potencial fortaleza para el desarrollo de la estrategia de APS, es el predominio de establecimientos sanitarios del primer nivel de atención (94 % del total de efectores provinciales), lo cual favorece la accesibilidad geográfica de la población. En cuanto al recurso humano, los auxiliares de enfermería, junto con los agentes sanitarios, cumplen un rol protagónico. Por un lado, esto significa una ventaja para el desarrollo de la estrategia, ya que favorece la participación comunitaria, acercando los actores en salud, aunque por otro lado la escasez de profesionales médicos y no médicos en este nivel de

atención, reduce la capacidad de resolución problemas, aumentando la demanda a niveles de mayor complejidad.

Córdoba Provincia

Se caracteriza por la existencia de un ordenamiento territorial regionalizado del subsector público, que implica una red creciente de establecimientos interconectados, con procedimientos de referencia que ordenan la circulación de los pacientes por el sistema. Por la implementación de un proceso masivo de formación de recursos humanos en el primer nivel de atención, centrado en el desarrollo de acciones de cuidado de la salud integrales, interdisciplinarias y que propicien la participación social, constituye tal vez la estrategia con mayores potencialidades de transformación profunda del sistema sanitario; y la sanción de un marco normativo sanitario que procura la integración de los subsectores que conforman el sistema y la implementación de algunos recursos como la existencia de población bajo responsabilidad, la clave única de identificación sanitaria y la canasta básica prestacional centrada en el desarrollo de acciones de promoción de la salud y prevención. Innovaciones que si bien parecen constituir elementos potenciadores del desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, deben consolidar aun su etapa de implementación.

Por otro lado, entre las condiciones de contexto que parecen instituirse como factores limitantes, se puede señalar que el modelo de gestión, los valores y la lógica de funcionamiento estatal en que se insertan estos efectores del primer nivel de atención. La “segunda generación de reformas” impulsada por la actual gestión de gobierno, consolida un marco regulatorio que imprime una nueva lógica al funcionamiento del Estado tendiente a incorporar criterios de gestión privada en el sector público y un nuevo estatuto de derechos sociales, los cuales entran en contradicción con los principios constitucionales vigentes, como así también con los postulados de la Atención Primaria de la Salud.

Córdoba Ciudad

Con respecto a la caracterización del Sistema Sanitario Municipal de la Ciudad de Córdoba, se puede concluir que dentro del marco regulatorio, la estrategia de Atención Primaria de la Salud define gran parte de las acciones a realizar por Secretaría de Salud y Ambiente de la Municipalidad de Córdoba y esto se ve reflejado en la oferta de servicios y de efectores que se encuentran en el Primer Nivel de Atención. Además, el hecho de incrementar en los dos últimos años el número de efectores (UPAS) en un 9% demuestra que existe una política acorde a la estrategia.

Por otro lado, analizando la distribución del recurso humano en la actividad asistencial de la salud, se asigna al tercer nivel de atención el 48,3% del recurso en comparación con el 41,3% que consigue administrarse el primer nivel. Cuando se analiza la distribución por funciones del recurso humano que se desempeña en el primer nivel de atención resalta el peso que presenta el personal médico (49,4%) en comparación con otras profesiones fundamentales para el desarrollo de la estrategia de APS, como trabajadores sociales (2,59%) y psicólogos (1,56%), hecho que podría afectar el trabajo multidisciplinario necesario para el abordaje integral de los distintos determinantes en salud.

Misiones

En relación al análisis de las variables de caracterización del subsector público de salud, este permite visualizar que las principales orientaciones de la política y el marco regulatorio ofrecen condiciones favorables para el desarrollo de la estrategia de atención primaria. Aunque, las formas concretas de estructuración del sistema, financiamiento y distribución de recursos presentan aspectos facilitadores, como la amplia distribución de centros de primer nivel de atención, y otros se que constituyen en una restricción: bajo nivel de financiamiento del sector y el poco énfasis puesto en la ejecución de actividades centrales de la atención primaria como lo son los programas de prevención.

En el nivel de análisis micro, establecido como *la capacidad de gestión de los efectores del primer nivel de atención* se pudo detectar de acuerdo al trabajo realizado que:

- En **Catamarca**, al analizar las características de los efectores del primer nivel se observa que, si bien existe un número importantes en el primer nivel (288), menos de la mitad cuentan con escasa infraestructura básica (Office de enfermería, vacunatorio, área administrativa, comunicación, traslado de pacientes). En cuanto a la composición y calificación del recurso humano, se rescatan una escasa participación de los profesionales no médicos en los equipos de salud, principalmente la del Trabajador social (presente solo en el 12% de los centros). El recurso médico, presenta un marcado predominio del clínico, formado para la atención de adultos, lo cual no condice con el perfil que población que accede a los centros de salud, donde las consultas materno-infantil tienen mayor prevalencia. Sólo 42% de los centros, tiene pediatras y/o médicos de familia especialidades adecuadas para los cuidados de la salud durante la infancia. La composición de los recursos humanos detectados en los centros involucrados en este estudio fue analizado en relación a la variable “El paciente puede elegir el médico con el que desea tratarse”. En el estudio factorial exploratorio se observó que la presencia de Médico de Familia, Clínico y Pediatra, agrupa a los centros en relación a la posibilidad de

elegir el médico, no así las otras especialidades . Los enfermeros, junto a los agentes sanitarios, son el recurso con mayor número dentro de los equipos de salud, los primeros en su mayoría auxiliares.

Las formas de planificación marcan cierta tendencia a la planificación normativa con mínima participación de los actores sociales a la hora de definir cuales son sus los problemas y las mejores estrategias de abordaje

La presencia del agente sanitario en los equipos de salud favorece el conocimiento de la población desde otra perspectiva, identificando grupos vulnerables y facilitando la accesibilidad real de la población al sistema, actuando sobre las barreras culturales, geográficas, administrativas. En general no existen importantes barreras en la accesibilidad, con excepción a la geográfica, tanto por las distancias como por la falta de transporte público. En el análisis categórico de datos respecto a la población con y sin transporte frente a las distancias del ejido del centro mostró valores diferentes entre sus proporciones ($p < 0,001$), lo cual comprueba las condiciones desfavorables en el traslado de los usuarios.

-Respecto a la **Provincia de Santiago del Estero** y a partir de las expresiones vertidas en el informe correspondiente se puede resumir que:

La Salud Pública en esta Provincia, refleja el estado de desestructuración demostrado por las condiciones sociales de necesidades básicas insatisfechas y la dependencia económica del empleo público. Esto se asocia a una fragilidad en el modelo de atención primaria, que presenta déficit en recursos económicos, humanos y de equipamiento, lo cual se refleja en el predominio del cumplimiento de requisitos administrativos mínimos, sin claridad en las funciones, ni controles de calidad adecuados.

Por otra parte, los resultados obtenidos permiten visualizar que, en la mayoría de los casos es la demanda espontánea la que condiciona la organización de las prestaciones, quedando las actividades de los programas relegadas a un lugar secundario, y en muchos casos inexistente, evidenciando una ausencia de mecanismos de gestión y participación.

En todos los casos encuestados se observa que en los Centros de Salud los datos se obtienen con sistemas de registro tradicionales como un simple procedimiento administrativo y que dichos datos no son evaluados y transformados en información oportuna y confiable, adecuada para poder planificar en salud.

De este modo, si bien la disponibilidad de información sobre población total es alta, estos porcentajes disminuyen cuando nos referimos a grupos específicos, datos que deberían ser de importancia fundamental para programar la entrega de servicios y no limitarse de

manera indiscriminada a la atención de la demanda espontánea, casi siempre, ligada a la urgencia, a la patología aguda. Esta situación terminaría absorbiendo los escasos recursos existentes en detrimento de las actividades de los programas que son las que posibilitarían, en el mediano o largo plazo, cambiar el perfil de la oferta de servicios por parte de los Servicios de Salud. En función del resultado obtenido en las entrevistas parecería que no se ha logrado cambiar el perfil de los Centros de Atención Primaria, donde se sigue priorizando el perfil médico por sobre las otras disciplinas y se evidencia una falta de coordinación de actividades. Una de las premisas planteadas por el Programa Nacional de Garantía de Calidad del Ministerio de Salud de la Nación es la necesidad de creación, implementación y desarrollo de estrategias que posibiliten la educación continua de los componentes del equipo de salud que actúa en el centro de Atención Primaria.

Así mismo se debe señalar que la cobertura por programas específicos presentan importantes déficit, y esto se ve acompañado con un enfoque de atención a la demanda espontánea y asistemática.

-En la **Provincia de Córdoba**, respecto a la caracterización de la capacidad de gestión de los efectores del primer nivel, la tipología lograda permite construir un perfil de gestión centrada en valores, recursos y modalidades de corte tradicional, los cuales se constituyen en elementos limitantes del desarrollo de los principios y componentes de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. La identificación de estas limitantes lejos de intentar un señalamiento hacia el trabajo y el compromiso de los miembros de los equipos locales de salud, pretende constituirse en un insumo para la discusión y el análisis de los efectores involucrados en este estudio, que los ayude a repensar sus prácticas y sus cursos de acción a los fines de generar espacios de trabajo que promuevan satisfacción, bienestar e integración del equipo de salud en su conjunto y de este con su población.

Entre estos elementos que posibilitan esta caracterización podemos destacar:

- La existencia en un importante porcentaje de centros con condiciones de infraestructura y equipamiento adecuadas para el desempeño de las funciones que debe cumplir un efector del primer nivel de atención.
- La presencia de un "*modelo tradicional de organización del proceso de trabajo*" atravesado por una lógica de funcionamiento, organización y control de tareas de corte verticalista, lo cual aparece como un limitante para la constitución de los integrantes del equipo de salud y de la comunidad como sujetos activos en la construcción colectiva de saberes y valores que guíen los cursos de acción.

- La identificación de un “*modelo de gestión tradicional*” sustentado en la normatización burocrática, la supervisión directa, el control horario y un incipiente desarrollo de algunos indicadores de desempeño de aplicación habitual en los ámbitos de gestión privada, evidencian la existencia de modalidades de funcionamiento escasamente autónomas y creativas, y basadas en las condiciones, potencialidades y necesidades de un servicio de salud comprometido e integrado con su comunidad.
- La caracterización del proceso de planificación de las acciones del cuidado de la salud, como un *proceso no sistemático*, centrado en los equipos locales. Esto si bien podría constituirse en un rasgo potenciador del desarrollo la estrategia de Atención Primaria de la Salud, la falta de organicidad que el proceso evidencia, el uso discrecional de fuentes de datos y de mecanismos de evaluación, la ausencia de documentos que acrediten contenidos programáticos, la baja integración que parecen tener la planificación sanitaria al resto de las políticas locales y la escasa participación social, permiten perfilarlo como un proceso con un muy insipiente desarrollo.
- En cuanto a los recursos que sustentan el proceso de atención, los sistemas de registro podrían tipificarse como “*tradicionales y normativos*” en tanto se evidencia un uso intensivo de sistemas de registro que se remiten a nivel central como mecanismos de control de gestión, pero que no parecen utilizarse como fuentes de datos que sustenten los procesos locales de planificación; destacándose además la existencia dominante de sistemas de registro de atención individual que no facilitan el seguimiento integral, continuo y contextualizado de los problemas de salud de la población a cargo.
- En cuanto a la composición de los equipos de salud da cuenta de una “*estructura típica*”, fuertemente centrada en el campo médico, con escasa profesionalización del personal de enfermería, mediana participación de trabajadores de la salud no médicos y muy baja participación de agentes sanitarios. Esta estructura sin duda no contribuye a potenciar el aislamiento profesional y la fragmentación que habitualmente domina el proceso de atención. La forma de remuneración del personal dominante la constituye el salario, lo cual da cuenta nuevamente del distanciamiento existente entre la formulación a nivel central de políticas públicas que pretenden la incorporación de criterios de remuneración ligados a la efectividad de las acciones y la productividad y las modalidades históricas de gestión local. Esta distancia entre implementación a nivel macro de políticas sociales y procesos locales de gestión parece acortarse si tenemos en cuenta las condiciones de precarización laboral dominantes.

- La evaluación de la *modalidad de entrega y de utilización de servicios*, se realizó mediante el análisis de los atributos de la Atención Primaria de la Salud. La *accesibilidad* a los servicios del primer nivel de atención aparece entonces como un *modelo con considerables limitantes*, tanto geográfica como socio- organizativas.
- La *longitunalidad* no logra constituirse en una característica fuertemente estructurada como proceso de identificación de la población con los cuidadores de su salud y como la existencia de un compromiso implícito por parte del equipo de salud de prestar regularmente una atención centrada en la persona que se sostenga en el tiempo.
- La *integralidad* entendida como la posibilidad de desarrollar una modalidad de abordaje que de respuesta a todos los aspectos que hacen al cuidado de la salud de la población en su conjunto, a partir de una correcta identificación de necesidades y la existencia de los recursos necesarios para atenderlas, muestra en este caso algunas limitantes, si consideramos la baja cobertura de algunas acciones de prevención y la inexistencia de sistemas de registro que sirvan como un recordatorio y una guía de las acciones a desarrollar en cada grupo etáreo, mostrando una vez mas la distancia entre formulación de políticas públicas (Ley de Garantías Saludables/ Canasta Básica Prestacional) y su efectiva instrumentación.
- En cuanto a la *coordinación asistencial*, las condiciones evaluadas determinan una situación de *relativa integración del sistema*, con algunas deficiencias en una serie de recursos que facilitan la atención integrada en los diversos estamentos del sistema sanitario.
- Los bajos *niveles de cobertura* de las principales acciones preventivas, evidencian la ausencia de acciones de monitoreo y evaluación de los programas que efectivamente se desarrollan y la ausencia de acciones de captación y re-captación.
- Las *acciones intersectoriales* y la *participación social*, con las restricciones evidenciadas, no han logrado desarrollarse e instituirse como aspectos estructurantes de la estrategia de Atención Primaria como recurso para propiciar una mejor calidad de vida.

-En el informe presentado por el investigador a cargo de **Córdoba ciudad** se refleja que un alto porcentaje de los Centros encuestados (más del 70%) señaló que existe adecuada infraestructura y equipamiento, sistema de registro apropiado, documentación que expresa el modelo de organización de trabajo con la distribución de tareas para cada integrante de equipo de salud y su estatuto jerárquico y una población definida y

caracterizada; condiciones favorables para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Al analizar el control de productividad, el indicador que sobresale es *cantidad de pacientes atendidos por hora*, quedando muy por debajo el resto de los indicadores.

Al analizar quienes establecen los mecanismos de control de productividad, las Autoridades Sanitarias locales aparecen como el actor principal. Lo mismo sucede cuando se analiza la modalidad de planificación siendo las Autoridades Sanitarias los principales encargados de la planificación y de establecer los indicadores para la evaluación: Esto denota un predominio de la planificación normativa por sobre la local estratégica. Asimismo al momento de recurrir a las fuentes de información para programar la acciones de salud se priorizan las estadísticas de morbilidad y las propias del centro por sobre las encuestas a la población y asambleas vecinales.

Con respecto a la composición del recurso humano, en este segundo nivel de análisis micro se refleja lo contemplado en el nivel de análisis macro. El personal médico y de enfermería se encuentra en el 100% de los Centros mientras que otras profesiones como odontología se encuentra en aproximadamente la mitad y psicología y trabajo social en aproximadamente la cuarta parte de los Centros. Esto se ve expresado cuando se analizan las actividades de prevención que se realizan en los Centros para asegurar una atención integral ya que los programas con un fuerte contenido psicosocial (violencia, tabaquismo y alcoholismo) y salud bucal son los que se encuentran con menor frecuencia. También en este punto se vuelve a reflejar el protagonismo de las Autoridades Sanitarias en las actividades de capacitación del recurso humano por sobre las actividades establecidas por el equipo de salud (que se adaptarían más a la realidad local).

En los Centros encuestados no existe una barrera económica que impida la accesibilidad. Se encuentran importantes barreras administrativas en los horarios de atención en los Centros ya que en la mayoría (78%) los momentos en que se encuentran abiertos *nunca* o *a veces* son acordes a los horarios de trabajo y costumbres de la población. También la obtención de turnos, el tiempo de espera antes de la atención y la imposibilidad de elegir el profesional por parte del paciente son otras de las barreras que se pudo determinar. En la accesibilidad geográfica el transporte público para el acceso habitual al Centro sólo existe *generalmente* en un 33% y, además, un 39% de los Centros no tiene las condiciones edilicias para facilitar el acceso a ancianos y/o discapacitados.

Estas barreras podrían tener relación con que el 94% de los Centros refirió que sólo a veces la población realiza la primera consulta por un problema de salud en el Centro de Salud, señalando así la vigencia del modelo hospitalocéntrico reinante.

El 94% de los Centros refirió que en los mismos se resuelven *la mayoría* de los problemas de salud que la población consulta. Es decir que, los que logran atravesar las barreras anteriormente citadas, encontrarán la solución a su problema de salud en la mayoría de los casos.

A pesar de que el 89% de los Centros refirió tener establecido los Centros de mayor complejidad a los cuáles derivar, al momento de llevar a cabo la coordinación asistencial, la mayoría señala que el sistema de referencia- contrarreferencia es inadecuado.

A excepción del programa de inmunización en niños menores de 6 años, la mayoría de los Centros no llega a la cobertura del 80% (porcentaje al alcanzar para considerar una buena cobertura del programa según Moreno, E. 2001) en el resto de los programas (control de niño sano, control de embarazo, hipertensión y diabetes). Además se pudo determinar estadísticamente que los Centros con mayor cobertura del programa de control de niño sano se agrupan con la mayor accesibilidad a los turnos programados.

Menos del 40% de los Centros realizan actividades interinstitucionales habitualmente y hacen participar a miembros de la comunidad para conocer su opinión o para decidir acciones.

-El abordaje efectuado en el análisis de la **Provincia de Misiones** el investigador expresa que se pueden identificar factores facilitadores del desarrollo de la estrategia de atención primaria y otros que actúan como desfavorables.

Entre los principales factores facilitadores se destacan:

- La orientación de la política sanitaria, caracterizada por un fuerte impulso al fortalecimiento de los centros de primer nivel, tanto en aspectos relativos a su infraestructura como a la formación y capacitación del recurso humano.
- El marco regulatorio dado por la ley provincial de salud que tiene a la promoción de estrategia de atención primaria como uno de sus principales propósitos.
- Las formas de organización del sistema prestacional público que se estructura a partir de la amplia distribución de centros de primer nivel de atención, en las cuatro zonas sanitarias de la provincia.
- La dotación y perfil de los recursos humanos que se desempeñan en los centros de primer nivel de atención resulta consistente con la cantidad de población a asistir.
- La presencia de equipos de promotores de salud que desarrollan actividades y servicios de promoción de la salud, desde todos los centros de primer nivel y con población identificada a su cargo.

- La accesibilidad a los centros en sus componentes administrativos (tiempos de espera para turnos), económicas (ausencia de copagos) geográficas (distancias y disponibilidad de transporte público) resultó óptima en la mayoría de los centros. Solo los de la zona norte presentan algunas dificultades para el acceso geográfico.
- La oferta de servicios de atención médica y de enfermería, se ajusta a las magnitudes de la población bajo cobertura. Como también se detectó un adecuado nivel de aprovisionamiento de insumos y medicamentos.
- La adecuada coordinación de actividades orientadas a la participación comunitaria en especial con las escuelas.

Entre las situaciones o factores que dificultan el desarrollo de la atención primaria se identificaron:

- El bajo nivel de financiamiento relativo del sector salud con la consiguiente restricción presupuestaria para los servicios de atención.
- La atención médica esta fuertemente a la asistencia a demanda y por patologías. Con una muy escasa utilización de programas preventivos, protocolizaciones o guías de práctica diseñadas localmente.
- La baja frecuencia de médicos con población a cargo (solo presente en el 23 % de los centros).
- La ausencia de normatización local de los procesos administrativos, solo se aplican las normativas establecidas por el Ministerio de Salud Pública de la provincia.
- La coordinación asistencial con los otros niveles de atención esta limitada a la derivación de pacientes para su internación, observándose una casi nula articulación de los procesos de manejo ambulatorio.
- Falta de coordinación para el desarrollo de actividades comunitarias con otros organismos gubernamentales (excepto escuelas).

RECOMENDACIONES

Dadas las características de las poblaciones abordadas en el presente proyecto es pertinente expresar las recomendaciones en función de cada uno de los trabajos efectuados:

- En la **Provincia de Misiones** las recomendaciones destinadas a fortalecer la capacidad de gestión de los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención se pueden sintetizar en:

1. Promover mediante estrategias de capacitación en servicios el diseño de programas preventivos, protocolizaciones o guías de práctica para los problemas prevalentes, formulados en base a la situación local de salud y mediante sistemas de incentivos, que establezcan metas de cumplimiento, estimulando su aplicación.
2. Incrementar la cantidad de médicos con población a cargo. Esto podría abordarse modificando los criterios sobre los que se establece la relación contractual, incorporando mecanismos de retribución que contemple la cantidad de población bajo responsabilidad (ahora, sólo presente en el 23 % de los centros).
3. Diseñar a nivel central, con participación de los miembros de los equipos de los centros, mecanismos sistematizados de coordinación asistencial para la atención de los procesos de manejo ambulatorio.
4. Estimular la coordinación de actividades comunitarias con otros organismos gubernamentales, mediante la realización local de talleres sobre problemáticas de abordaje intersectorial.

-En la **Provincia de Santiago del Estero** las recomendaciones se expresan en el marco de una descripción de crisis política, social y económica de la provincia que ha producido un quiebre de las identidades y canales de participación. Esto constituye la clara expresión de un proceso social y político y de un modelo de pensamiento sanitario que se han consolidado a lo largo del tiempo.

Por lo referido se necesita poner en marcha una estrategia sanitaria que procure asegurar servicios accesibles, descentralizados y equitativos, conforme a los postulados de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

-En la **Provincia de Catamarca** se puede concluir, que son muchos los aspectos positivos implementados desde el Ministerio de salud provincial para la implementación de la estrategia de Atención Primaria. Es necesario fortalecer las redes de participación social, promoviendo la autorresponsabilidad y autodeterminación de la población, eje vertebrador de la estrategia de Atención primaria pilar fundamental.

-En la **Provincia de Córdoba** se recomienda en primer lugar una redefinición política del modelo de estado en que se insertan el conjunto de políticas públicas destinadas efectivamente a mejorar las condiciones de vida de la población. En segundo lugar sería recomendable que el proceso de implementación de dicha estrategia en los ámbitos locales de gestión, estuviera antecedido por un ejercicio participativo de reflexión a cerca

de la correspondencia entre el modelo de estado en que se inserta y los postulados, fundamentos y requisitos que la implementación de la misma demandan, a fin de que la identificación de las potencialidades y limitantes que las propias condiciones de contexto imponen, funcione como un insumo que contribuya optimizar el diseño de los cursos de acción.

En este proceso de instrumentación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en el primer nivel de atención, requiere conforme a los resultados obtenidos, un rol sustancialmente más protagónico de los integrantes del equipo de salud y de la comunidad, mediante la generación de espacios de planificación en los cuales autoridades locales, trabajadores de la salud e integrantes de la comunidad puedan considerar y consensuar intereses, necesidades, recursos, modalidades de implementación, de monitoreo y evaluación. Esto entendido como un proceso generador de síntesis operativas que se transformen en efectivas acciones de cuidado de la salud, resultantes de un proceso de generación de conocimiento, formación y educación continuada en acción. El desarrollo de este tipo de estrategias, sin dudas, ayudaría a aumentar el grado de participación y compromiso de los trabajadores de la salud con el espacio institucional en que se insertan y con los programas que ellos mismos han ayudado a diseñar e implementar. Otras acciones que contribuirían ampliamente con la optimización del primer nivel de atención son el desarrollo sistemático de acciones de educación permanente en servicio por un lado y la institución de estos efectores como el espacio natural de formación y capacitación de los recursos humanos destinados a trabajar en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, mediante la provisión de todos los recursos materiales, pedagógicos y académicos que esta condición requiere.

-En la **ciudad de Córdoba** se sugiere:

- Reforzar otros indicadores además de la cantidad de pacientes atendidos por hora para el control de productividad para lograr una visión más completa.
- Estimular la planificación local estratégica y participativa.
- Evaluar la necesidad de incluir mayor cantidad de profesionales de salud no médicos para la formación de equipos multidisciplinarios para un abordaje integral de los problemas de salud.
- Profundizar el análisis de las barreras para la accesibilidad a los Centros y el de la baja cobertura de los programas de salud.
- Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia con los Centros de mayor complejidad.

