

UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE.

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PROYECTO PDTS: CARACTERÍSTICAS DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD,
REGIÓN SUDESTE /RS VI**

“Modelos y estrategias de planificación y gestión político-sanitaria en las secretarías de salud de los Municipios del conurbano bonaerense: coberturas alcanzadas, desarrollo de la red y resultados sanitarios a nivel poblacional.”

- A) **INSTITUTO:** Instituto de ciencias de la salud
- B) **FECHA:** marzo 2016
- C) **TEMA:** Redes de salud y gestión en salud desde los Municipios

1- RESUMEN

A) SÍNTESIS

El rol de los Municipios como planificadores e implementadores de políticas de salud se ha fortalecido en nuestro país en los últimos años. Los análisis históricos de los procesos de reforma de décadas pasadas se centran principalmente en causales económicas que dieron origen a los espacios locales-municipales de la salud, sin embargo la consolidación democrática y la recuperación de derechos plantea la necesidad de reflexionar desde otras categorías de análisis, asumiendo que los Municipios son actualmente espacios políticos-sanitarios fortalecidos y estratégicos para dar respuesta a los problemas de salud desde una dimensión territorial.

El objetivo de esta investigación es identificar las características que asume la gestión político-sanitaria en los Municipios de la región, particularmente considerando los factores que intervienen, determinan o condicionan el desarrollo de la salud a nivel local y su capacidad para la consolidación de redes asistenciales

Metodológicamente se trianguló información y técnicas de recolección de datos, el análisis se reconstruyó a partir de fuentes primarias, recogidas mediante entrevistas realizadas con secretarios de salud y relevamientos con funcionarios del área, fuentes secundarias (bases de datos, estadísticas sanitarias y recopilaciones documentales)

Se concluye que el desarrollo del trabajo en red constituye un eje central y condicionante para la gestión efectiva y oportuna de los procesos asistenciales, y que esto depende del grado de consolidación que alcancen los sistemas locales, el acceso a recursos económicos y de financiamiento y de la mayor o menor puesta en práctica de las condiciones materiales, administrativas y operativas para la articulación de sus efectores. La jerarquización de los sistemas locales y su apuntalamiento como espacios políticos, sanitarios y administrativos para la coordinación de la salud constituye un desafío para el fortalecimiento del territorio, por el nivel de cercanía que tienen con las demandas y necesidades de sus poblaciones. Condición de esto es revertir las limitaciones objetivas y materiales de sus estructuras, como así también incorporar procesos de gestión dinámicos mediante la aplicación de nuevas tecnologías de información.

B) PALABRAS CLAVE: Sistemas de Salud, Redes de Salud, Municipios

3- DESARROLLO

3.1. INTRODUCCIÓN

El proyecto se propone identificar los modelos de gestión político-sanitaria que prevalecen en los Municipios del conurbano bonaerense. Se analizarán, articulando perspectivas conceptuales, indicadores sanitarios y visiones de los propios actores de los sistemas de salud locales, los principales factores que modelan actualmente a la gestión sanitaria en el escenario municipal, y que son a la vez condicionantes para avanzar hacia la conformación de redes de servicios que garanticen accesibilidad adecuada y continuada para los procesos de atención que la población requiera.

Consideramos que el nivel local es el espacio de construcción territorial de la salud y su fortalecimiento (político, estructural, técnico, administrativo) requiere también de la producción de análisis que generen conocimientos aplicables a la gestión, asumiendo las realidades locales y las dimensiones del contexto social e histórico que las atraviesa.

Estudiar los espacios locales-municipales de gestión de la salud resulta relevante en tanto aporta categorías de análisis para la salud pública. Particularmente en lo que hace a la temática de redes y sus potencialidades para consolidarse en el contexto local y regional, consideramos que este tipo de abordajes se encuadra dentro de una de las prioridades de la salud pública, vinculada a la accesibilidad, continuidad e integralidad de la atención sanitaria.

3.2. PROBLEMA ABORDADO Y ANTECEDENTES

Los sistemas locales de salud constituyen espacios político-institucionales en los cuales convergen distintos recursos (presupuestarios, organizacionales, tecnológicos, regulatorios, humanos, simbólicos) y cuyas relaciones determinan el modelo de atención, sus formas de gestión y su operativización a nivel del territorio en términos de garantizar la accesibilidad de la población a la salud.

El rol de los Municipios como planificadores e implementadores de políticas de salud se ha ido fortaleciendo en nuestro país en los últimos años. Se reconoce que a partir del proceso de descentralización que comienza en la década del ochenta, en el marco de la crisis económica y de los modelos que propiciaban la atomización del rol de rectoría del Estado, los Municipios vieron aumentadas sus responsabilidades y los servicios a su cargo. En este sentido el subsector público de la salud se caracterizó por la progresiva transferencia de funciones desde los niveles jurisdiccionales superiores (nacionales y provinciales) hacia los municipales. En el transcurso de las décadas pasadas, se identifican en este campo procesos fragmentados, complejos y en ambos sentidos de centralización-desconcentración- descentralización en lo sanitario- jurisdiccional.

Los análisis históricos de los procesos de reforma de las décadas pasadas se centran principalmente en las causales económicas que dieron origen a los espacios locales-municipales de la salud, sin embargo la consolidación democrática y la recuperación de derechos participativos nos plantea la necesidad de reflexionar desde otras categorías de análisis, asumiendo que los Municipios son actualmente espacios políticos-sanitarios fortalecidos y estratégicos para dar respuesta a los

problemas de salud desde una dimensión territorial, dado el nivel de cercanía que tienen con las necesidades y demandas de sus poblaciones.

Desde esta perspectiva, en este trabajo se presentarán algunos ejes conceptuales para analizar los factores que intervienen, determinan o condicionan el desarrollo de la salud a nivel local y su capacidad para la consolidación de redes asistenciales

Consideraremos la conjunción de las dinámicas sanitarias, políticas y administrativas¹ que atraviesan a los Municipios en este esquema, ya que como sistemas locales representan una primera unidad de integración de recursos con potencialidad estratégica para consolidar el trabajo en red de la salud pública a nivel territorial, asumiendo que la noción de "territorio" rebaza lo meramente jurisdiccional y alcanza en su dimensión política la complejidad de su significado, en tanto remite a la construcción de consensos, legitimidades y disputas.

La hipótesis de trabajo que planteamos son las siguientes:

- Que los Municipios son actualmente espacios políticos-sanitarios fortalecidos y estratégicos para dar respuesta a los problemas de salud desde una dimensión territorial.
- Que esto dependería de su capacidad para formular políticas sanitarias a nivel local aunque no obstante son los programas nacionales los articuladores de las intervenciones sanitarias y las principales fuentes de financiamiento.
- Que el desarrollo del trabajo en red constituye un eje central y condicionante para la gestión efectiva y oportuna de los procesos asistenciales, y que esto depende a la vez del grado de consolidación que alcancen los sistemas locales y de la mayor o menor puesta en práctica de las condiciones materiales, administrativas y operativas para la articulación de sus efectores.

Partiendo de estos supuestos, y con el basamento de los antecedente bibliográficos y conceptuales revisados, se apunta a recorrer las condiciones en que se desenvuelve la política sanitaria local, a fin de identificar ciertos patrones típicos que caracterizan a las estrategias de salud en los municipios, las cuales inciden en los modelos de atención y en la accesibilidad a los servicios de las poblaciones.

¹ Se consideraran las aportaciones de las matrices de análisis desarrolladas por Stoker (1998) y Chiara-De Virgilio (2005) en las cuales plantean los conceptos de "régimen de implementación" y "autonomía relativa" para dar cuenta de las políticas de salud en tres dimensiones: funcional, material y política, a la vez relacionadas con lo interjurisdiccional: Municipal, Provincial, Nacional. También los aportes de Tobar (2000) en su categorización de los sistemas de salud a partir del "modelo de atención y el modelo de gestión" y los desarrollos de Repetto (2004) en su sistematización de las variables internas (estructuras, procesos, recursos) y externas (contexto socio político y económico) que determinan la capacidad de gestión en salud a nivel técnico-político

Lama More (2000) señala que los factores de organización a nivel local son aquellas estructuras y procesos que representan como está establecida la respuesta del sistema de salud, incluyendo la disponibilidad de dichos recursos, la accesibilidad geográfica, la accesibilidad administrativa (horarios y turnos) y las prestaciones ofrecidas.

Un análisis integral de los determinantes de la accesibilidad en cada espacio local debiera ir más allá de la identificación de las posibilidades de ingreso de la población a los servicios de salud en términos de accesibilidad inicial, por el contrario, una concepción ampliada e integrada acerca de la accesibilidad de la población a los servicios de salud debiera abarcar todo el proceso de atención, requiriendo entonces no solamente analizar la relación población- servicios sino también las relaciones de los servicios entre sí y entre los niveles asistenciales que conforman la red de atención (entre Centros de Atención Primaria de la Salud-CAPS- y Hospitales, y entre Hospitales de distinto nivel) mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia que den respuesta adecuada y continuada en función a la complejidad de los problemas de salud que se presentan.

En este sentido, Rovere (1999) sostiene que la equidad en la atención está directamente vinculada al hecho las personas accedan con la misma posibilidad a servicios de salud de calidad semejante y acorde a cada necesidad, y condición de esto es que ni la accesibilidad ni la calidad discriminen en sentido negativo, que los servicios de salud no estén estratificados y que no sean estratificantes de la población.

Frenk (1992, 1997) define al sistema de salud como un sistema complejo y multidimensional conformado por un entramado de relaciones que constituyen la respuesta social organizada a las condiciones y necesidades de salud de las poblaciones y que dicha respuesta se estructura a través del sistema de atención. Desde esta concepción de respuesta social organizada, el sistema de salud pública se operativiza en un conjunto de servicios asistenciales organizados por redes y niveles de atención, que configuran unidades locales con determinada población bajo cobertura y en un espacio geográfico determinado.

Paganini (1999), retoma las definiciones de OPS (1991) y conceptualiza a los sistemas locales de salud como un espacio de articulación de los recursos sanitarios de cada región en base a su adecuación con la realidad local, considerando que esta adecuación es fundamental para la programación de los procesos de atención, para la organización técnica –administrativa y para la coordinación de niveles de atención entre Hospitales y los centros de atención primaria de salud en función de garantizar la accesibilidad, la atención de la salud y la capacidad resolutoria de la red.

Testa (1997) plantea que la regionalización y el establecimiento de un adecuado sistema de referencia entre niveles resultan dos condiciones ineludibles para la configuración de una red de servicios interconectados que respondan a las necesidades de la población a los que están destinados.

Desde este marco, en este trabajo interesa indagar el entramado de dinámicas que configuran los modelos y estrategias de planificación y gestión de las secretarías de salud de los Municipios del conurbano bonaerense en general y de los que integran las Región Sanitaria VI² en particular, dentro de la cual la subregión sudeste corresponde a la jurisdicciones territoriales de nuestro contexto.

3.3. OBJETIVOS

Objetivo general:

Analizar los modelos y estrategias de planificación y gestión de las secretarías de salud de los Municipios del conurbano bonaerense y su impacto sobre los programas, servicios y procesos de atención de la salud en el nivel local.

Objetivos específicos:

1. Analizar en los Municipios de la región la estructura de la red pública de servicios de salud, organización, planteles, complejidades y mecanismos de referencia y contrarreferencia.
2. Analizar los procesos de gestión de recursos materiales, tecnológicos y financieros que se aplican en las secretarías de salud de los Municipios de la región.
3. Identificar las estrategias de gestión de conocimientos, capacitaciones y funciones de docencia e investigación que desarrollan las secretarías de salud de los Municipios de la región y sus equipos.
4. Analizar los atributos y potencialidades de las herramientas de registro e información sanitaria y de evaluación y control de gestión que se aplican en las secretarías de salud de los Municipios de la región
5. Identificar y caracterizar las acciones de articulación intersectorial y de participación comunitaria que prevalecen en las políticas y programas desarrollados por las secretarías de salud de la región.

² LA Región Sanitaria VI está integrada por los Municipio de Avellaneda, Lanús, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría, Ezeiza, Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes. Dentro de ella, puede señalarse subregión (sudeste) que la conforman Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes

6. Establecer relaciones entre los procesos que prevalecen en las secretarías de salud de la región y los principales indicadores de salud de las poblaciones bajo cobertura.

3.4. METODOLOGÍA DEL PROYECTO:

La propuesta general de este trabajo se corresponde con las características de la investigación en sistema y servicios de salud ya que: es interdisciplinaria (por su estrategia metodológica y sus categorías de análisis), está definida temáticamente por prioridades sociosanitarias ajustadas al contexto (y construyendo en función de esto su objeto de estudio), está orientada a generar conocimientos relevantes para su ámbito de aplicación, e incluye en el proceso investigativo la visión de aquellos directamente envueltos en la problemática objeto de la investigación (Almeida, Belmartino, et al, 2001)

El tipo de estudio de acuerdo a los objetivos planteados es de tipo descriptivo, analítico y exploratorio. Descriptivo y analítico en tanto apunta a una exhaustiva caracterización del contexto sanitario y poblacional de los Municipios de la región y al análisis de los procesos de gestión político-sanitaria a nivel local; y es exploratorio especialmente en su dimensión cualitativa. En su fase exploratoria esta investigación busca identificar e incluir la perspectiva de los actores (responsables, decisores, funcionarios) en la identificación de los determinantes claves de los procesos de gestión político-sanitaria a nivel local.

Por su temporalidad se trata de un estudio de tipo transversal retrospectivo porque la información se obtendrá, en parte de la revisión de los registros y fuentes de datos secundarias disponibles, y en parte se recabará en el mismo proceso investigativo, especialmente en el trabajo de campo y mediante técnicas de observación sistemática, entrevistas y cuestionarios aplicados a actores claves seleccionados.

La estrategia metodológica general, será la triangulación metodológica, considerándola apropiada, tal como señala la bibliografía, para el abordaje de objetos complejos y multidimensionales como es un sistema de salud en cualquiera de sus niveles. Esta estrategia de triangulación resulta a la vez un instrumento de validación de información mediante la puesta en relación de datos, fuentes y técnicas de diferentes orígenes y tipos. Souza Minayo (2005) define que el proceso de investigación mediante la triangulación resulta de aplicar procedimientos cuantitativos y cualitativos combinados y complementarios para captar la información y analizarla mediante la

integración de aportes y técnicas de cada uno de estos métodos, dando cuenta precisamente de la integralidad y complejidad de la realidad y su dinámica. Nirenberg (2005) plantea que la triangulación permite estudiar fenómenos mediante estrategias convergentes, procurando la confiabilidad de la información, la reducción de sesgos propios de cada técnica y la validación de los datos que se obtengan.

Fuentes de datos: se trabajó en forma combinada con fuentes de datos primarias y secundarias, mediante el trabajo de campo y la recopilación de información secundaria disponible:

Fuentes primarias: En cuanto a fuentes primarias se dará cuenta de relevamientos aplicados mediante entrevistas a actores claves

a) Relevamiento de actores y áreas claves:

- Secretario de Salud de Florencio Varela
- Subsecretaria de Coordinación de la Salud de Quilmes
- Secretaria de Salud Pública de Berazategui
- Secretario de Salud de Almirante Brown
- Equipo de Unidad de Gestión de Pacientes Hospital El Cruce Néstor Carlos Kirchner
- Coordinación Plan Sumar Florencio (Central y Florencio Varela-Secretaría de Salud ³)
- Dirección General de Hospitales Pcia de Buenos Aires
- Dirección de la Región Sanitaria VI: Dr. Vicente Irace
- Secretaría de Salud de Avellaneda: Coordinación de Programas Sanitarios y Dirección Materno Infantil
- Secretaría de Salud de Lanús
- Secretaría de Salud de Ezeiza
- Secretaría de Salud Tres de Febrero

Las entrevistas y relevamientos de estos actores se realizaron mediante cuestionarios abiertos, considerando el siguiente guión-guía:

- Principales vinculaciones en materia de recursos (económicos y profesionales) que se entablan a nivel interjurisdiccional (municipio, provincia, nación) y que dinámica imprime esto al desarrollo del trabajo en red de servicios?

³ La inclusión de la Referente del Plan Sumar en el Municipio de Florencio Varela surgió a partir de observar la relevancia que en el espacio local adquiriría esta estrategia, especialmente en coberturas y acceso a recursos.

- Fortalezas y debilidades del sistema de salud, con perspectiva local-regional para la consolidación de redes de servicios de salud.
- Factores críticos para el desarrollo de redes integradas de servicios de salud.
- Políticas o programas que inciden en los modelos de atención, cobertura y financiamiento.
- Herramientas de registro e información sanitaria que se aplican
- Desarrollos en estrategias de gestión de pacientes y turnos. Presencia de turnos telefónicos, consultas programadas, presencia de registros unificados, historia clínica única.
- Procesos de articulación en red que se desarrollan más frecuentemente. Alcances del funcionamiento en forma normatizada y formalizada de los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Desarrollo de procesos de investigación, temáticas.
- Desarrollo de procesos de participación comunitaria

b) Fuentes secundarias, documentos e informes relevados:

- Dirección de Información Sanitaria Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires <http://www.ms.gba.gov.ar/estadisticas/>
- Bases del Plan Federal de Salud (2004) Ministerio de Salud de la Nación
- INDEC. Censo Nacional 2010
- Indicadores de salud. Región Sanitaria VI. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. Ley de Coparticipación (Municipios).
- Registros de Reuniones de la Red que integran los hospitales y secretarías de salud de la subregión sureste del conurbano de la Provincia de Buenos Aires. De estas reuniones mensuales participan Directores de los hospitales que la integran: Lucio Meléndez (general de agudos) y el Arturo Oñativia (zonal general), ambos de Almirante Brown; el Evita Pueblo (general de agudos) de Berazategui; el Mi Pueblo (zonal de agudos) de Florencio Varela; el Isidro Iriarte (Zonal general de agudos) y el Eduardo Oller (subzonal especializado materno infantil), ambos de Quilmes, Hospital Jorge Adrogué (rehabilitación motriz) de Almirante Brown y Hospital Julio Méndez de Quilmes. Y los Secretarios de

Salud de los cuatro Municipios del área: Florencio Varela; Berazategui; Quilmes; Almirante Brown, junto al Director de la Región Sanitaria VI.

Calidad de la Fuentes: La información detallada sobre fuentes que se han incluido en esta tesis busca asegurar la calidad, confiabilidad, auditabilidad, confirmabilidad y disponibilidad de los datos presentados. ⁴

3.5. RESULTADOS

Estructura de la red pública de servicios de salud de la la región sanitaria VI. (RS VI)

La región VI es una de las regiones más populosas y más extensas, según datos del último censo nacional alberga a una población de 3.744.210 personas. Integra a nueve partidos del conurbano bonaerense: Lanús, Avellaneda, Lomas de Zamora, Quilmes, Ezeiza, Esteban Echeverría, Almirante Brown, Florencio Varela y Berazategui. Ocupa una superficie total de 1.157 Km², representando el 0,3% del territorio provincial. Las características de la Región son heterogéneas en cuanto a desarrollo social, económico y de servicios.

En cuanto a su complejidad asistencial posee 4 hospitales Interzonales: “Dr. Pedro Fiorito” y “Pte. Perón” en Avellaneda, “Evita” en Lanús y “L. C. de Gandulfo” en Lomas de Zamora, mientras que en Florencio Varela se encuentra el Hospital “El Cruce, Nestor Kirchner”, de alta complejidad. Otros 7 hospitales Generales de Agudos completan ésta organización: “Dr. L. Meléndez” y “Dr. Arturo Oñativia” en Almirante Brown, “Evita Pueblo” en Berazategui, “A. Eurnekian”, en Ezeiza, “Dr. Narciso López” y “Dr. Arturo Melo” en Lanús y “Mi Pueblo” en Florencio Varela.

También forman parte de este sistema de salud regional 4 hospitales municipales: Hospital Materno Infantil “Dr. Oscar Allende” en Ingeniero Budge de Lomas de Zamora, Hospital Subzonal General de Agudos “Dr. Eduardo Wilde” de Avellaneda, Hospital Subzonal Materno Infantil “Dr. Eduardo Oller” en San Francisco Solano de Quilmes y el Policlínico “Santamarina” en Monte Grande de Esteban Echeverría. Otros establecimientos especializados integran además la Región, tal como el Hospital Interzonal de Salud Mental (Mujeres) “ Dr.J.Estéves en Lomas de Zamora, el Materno Infantil “Ana Goitía” en Avellaneda, el Hospital Subzonal Especializado en

⁴ Consideraciones basadas en los criterios de calidad presentados por Mendizábal, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. In I. Vasilachis de Gialdino (Ed.), Estrategias de investigación cualitativa. Barcelona: GEDISA

Rehabilitación “Dr. José Jorge” en Almirante Brown y en el Municipio de Lanús se encuentra el Hospital Zonal especializado en Oncología.

Subregión sudeste de la Región Sanitaria VI (RS VI): Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes

En referencia particular a la subregión sudeste (Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes) la estructura de efectores es la siguiente:

Gráfico 1. Hospitales que componen la subregión sudeste de la RSVI

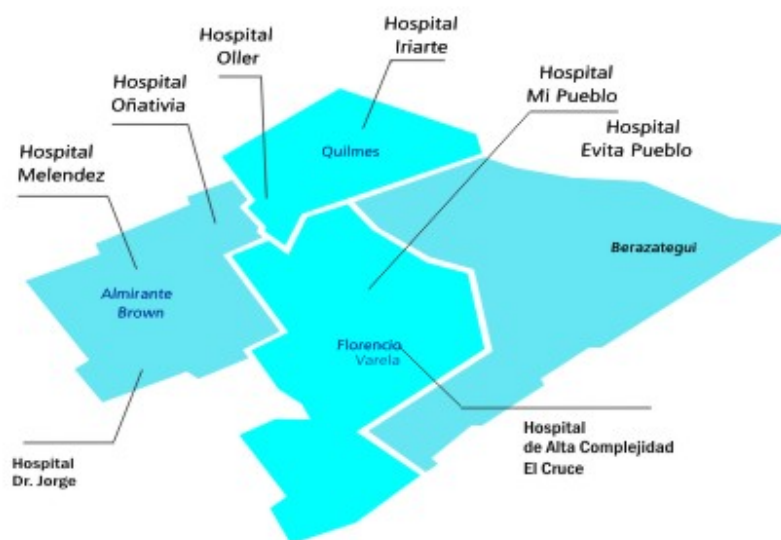


Tabla 1. Niveles de complejidad de los Municipios subregión sudeste de la RS VI

Municipios/ Niveles de Complejidad	Florencio Varela	Berazategui	Quilmes	Almirante Brown
III Nivel	Hospital El Cruce- Néstor Kirchner			
II Nivel	Hospital Zonal de Agudos “Mi Pueblo”	Hospital General de Agudos “Evita Pueblo”	Hospital Subzonal Especializado Materno Infantil Dr. Oller. Hospital Zonal	Hospital Oñativia. Hospital Meléndez. Hospital Dr Jorge.

			General de Agudos “Dr. Isidoro Iriarte”.	
I Nivel (CAPS)	42	44	49	34

Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires

Durante los años 2010-2015, se construyeron en la Región Sanitaria VI, 7 Unidades de Pronta Atención, UPA, ubicadas en los partidos de Lomas de Zamora (UPA-1), Avellaneda (UPA-2) Lanús (UPA-3), Berazategui, Quilmes, Florencio Varela y Almirante Brown. Estos nuevos establecimientos fueron concebidos como establecimientos de una complejidad intermedia con capacidad para asistir emergencias, consultas pediátricas, clínicas, laboratorio y diagnóstico por imagen, las 24 horas del día.

Efectores y Jurisdicciones

Como puede observarse en la tabla 2, de los 26 efectores con internación de la Región Sanitaria VI, 17 son provinciales (más del 65%) quedando bajo dependencia municipal los centros de salud y demás dispositivos de atención en terreno (por ejemplo móviles sanitarios) con especialidades generales. En esta región solo el partido de Esteban Echeverría mantiene hasta el momento un sistema de salud totalmente municipal, estando bajo esta órbita tanto los centros de salud (CAPS) como el hospital de referencia.⁵

Tabla 2 Efectores por Jurisdicción en Región Sanitaria VI

Partido	Establecimientos Provinciales		Establecimientos Municipales	
	C/Inter.	S/Inter.	C/Inter.	S/Inter. CAPS
Almirante Brown	2	2	-	34
Avellaneda	3	3	1	41
Berazategui	1	1	3	44

⁵ El Policlínico Municipal Sofía Terrero de Santamarina, ubicado en Alvear 350, Monte Grande, es actualmente el principal punto de atención existente en el Partido. El sistema de salud es hasta el momento totalmente municipal (siendo uno de los pocos distritos con estas características) Está en marcha la construcción de un nuevo hospital con fondos nacionales que funcionará con aportes provinciales.

E. Echeverría		1	1	42
Ezeiza	1	1		21
Fcio. Varela	2	1	1	42
Lanús	4	2		51
Lomas de Zamora	2	3	2	51
Quilmes	1	1	1	53
Total Región	17	15	9	337

Fuente: DIS MSPBA

Si se considera por número de camas (tabla 3) se obtiene un dato más significativo de esta tendencia, el 90% de las camas de internación de la Región pertenecen a la jurisdicción provincial, por lo cual los Municipios tienen no solo menor complejidad en cuanto a tipo (nivel) de establecimientos sino también menor tamaño cuantitativo en recurso estructural.

Tabla 3 Camas provinciales y municipales

Partido	Camas provinciales	Camas municipales
	Nº camas	Nº camas
Almirante Brown	422	-
Avellaneda	546	67
Berazategui	224	15
E. Echeverría		130
Ezeiza	172	
Fcio. Varela	322	48
Lanús	456	
Lomas de Zamora	1204	75
Quilmes	173	72
Total Región	3519 (90%)	407 (10%)

El porcentaje de ocupación, comparativamente entre en establecimientos públicos provinciales y municipales en cada partido de la Región en general resulta similar (en promedio 75 % y 72%) respectivamente. (Tabla 4). Sin embargo se observa que en Quilmes y Lomas de Zamora las diferencias en cuanto a % ocupación entre establecimientos de ambas jurisdicciones son relevantes, y en ambos partidos los establecimientos municipales superan mínimamente el 50% de camas ocupadas.

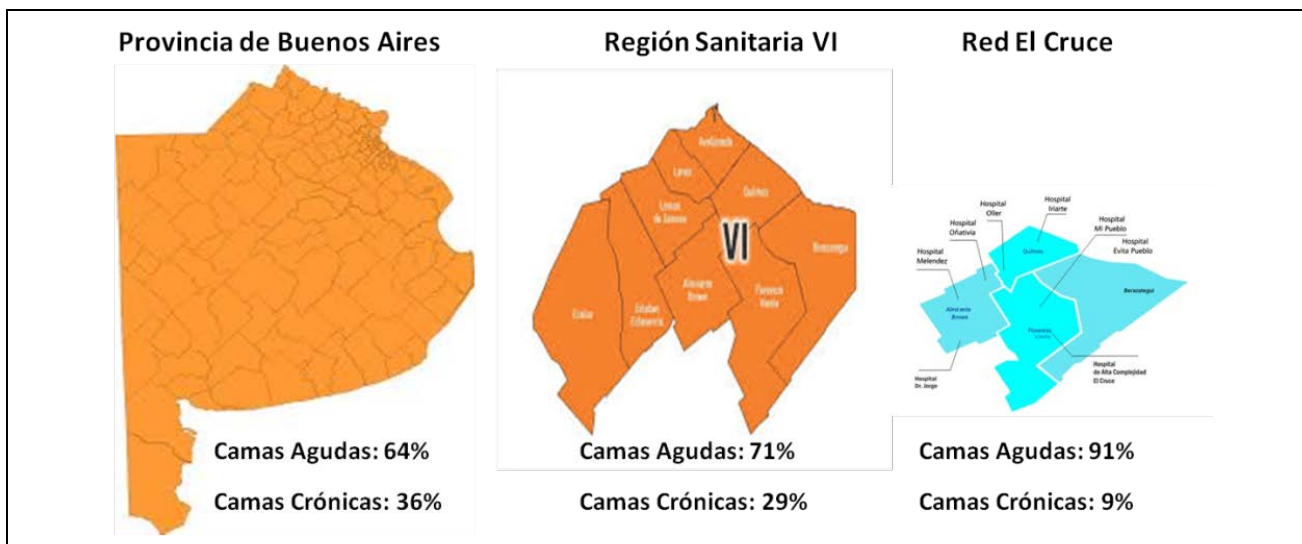
Tabla 4 Porcentajes % de Ocupación

Partido	Establecimientos provinciales	Establecimientos municipales
	% ocupación	%ocupación
Almirante Brown	72,1%	-
Avellaneda	69,6%	61,8%
Berazategui	66%	109,7%
E. Echeverría	...	77%
Ezeiza	80,9%	-
Fcio. Varela	84%	90,5%
Lanús	76,7%	76,9%
Lomas de Zamora	80%	35%
Quilmes	73,2%	52,4%
% promedio total región VI	75,31%	71,90%

DIS MSPBA 2012

Respecto al tipo de camas (agudas o crónicas) el siguiente mapa resulta ilustrativo para observar la concentración de camas agudas:

Mapa 1. Camas agudas o crónicas en Provincia, Región Sanitaria y la Red El Cruce (subregión sudeste)



Tablero de Mando. Ministerio de salud de la Provincia de Buenos Aires.

En estos datos se observa una tendencia decreciente en la cantidad de camas destinadas a los pacientes crónicos acorde se pasa de la provincia a la Región VI, y de ésta a la subregión sudeste (zona los Municipios de Florencio Varela, Quilmes, Almirante Brown, Berazategui) donde se establece la Red de para la alta complejidad que deriva pacientes al Hospital El Cruce NCK. Dicha dinámica cobra relevancia para ser analizada considerando que estas tendencias son contrarias a la importancia que cobran las enfermedades crónicas en los últimos años. En este sentido, pese a las transformaciones epidemiológicas en el esquema de salud-enfermedad- necesidades de atención, en

los servicios de salud se sostienen aún modelos asistenciales que no se corresponden con las problemáticas epidemiológicamente prevalentes que padecen las poblaciones. Los datos muestran que los recursos físicos (camas) destinados a las enfermedades crónicas son minoritarios respecto al total existente, y además están visiblemente desajustados con el diagnóstico epidemiológico general de aumento de las enfermedades crónicas. De todos modos, enfermedades transmisibles como la neumonía sigue siendo de alta prevalencia en esta área geográfica contexto y la presión sobre las camas agudas no cesa.

Respecto al número de consultas ambulatorias el 72% se realiza en efectores municipales (promedio general Región VI). En Quilmes y Berazategui superan el 80% las consultas realizadas en este nivel jurisdiccional y en Esteban Echeverría representan el 100% ya que su hospital es municipal. (Tabla 5)

Tabla 5: Consultas Promedio distribución consultas ambulatorias en servicios públicos de región VI (médicas y odontológicas) por efector

Partido	% consultas Efectores provinciales	% consultas Efectores municipales
Almirante Brown	51%	49%
Avellaneda	49%	51%
Berazategui	12,8%	87,2%
E. Echeverría		100%
Ezeiza	35%	65%
Fcio. Varela	35%	65%
Lanús	29,8%	70,2%
Lomas de Zamora	30,4%	69,6%
Quilmes	17%	83%
Total Región	28%	72%

Fuente: Elaboración propia en bases a DIS MSPBA 2012-2013

A partir de estos datos puede derivarse la siguiente agrupación de los Municipios de la Región VI, según las tendencias de concentración de consultas ambulatorias (tabla 5)

Tabla 5: Tendencias de distribución consultas ambulatorias en servicios públicos de Región VI

Tendencias promedio de distribución de consultas ambulatorias por Municipios región VI		
Municipios con distribución similar entre efectores provinciales y municipales	Municipios con promedio 70% de consultas ambulatorias en efectores municipales	Municipios con promedio 90% de consultas ambulatorias en efectores municipales
Almirante Brown Avellaneda	Ezeiza Fcio. Varela Lanús Lomas de Zamora	Berazategui Esteban Echeverría ⁶ Quilmes

Fuente: Elaboración propia en base a DIS MSPBA

Los datos referidos a partos atendidos en efectores públicos de la región (tabla 6) muestran alta concentración en los establecimientos provinciales si se considera aquellos partidos que poseen

⁶ En Esteban Echeverría representan el 100% ya que su sistema de salud público es municipal.

hospital provincial y municipal (Avellaneda: 0,5% y Lomas de Zamora 19% en sus hospitales municipales)

Tabla 6: Distribución de partos producidos en establecimientos públicos por Municipio (Región VI) 2012-2013 promedio

Municipio	Porcentaje partos por Hospital
ALMIRANTE BROWN	% partos
Hosp. Zonal Gral. de Ag. L. Meléndez	41%
Hosp. Zonal Gral. de Ag. Dr. A. Oñativia	59%
AVELLANEDA	% partos
Hosp. Subz. Materno Inf. A. Goitía	34%
Hosp. Interz. Gral. de Ag. Dr. P. Fiorito	32%
Hosp. Interz. Gral. de Ag. Pte. Perón	33,5%
Hosp. Munic. Dr. Eduardo Wilde	0,5% (municipal)
BERAZATEGUI	% partos
Hosp. Zonal Gral. de Ag. Evita Pueblo	100%
ESTEBAN ECHEVERRIA	% partos
Polic. S. T. Santamarina	100% (municipal)
EZEIZA	% partos
Hospital Interzonal Gral. Agudos Eurnekian	100%
FLORENCIO VARELA	% partos
Hospital Gral. de Agudos Mi Pueblo	100%
LANUS	% partos
Hosp. Zonal Gral. de Ag. N. López	33%
Hosp. Interz. Gral. de Ag. Evita	67%

LOMAS DE ZAMORA	% partos
Hosp. Interz. Gral. de Ag. L. C. de Gandulfo	81%
Hosp. Local Materno Infantil Dr. Oscar Alende	19% (municipal)
QUILMES	% partos
Hosp. Zonal Gral. de Ag. Dr. I. Iriarte	73%
Hosp. Subz. Esp. Materno Infantil Dr. Eduardo Oller	27%

Elaboración propia en base DIS MSPBA

Ambas tablas posibilitan observar que la carga de la atención con internación recae sobre los efectores provinciales, con baja tasa de uso de los municipales, aun teniendo internación (por ejemplo como se ve en la tabla 6 en el caso de partos). Por el contrario es en los efectores municipales (especialmente los CAPS) donde se dirige la demanda ambulatoria. Por tal motivo, el reforzamiento de estos efectores de primer nivel (APS) es fundamental, como así también la dotación de tecnologías y recursos a los hospitales para la resolución de la demanda aguda o crónica de mayor complejidad. En este sentido, avanzar en procesos coordinados de trabajo en red representa una estrategia clave para la organización del sistema y sus recursos.

Procesos de gestión de recursos materiales, tecnológicos y financieros: Patrones que configuran los modelos de gestión político sanitaria a nivel municipal.

En la definición de las estrategias político- sanitarias de las jurisdicciones municipales interviene un entramado de recursos que son claves al momento de definir modelos de atención e intervenciones en el territorio. A partir de los relevamientos realizados y sistematizando las perspectivas recogidas en las entrevistas con actores y decisores, estos recursos claves y las relaciones que entre ellos se generen, actúan como determinantes de los escenarios locales de la salud, y entre ellos se destacan los siguientes:

- La estructura de servicios, complejidades y mecanismos de financiamiento**, en donde corresponde prioritariamente a la jurisdicción municipal la atención primaria de la salud mediante los servicios y prestaciones brindadas en los centros de atención primaria (CAPS) con población

referenciada bajo cobertura. En los casos de los Municipios con establecimientos con internación⁷, el peso relativo de los gastos municipales hospitalarios resulta significativo en relación a los Municipios sin efectores con internación/hospitales. A la vez, paradójicamente, si bien las transferencias de los efectores con internación y de mayor complejidad a la jurisdicción provincial apuntaron a focalizar los recursos municipales en acciones promoción y prevención en el marco de la estrategia de la atención primaria, la conservación de hospitales de incumbencia y responsabilidad municipal es reconocida como garantía de mayor masa coparticipable por el mecanismo de asignación por número de camas. Desde otra estrategia, por el contrario, la reducción de la presión presupuestaria por la provincialización del hospital coincidió en muchos casos con un mejor desempeño sanitario, evaluado por ejemplo en términos de la reducción de la mortalidad infantil⁸

-Los programas nacionales y provinciales y la capacidad de ejecución por parte de los espacios locales, en donde convergen recursos y estrategias en las cuales se yuxtaponen mecanismos centralizados y descentralizados de administración y gestión de dichos recursos. La incidencia de los soportes asistenciales, tecnológicos y administrativos de los programas nacionales es reconocida y valorada por los actores locales, tanto por sus contribuciones al cumplimiento de metas sanitarias como por funcionar como fuente de recursos. Actualmente el Plan Nacer-Sumar⁹, por su cobertura y por introducir un esquema de financiamiento basado en resultados¹⁰ resulta ser un programa referente y articulador para la planificación del primer nivel de atención. Otros programas nacionales fuertemente instalados, por su modo de implementación territorial en los espacios municipales, son el Programa “Médicos Comunitarios”¹¹ y el

⁷ Los Municipios del GBA con hospitales bajo su jurisdicción son: Avellaneda, Esteban Echeverría (con su sistema de salud totalmente municipal) Otros Municipios fuera de la Región: San Martín, Ituzaingó, La Matanza, Malvinas Argentina (también con sistema de salud solo de efectores municipales), Merlo, Morón, San Isidro, Tigre, Vicente López (Dirección Gral. de Hospitales, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires)

⁸ En este caso es reconocida la experiencia de Florencio Varela con la provincialización de su hospital. Referido por: Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Ariovich A. (2010)

⁹ El Plan Nacer es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que invierte recursos en salud para mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. En agosto de 2012 el Estado Nacional lanzó el programa SUMAR, el cual amplía la cobertura del Nacer en adolescentes hasta 19 años y mujeres entre 20 y 64 años sin cobertura explícita de salud.

¹⁰ A través del cual la Nación transfiere recursos a las provincias por la inscripción de beneficiarios y el cumplimiento de resultados sanitarios.

¹¹ El PMC implementa fundamentalmente una estrategia de fortalecimiento de los recursos humanos de la salud en el primer nivel de atención con fuerte contenido territorial y sociosanitario.

“Remediar”¹², ambos constituyen estrategias dirigidas al fortalecimiento de las estructuras locales de atención primaria, aunque mantienen centralizadas las compras o el pago a los profesionales, dando lugar a un mecanismo en el cual intervienen esferas nacionales, provinciales y municipales. Estos programas, radicados en el nivel nacional, adquieren en los escenarios locales sus modos de implementación, y a la vez que la implementación local conlleva la incorporación de recursos adicionales (tecnológicos, financieros, humanos, edilicios) para las acciones de salud municipales.

-Las obras públicas, particularmente en relación a la construcción de hospitales provinciales, también son consideradas claves, en tanto reconfiguran el mapa de efectores, demandas y el flujos de usuarios en un mismo territorio, pero en el que coexisten diferentes jurisdicciones políticas-administrativas (Municipio y provincia, e incluso nación)

-Las transferencias resultantes de la coparticipación, que modelan a la gestión local, en especial aquellas que tienen relación directa con las prestaciones de salud y cuyos criterios de distribución se realizan en función de la producción del sistema¹³. El financiamiento y el origen de los recursos en el marco de la coparticipación son dos factores claves y estructurantes de las estrategias locales. En este sentido, directa o indirectamente, estos criterios infieren la política sanitaria local, al incorporar a los recursos de coparticipación las transferencias para el financiamiento de los servicios de salud a cargo de los municipios.¹⁴ Las posturas críticas a estos mecanismos de transferencia sostienen que como resultado generan ciertos patrones en las políticas locales de salud para la obtención de recursos¹⁵, lo cual produce alternativamente

¹² El plan Remediar (nacional), que tiene el objetivo de distribuir un paquete farmacológico entre la población que sólo tiene la cobertura pública de salud. Los efectores de este programa son los centros de salud de los municipios, hacia los cuales el ministerio nacional baja los botiquines de medicamentos para su distribución entre la población.

¹³ Cabe señalar que esta norma compromete un 37,13% del total de la masa coparticipable, y lo distribuye sobre la base de los siguientes criterios:

- 35% en proporción directa al número de camas, perfil de complejidad y porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido.
- 25% en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos –con o sin internación– de cada partido.
- 10% en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación en cada partido.
- 20% en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- 10% en forma proporcional al número de establecimientos sin internación en cada partido.

¹⁴ 1987: data de esta fecha

¹⁵ “En lugar de incentivar acciones en prevención, imputa más recursos por cantidad de egresos hospitalarios por año. La ironía es que si una gestión sanitaria municipal mejora el impacto de acciones de prevención o la atención primaria y, por lo tanto, disminuye la cantidad de egresos hospitalarios, recibirá menos coparticipación por salud al año siguiente.” En Alonso G. La gestión pública local y las políticas sociales. Documento de trabajo número 21. USAM CONICET

sobrefinanciamientos y subfinanciamientos en los distintos componentes del sistema, resultantes de la rigidez de la fórmula y de la aplicación de un 35% por el perfil de complejidad.¹⁶ Considerando estos procesos, se observa como en las gestiones locales de la salud convergen estrategias en relación a lograr financiamiento extra jurisdiccional del gasto en salud, tanto sea mediante las condiciones del régimen de coparticipación, (expandiendo los servicios y la complejidad), como provincializando el hospital en virtud de reducir su peso presupuestario sobre las políticas de salud pública local.

-Los perfiles de sus poblaciones, grupos poblacionales específicos y determinantes sociales de sus territorios, por ejemplo la demanda sobre el subsector público varía según la cobertura (pública, de la seguridad social o privada) con que cuente la población y esto genera su correlato en la mayor o menor utilización de los efectores públicos.

-Los márgenes de autonomía de los gobiernos locales y sus sistemas de salud representan un punto crítico por su relevancia, considerando al concepto de autonomía como el espacio posible para toma de decisiones en problemáticas específicas del escenario local. Entre las cuestiones que la afectan, los Municipios han destacado a la estructuración en Regiones Sanitarias en las que se organiza la provincia, que da lugar muchas veces a superposiciones de las funciones y alcances. También se destaca la necesidad de fortalecer autonomías para tratar las cuestiones de los recursos humanos y las competencias necesarias para abordar nuevos modelos de atención conformes a los renovados paradigmas de salud (promoción de la salud, salud y territorio, salud comunitaria, problemáticas sociosanitarias, enfoques interdisciplinarios)

Gestión de conocimientos, capacitaciones y funciones de docencia e investigación en salud de los municipios.

En los últimos años nuestro país atraviesa un profundo proceso de transformación con base en la inclusión educativa, ejemplo de esto es la creación de Universidades en el conurbano bonaerense. La mayoría de estas Universidades radicadas en la provincia tienen en su oferta académica carreras vinculadas a la Salud Pública, lo cual genera una verdadera oportunidad para la formación de recursos humanos en salud con perfiles acordes a los nuevos contextos socio-epidemiológicos y

¹⁶ La existencia de problemas de sobre declaración de prestaciones, derivaciones de patologías costosas, sobre equipamiento y estrategias de elevación de la complejidad e incremento de camas

para la producción de conocimientos científicos y tecnológicos vinculados a las prioridades sanitarias de nuestras poblaciones y territorios. En los relevamientos se ha destacado la necesidad de generar estrechos vínculos con las Universidades, para que la formación y los conocimientos retroalimenten a los procesos de enseñanza y a las prácticas, materializándose en relaciones recíprocas y complementarias entre los servicios de salud y los espacios académicos. Otras cuestiones de alta relevancia, y a las que el sistema salud debe dar respuesta, se vinculan a las problemáticas denominadas socio-sanitarias, como son las adicciones, la violencia de género y la necesidad de planificar dispositivos de atención a la salud mental basados en la comunidad como establece la nueva Ley Nacional de Salud Mental (26.657). Estos emergentes interpelan a los tradicionales esquemas de la Salud Pública y sus modelos formativos, a sus estructuras (materiales y de recursos humanos) y sus modos de intervención, en tanto requieren de una planificación renovada, interdisciplinaria e intersectorial. En el plano estratégico se destacó que resulta clave que las Universidades adecuen sus formaciones de recursos humanos en salud a las necesidades sanitarias del contexto.

Vinculado a esto, y al punto anterior que refería a los márgenes de autonomía de los gobiernos locales y sus sistemas de salud, el mapa de actores ha señalado la necesidad de fortalecer autonomías para participar en los espacios de planificación formativa de los recursos humanos, al señalar que dichos recursos resultan críticos en tanto la estrategia de atención primaria (base del sistema de salud local) requiere de nuevos posicionamientos frente a la tradicional formación asistencial-curativa en la cual generalmente se han formado los profesionales de la salud. Este campo que hace a la currícula universitaria se encuentra aún por fuera de las incumbencias de la política municipal como para influir sobre él, si bien el desarrollo de competencias de salud comunitaria, interdisciplinarias y de gestión para el trabajo profesional articulado en red representan saberes estratégicos para la formación de equipos de salud desde la dimensión sanitaria territorial.

En cuanto a la investigación en salud a nivel local, los desarrollos son incipientes y es en los hospitales donde se concentra la mayor cantidad de trabajos (estudios clínicos). El desarrollo de investigaciones participativas, en sistemas, políticas o programas de salud, e investigaciones operativas en los propios contextos de aplicación, que incorporen como objeto de estudio a las prácticas cotidianas y como *investigantes*¹⁷ a los propios actores del sistema, en general se

¹⁷ Los “investigantes”, a decir de Carvalheiro (1994), son los mismos actores, funcionarios y profesionales del sistema de salud, se refiere así a quienes investigan desde las prácticas y no circunscritos a los espacios académicos. En este sentido define a la investigación como *claramente una interfase* entre investigadores, gerentes y profesionales de los

encuentran poco sistematizadas o no son lideradas por los espacios de gobierno sanitario municipal. Tampoco se observa producción investigativa en temáticas sociosanitarias (violencia, género, diversidad, participación comunitaria, salud intercultural, salud mental, adicciones) Estos desarrollos contribuirían a reducir los desfases entre las teorías y las prácticas, traduciéndose en herramientas de gestión a partir de los conocimientos que aporten.

Otra cuestión vinculada a esto surge de la necesidad de desarrollar ejes programáticos para el trabajo intersectorial en materia de investigación y gestión de conocimientos, que profesionalice prácticas y las sustente en evidencias, especialmente en lo que hace a los ya mencionados abordajes sociosanitarios en violencia, género y adicciones como temas prioritarias de salud comunitaria.

Atributos y potencialidades de las herramientas de registro e información sanitaria en el contexto Municipal: Determinantes para la gestión de pacientes y el trabajo en red

Partiendo de una de las hipótesis de este trabajo, el desarrollo del trabajo en red constituiría un eje central y condicionante para la gestión efectiva y oportuna de los procesos asistenciales, lo cual depende a la vez del grado de consolidación de los sistemas locales y de sus condiciones materiales, administrativas y tecnológicas (registro, información, informatización) para la articulación de sus efectores. Desde esta perspectiva, avanzar en el trabajo en red representa un mecanismo de fortalecimiento de las políticas de salud locales, tanto en su dimensión asistencial como organizativa y en lo que hace a la optimización de recursos de infraestructura, tecnológicos y humanos.

De los relevamientos realizados con actores claves y decisores se han identificado un conjunto de factores, que en *términos ideales*, posibilitarían el adecuado funcionamiento de una red de efectores organizados por tipo de prestaciones y niveles de complejidad.

Factores Estratégicos-*en términos ideales*- para el fortalecimiento de redes de salud en municipios:

- Que cada secretaría de salud disponga de una unidad organizativa en su estructura que tenga como objetivo la gestión de los pacientes en el contexto de la red según niveles requeridos de complejidad y mediante la aplicación sistemática de protocolos de atención, derivación e interconsultas

servicios de salud, por lo cual dicha investigación trasciende el ámbito estrictamente académico y asume el rol de generar evidencias para la orientación de las políticas sanitarias.

- Que desde los centros de salud de los Municipio se puedan gestionar y solicitar turnos para el hospital de referencia (mediante sistema informático, internet, intranet o telefónico)
- Que se aplique un sistema de referencia y contrarreferencia formalizado entre los centros de salud de los municipio, el hospital de referencia y los otros hospitales de la red
- Que se implementen en forma sistemática y homogénea guías de prácticas y protocolos de atención/derivación/recepción/seguimiento de pacientes en todo el circuito asistencial.
- Que se establezca la estandarización de la información (normalización) para garantizar su confiabilidad, validez, comparabilidad y seguimiento, mediante una fuente de datos unívoca establecida en un sistema informático compartido (entre centros de salud del municipio, el hospital de referencia y los otros hospitales de la red) para la gestión de información clínica y administrativa.

Establecer estas premisas supone no obstante identificar y analizar las cuestiones que en la práctica representan avances concretos para el trabajo en red y aquellas que aún representan obstáculos no resueltos, para observar, tal como se presentará posteriormente, los modos de implementación que prevalecen en los Municipios relevados. El cuadro siguiente sintetiza las experiencias e implementaciones reconocidas exitosas por los actores-decisores para la atención y gestión en red de servicios en las esferas locales y los factores identificados como problemáticos que aún persisten:

Factores que facilitan el trabajo en red de servicios de salud	Factores problemáticos que persisten para el trabajo en red de servicios de salud
La implementación de agendas de turnos compartidos por los efectores de la red y accesibles desde todas las terminales.	El desarrollo heterogéneo de los sistemas informáticos entre efectores y de las capacidades de los recursos humanos para administrarlos.
Las capacitaciones para la puesta en conocimiento de los equipos de salud y de gestión del menú prestacional de cada uno de los efectores de la red.	El desconocimiento acerca de los prestadores, sus servicios especializados, complejidades y tecnologías.
El compromiso profesional de todos los efectores en cuanto al cumplimiento de los	Brechas tecnológicas -asistenciales significativas entre efectores que se

protocolos y requisitos de derivación y admisión de pacientes.	traducen en calidades de atención heterogéneas.
La incorporación de profesionales de la salud en las unidades de gestión de turnos (no circunscribiendo este proceso a un acto administrativo, sino a un acto de gestión asistencial profesional)	Resistencia a la incorporación de la gestión de pacientes como parte del proceso asistencial por parte de los profesionales y persistencia de derivaciones “informales”

Fuente: entrevistas a actores clave (secretarios de salud, funcionarios, profesionales en gestión de los Municipios relevados)

Estado de de desarrollo e implementación de las condiciones funcionales/operativas para la gestión en red a nivel municipal.

Interesa en este punto identificar la implementación, en las políticas y prácticas de la gestión municipal, de las estrategias para el trabajo en red de los servicios. Específicamente cuál es el grado de desarrollo real de los dispositivos y procesos cuyo establecimiento resulta clave para materializar el adecuado funcionamiento de una red de servicios, la gestión de los pacientes y el acceso al turno. A partir de esto se propone explorar:

- La presencia o no de una unidad o área, dentro de la estructura de las secretarías de salud de los municipios, destinada a la gestión de pacientes y servicios en red
- El modo de gestión de turnos y modos de acceso al turno por parte de pacientes y población en general
- El uso de herramientas informáticas para la gestión de pacientes, seguimientos y turnos
- La aplicación de un sistema de referencia y contrarreferencia formalizado guías de prácticas y protocolos.

De los relevamientos ha surgido lo siguiente respecto a estos ejes explorados:

- **La presencia o no de una unidad o área destinada a la gestión de pacientes** y servicios en red, dentro de la estructura de las secretarías de salud de los municipios: Como fuera señalado, esto da cuenta de la jerarquización formal de este proceso dentro de las políticas locales. En los Municipios relevados no se observaron en forma sistemática la presencia de

estructuras que, dentro del organigrama del órgano ejecutivo (secretaría de salud), estén específicamente destinadas a esta función. Considerando los casos hasta el momento relevados, en líneas generales las unidades de “referencia/contrarreferencia” o de “derivación de pacientes”, como son denominadas habitualmente, se ubican en los hospitales del área e interviene el Municipio si el caso adquiere alguna excepcionalidad que requiera la intervención de otras instancias. Fuera de esta tendencia, cabe señalar que sí en los Municipios de Florencio Varela y Quilmes se han implementado áreas con rango de Dirección cuya misión se focaliza en la gestión de pacientes dentro de la red.

- **La gestión de turnos:** En las secretarías de salud de los Municipios relevados se manifestó que los turnos desde los Centros de Atención Primaria (CAPS) hacia los hospitales son gestionados desde las propias secretarías dependiendo de la complejidad del caso y la urgencia, aunque no se trata de un procedimiento protocolizado, a excepción del Hospital El Cruce NCK donde si se aplica este procedimiento al ser un hospital exclusivamente de derivación. No es habitual en la generalidad de los casos que desde los Centros de Salud se puedan gestionar y solicitar turnos para los hospitales de referencia mediante sistema informático, internet, intranet o telefónico. La relativa no-sistematización de prácticas normalizadas para la gestión de turnos prevalece en cotidianidad institucional.
- **El uso de herramientas informáticas para la gestión de pacientes, seguimientos y turnos:** También en general los consultados de las secretarías manifestaron no hacer uso de estas herramientas en toda su magnitud. Los modos de acceso al turno por parte de pacientes y población en general para consultas programadas pueden –formalmente- obtenerse en forma telefónica o personalmente por parte de los usuarios en general. Si bien se asume que “no hay costumbre del turno telefónico” o “después no vienen a consulta”, en la práctica en los centros de atención primaria el turno telefónico usualmente es no aplicado y en los hospitales solo en forma parcial.
- **La aplicación de un sistema de referencia y contrarreferencia formalizado** entre centros de atención primaria y/o unidades sanitarias de los municipios, el hospital de referencia y los otros hospitales de la red: En los Municipios relevados, la utilización en forma sistemática y homogénea de los protocolos de referencia y contrarreferencia de pacientes, si bien se encuentran dentro de los procesos establecidos, requiere aún de mejoras, “ no están aceitadas las acciones” , tal como fuera expresado por alguno/as

entrevistado/as y “*hay que levantar el tubo*”, refiriendo a la necesidad de complementar el proceso con pedidos personales a los servicios. Sin embargo se reconoce, en la generalidad de las secretarías de salud de los municipios, que las guías de prácticas y protocolos de atención/derivación/recepción/seguimiento de pacientes en todo el circuito asistencial sí se aplica indefectiblemente en alta complejidad, embarazos de alto riesgo y neonatología donde se ha protocolizado y establecido sistemáticamente los procesos asistenciales correspondientes y son estrictamente cumplimentados, así como la coordinación entre efectores de diversa complejidad para la gestión de altas conjuntas de la madre y el niño y para los cuidados ulteriores en los cuales se asigna un profesional de cabecera en centros de atención primaria u hospital.

Principales indicadores demográficos y de salud de las poblaciones bajo cobertura. Región Sanitaria VI y su subregión sudeste.

Las características y perfiles demográficos, epidemiológicos y sociosanitarios de las poblaciones representan un insumo básico para la planificación de la salud en el territorio. Estos indicadores se relevaron en función de identificar los desafíos en cuento a respuesta que atraviesan los sistemas locales del área.

La Región VI se caracteriza por tener globalmente una población joven: el 34% de la población se encuentra en el rango entre 0 y 34 años, con distribución similar entre mujeres y varones .Si se considera particularmente la población de niñas y niños se observa que el 25,76 % de la población se encuentra entre los 0 y 14 años, por encima del promedio provincial para este grupo. Y en el caso del Municipio de Florencio Varela alcanza el 30,4%, la más alta de la Región (Tabla 7)

Tabla 7: % POBLACIÓN 0 A 14 años-Municipios Región VI

Partido	% POBLACIÓN 0 A 14
Almirante Brown	26,6
Avellaneda	21,5
Berazategui	26,1
E. Echeverría	28,24

Ezeiza	30
Fcio. Varela	30,4
Lanús	20,9
Lomas de Zamora	23,7
Quilmes	24,4
Total Región VI	25,76
Total Provincia	24,8

Fuente: INDEC Censo 2010

Otra importante variable demográfica está dada por el crecimiento poblacional global de la población. En los últimos diez años (registros 2001 y 2010 del Censo Nacional) se ha producido un importante crecimiento poblacional en la Región VI, impactando especialmente en los partidos del segundo cordón y con características mixtas en donde coexisten áreas urbanas y semi ruralidad. Se destaca también en este indicador Florencio Varela, cuya población aumentó en un 22,1 entre el 2001 y el 2010, representando e crecimiento más alto de la subregión sudeste. (Tabla 8)

En los que hace a la salud, estas transformaciones demográficas-territoriales implican analizar el correlato sociosanitario que conllevan y las capacidades de respuesta de la red de atención. Como se presenta en la tabla 10, los partidos cuya población más ha aumentado se corresponden con mayores situaciones de vulnerabilidad social y sanitaria.

Tabla 8: Población y crecimiento poblacional 2001-2010 Municipios Región VI

Población total y variación intercensal absoluta y relativa por partido. Años 2001-2010				
Partido	Población		Variación absoluta	Variación relativa (%)
	2001	2010		
Total	3.407.415	3.758.994		13,9
Almirante Brown	515.556	552.902	37.346	7,2
Avellaneda	328.980	342.677	13.697	4,2
Berazategui	287.913	324.244	36.331	12,6
Esteban Echeverría	243.974	300.959	56.985	23,4
Ezeiza	118.807	163.722	44.915	37,8
Florencio Varela	348.970	426.005	77.035	22,1
Lanús	453.082	459.263	6.181	1,4

Lomas de Zamora	591.345	616.279	24.934	4,2
Quilmes	518.788	582.943	64.155	12,4

Fuente: INDEC Censo 2010

Tabla 9: Acceso a servicios básicos, agua y gas

Partido	% Hogares sin agua dentro de la vivienda	% Hogares sin gas de red
Almirante Brown	15	35
Avellaneda	4,2	21
Berazategui	7	34
E. Echeverría	16	42
Ezeiza	26,9	50
Fcio. Varela	20,4	55
Lanús	3,5	21
Lomas de Zamora	11,1	32
Quilmes	7,5	33
Total Región VI	12	36
Total Provincia	9,8	

INDEC Censo 2010

Tabla 10: Tendencias sociodemográficas

Municipios región VI que más aumentaron en población en la última década	Tendencias del perfil sociodemográfico
Berazategui Fcio Varela Ezeiza Echeverría	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor porcentaje de población de 0a 14 respecto al conjunto de la región VI • Menor acceso a servicios básicos de agua y gas • Mayor vulnerabilidad • Mayor demanda sobre el sector público (%sin coberturas seguridad social)

Fuente: Elaboración propia en base a INDEC Censo 2010

Situación de salud. Principales indicadores sanitarios Región VI

Mortalidad Infantil y Materna

La mortalidad infantil (MI)¹⁸ es reconocida como uno de los indicadores más sólidos del nivel de la salud y el desarrollo en general. La tasa de mortalidad infantil (TMI) es una medida indicativa del bienestar de un país, ya que refleja las condiciones sociales, económicas y ambientales en las

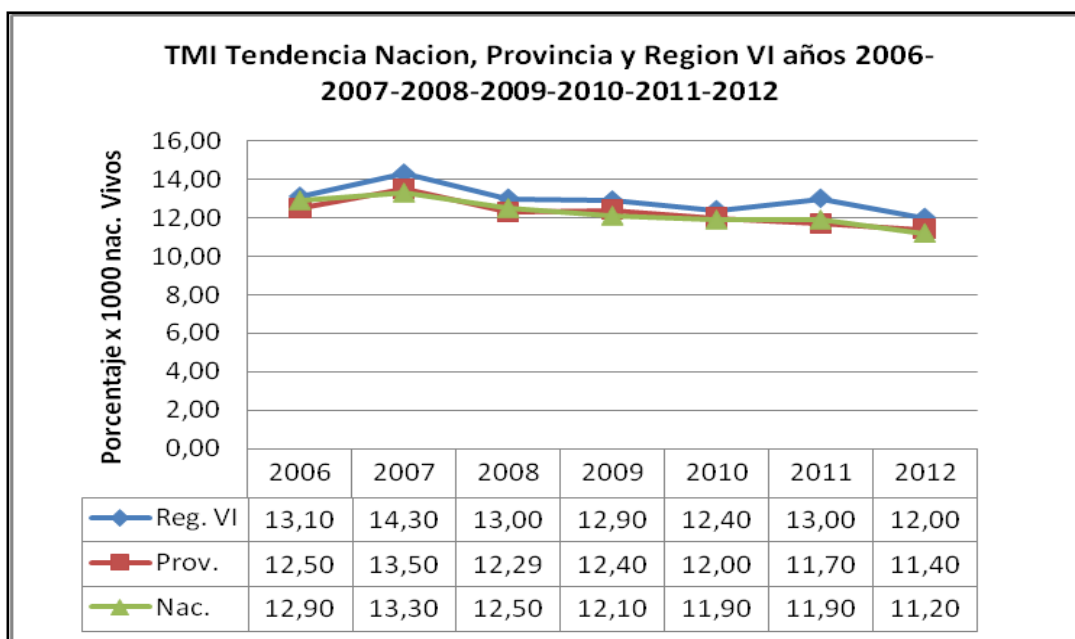
¹⁸ La tasa de mortalidad infantil relaciona las defunciones anuales de menores de un año y los nacidos vivos registrados en el mismo año. Se expresa por 1.000 nacidos vivos. Tiene dos componentes: neonatal, que comprende las defunciones de menores de 28 días; y posneonatal que incluye las defunciones de mayores de 27 días y menores de un año, y que también se expresan como tasas.

La tasa de mortalidad infantil neonatal relaciona las defunciones anuales de niños menores de 28 días de vida con el número de nacidos vivos del mismo año. Se expresa por 1.000 nacidos vivos. Forma parte de la mortalidad infantil, y ella es proporcionalmente mayor (mortalidad dura) cuanto más baja sea la tasa de mortalidad infantil, como se ve en países desarrollados o en poblaciones con buenas condiciones socio-económicas y culturales. La mayoría de las causas de muerte son de origen perinatal y ello es más frecuente cuanto más precoz sea el fallecimiento como sucede en la mortalidad neonatal precoz (entre 0 y 6 días de vida) en relación con la mortalidad neonatal tardía (entre 7 y 27 días de vida).

La tasa de mortalidad infantil posneonatal relaciona las defunciones anuales de niños entre 28 a 364 días de vida con el número de nacidos vivos del mismo año. Se expresa por 1.000 nacidos vivos. Es proporcionalmente mayor (mortalidad blanda) cuanto más alta sea la tasa de mortalidad infantil, como se observa en vías de desarrollo o en poblaciones con malas condiciones socio-económicas. La mayoría de las causas de muerte se deben a problemas provenientes del medio ambiente y ello es más frecuente cuanto más se aleja la muerte del momento del nacimiento (infecciones, diarreas, deshidratación, trastornos respiratorios agudos, etc.). Se debe recordar que muchos neonatos de alto riesgo (de pretérmino, bajo peso, etc.) aun sobreviviendo al periodo neonatal, quedan con déficit para afrontar las condiciones desfavorables del medio ambiente y fallecen durante el período posneonatal. A su vez, es poco frecuente que los nacidos de bajo riesgo (a término, con peso adecuado, sin malformaciones, etc.) fallezcan en el período neonatal, pero no así en el período posneonatal si las condiciones del medio son desfavorables.

que los niños viven, incluyendo la atención a su salud. (Objetivos de Desarrollo del Milenio, OPS, OMS, 2000)

Gráfico 2: Tasa de Mortalidad Infantil 2006-2012



Fuente: Programa Materno Infantil MSPBA (2012)

La TMI Se trata de un indicador relacionado directamente tanto con las condiciones generales de vida de la población estudiada, como con la calidad de las acciones de salud pública llevadas adelante desde el sistema sanitario. Este indicador sintetiza, a través de sus componentes, no solo la respuesta del sistema de sistema de salud a la atención materno infantil, sino también a aspectos

socioeconómicos, medioambientales y de obra pública. De ahí la afirmación que sus modificaciones son multifactoriales. Cabe distinguir que la tasa de mortalidad (TM) Neonatal se ve influenciada por todo aquello que suceda durante la etapa prenatal por ejemplo el control de embarazo, la atención del parto y las enfermedades congénitas, y la Mortalidad Posneonatal por las condicionantes medioambientales, socioeconómicos, condiciones de vivienda, la alimentación y enfermedades infecciosas.

Como se observa en el gráfico 2 y las tablas 11 y 12, la TMI (neonatal y posneonatal) se encuentra en descenso, aunque presenta aún en la Región VI valores por encima de las provinciales promedio. También cabe destacar que en el análisis histórico de este indicador, los partidos de la Región tenían al año 2000 los valores más altos en relación a la provincia en forma global y vienen registrando en los últimos años significativos descensos si se los compara en una serie temporal año 2000 -2012.

Tabla 11 Tasas MI (x 1000): Municipios RS VI Provincia de Buenos Aires

Partido	Tasa MI	Tasa MI neonatal	Tasa MI postneonatal
Almirante Brown	13,4	8,8	4,6
Avellaneda	14,3	9,5	4,8
Berazategui	13,1	8,1	5,1
E. Echeverría	10,7	6,0	4,7
Ezeiza	14,1	9,1	5,0
Fcio. Varela	15,2	8,4	6,9
Lanús	11,6	8,5	3,0
Lomas de Zamora	12,3	7,3	5,0
Quilmes	12,9	8,9	4,0
Total Región	13,0	8,2	4,8
Provincia (2010)	12,9	7,6	4,3
Provincia (2011)	11,7	7,4	4,4

Tabla 12: Serie Mortalidad Infantil - Evolución Municipios RS VI Provincia de Buenos Aires

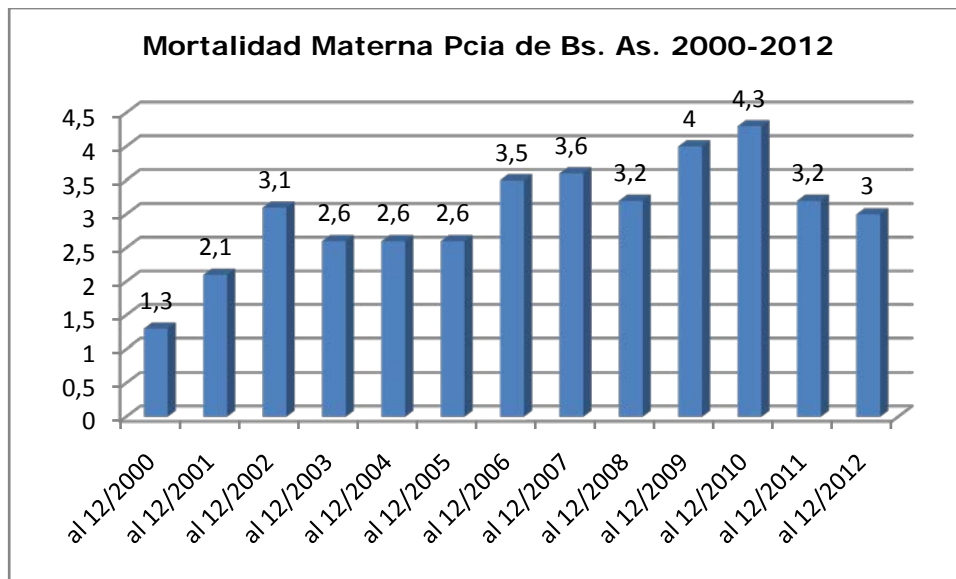
Partido	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Almirante Brown	17,2	16	4,6	22,5	17,4	15,2	12,4	12,2	12,7	13,8	12,1	13,4	12,6
Avellaneda	12,6	14,9	4,8	22,7	13,0	10,4	9,9	9,7	14,0	13,5	12,7	14,3	11,6
Berazategui	13,1	13,7	4,15	22,14	13,4	15,5	14,1	13,7	15,2	14,3	17,9	13,1	11,3
E. Echeverría	17,1	16,8	18,4	18,1	16,3	12,2	13,3	13,6	13,4	13,5	12	10,7	11,3
Ezeiza	21	23,4	22	20,5	9,7	13,4	10,2	19,2	12,5	11,6	18,3	14,1	13,4
Fcio. Varela	16,3	16	16,1	16,3	13,7	14,1	16,2	16,9	15,7	12,6	13,4	15,2	11,7
Lanús	15	15,9	17,2	14,9	11,3	11,7	12,7	11,5	9,3	13,1	10,6	11,4	12,5
Lomas de Zamora	17,2	16	17,2	16,4	12,3	11,5	13	16,1	12,2	13	11,5	12,3	10,6
Quilmes	17,7	13,8	17,7	16,1	14,9	17	13,7	16,2	13	11,2	9,9	12,9	13,3
Región Sanitaria VI	16	16	17,2	17	13,8	13,6	13,1	14,3	13	12,9	12,4	13	12
Provincia	14	14	15,7	16,2	13	12,9	12,5	13,5	12,3	12,4	12	11,7	11,4

Nación								13,3	12,5	12,1	11,9	11,7	11,2
---------------	--	--	--	--	--	--	--	------	------	------	------	------	------

Fuente: DIS, Ministerio de Salud, Provincia de Buenos Aires (2012)

Respecto a Mortalidad Materna se observa una ligera tendencia al descenso en la Tasa de Mortalidad Materna (TMM), aunque parece estancarse desde el año 2000 hasta la actualidad. En los últimos años se observan oscilaciones alrededor de valores similares, aproximadamente entre 4 defunciones maternas por 10.000 nacidos vivos. (Gráfico 3)

Gráfico 3: Evolución de la Tasa de Mortalidad Materna Provincia de Buenos Aires



Fuente: Tablero de Mando MSPBA 2013

Tabla 13 Mortalidad Materna

Zona	Tasa
1er cordón conurbano	2,4
2do cordón conurbano	4,6
Resto Pcia	3,6
Total Pcia	3,9 (2009) 4,4 (2010) 3,2 (2011) por 10.000 nac vivos

Fuente: DIS MSPBA; MSAL Nación (Indicadores Básicos, 2010)

Como se muestra en la tabla 13, la TMM en el segundo cordón del conurbano se encuentra por encima de la provincial. Para este dato existe poco registro informacional, por lo cual se considera relevante aportar otros indicadores que posibiliten analizar la situación de la atención de la mujer en la Región. En este caso, la Región VI concentra el 23% de las consultas obstétricas entre los años año 2009 y 2012 (seguida de la Región V y VII que tienen 20 y 17 % respectivamente). Esto puede explicarse mediante otros dos datos: la alta prevalencia de población joven y el crecimiento demográfico referido.

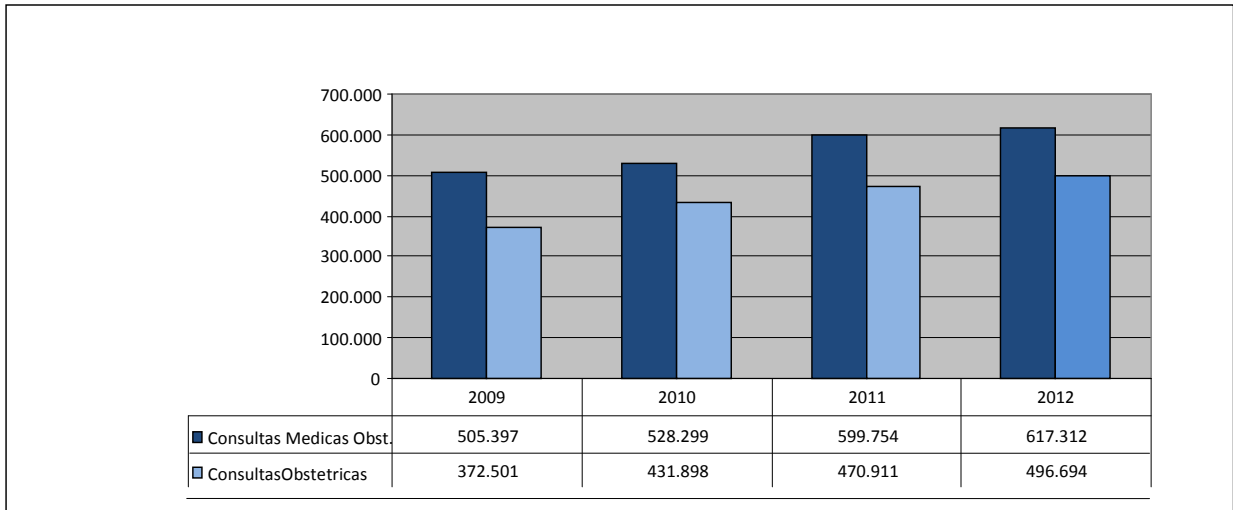
Entre los años 2009 y 2012 han aumentado las consultas obstétricas en la Región VI (Tabla 14 y gráficos 4 y 5)

Tabla 14: Consultas obstétricas en la RS VI durante los años 2009-2010-2011-2012

Región Sanitaria VI - Total Consultas Especialidades Obstetricia	2009	2010	% de >	2011	% de >	2012	% de >
Consultas Medicas Obstétricas	505.397	528.299	4,53	599.754	13,53	617.312	3
Consultas Obstétricas	372.501	431.898	15,95	470.911	9,03	496.694	5

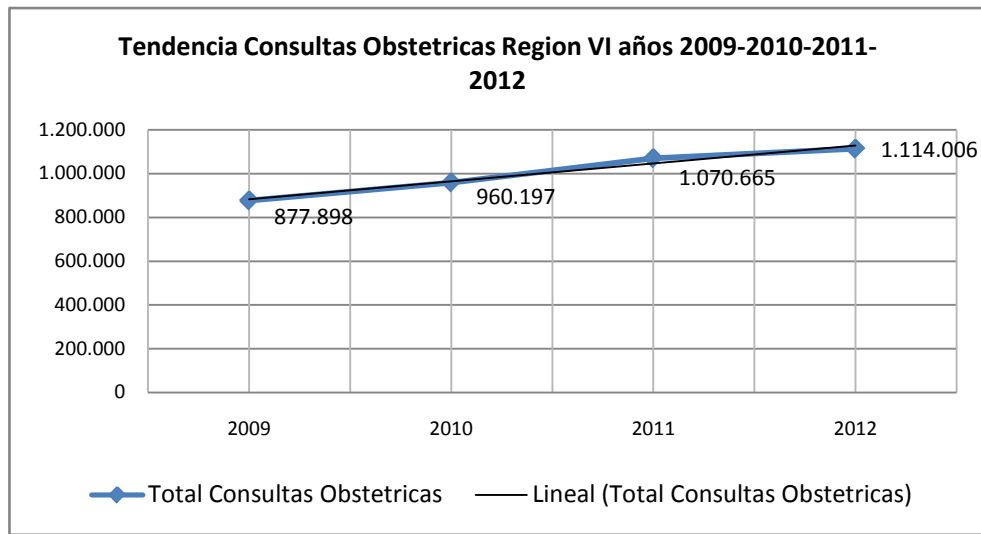
Fuente: Tablero de Mando MSPBA 2014

Gráfico 4: Consultas Obstétricas Región Sanitaria VI Año 2009-2010-2011-2012



Fuente: Tablero de Mando MSPBA 2014

Gráfico 5: Consultas Obstétricas totales Región Sanitaria VI Año 2009-2010-2011-2012

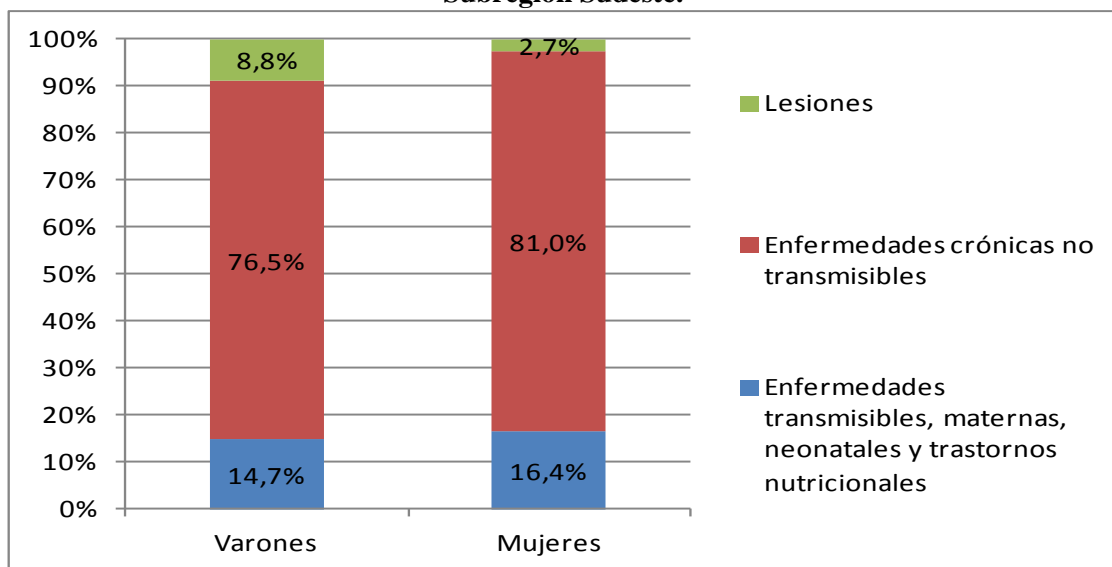


Tal como ilustran la tabla 14 y gráficos 4 y 5 la ampliación de las coberturas y la promoción de las consultas, en este caso obstétricas, han generado un aumento de la demanda y de los procesos de control del embarazo y puerperio. El aumento de las consultas en los servicios de salud

municipales se relaciona a la vez con la radicación de los programas en ese primer nivel. Los programas nacionales, como el Nacer/Sumar, resultan estratégicos ya que traccionan las condicionalidades de la Asignación Universal por Hijo y Embarazo y es precisamente en los servicios del primer nivel de atención bajo jurisdicción municipal (CAPS- Centros de Atención Primaria de la Salud) donde se concretan los procesos de atención implicados. Este aumento de coberturas y consultas debiera impactar en mediano plazo en los indicadores de MI y MM

Mortalidad General

Gráfico 6. Distribución porcentual de causas de muerte definidas según sexo. Municipios Región VI – Subregión Sudeste.

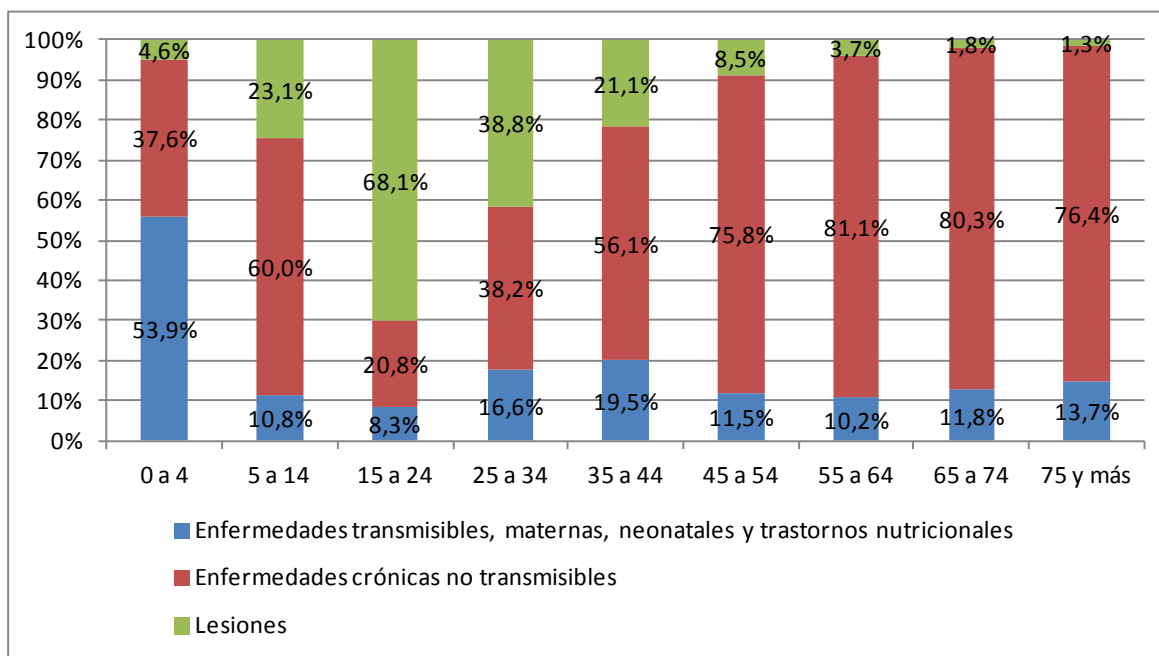


Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

A nivel global, la carga de enfermedad y mortalidad en los Municipios de la Región VI-Sudeste registra los valores más altos en las enfermedades crónicas no transmisibles (gráfico 6), situación que da cuenta del perfil epidemiológico ya referido.

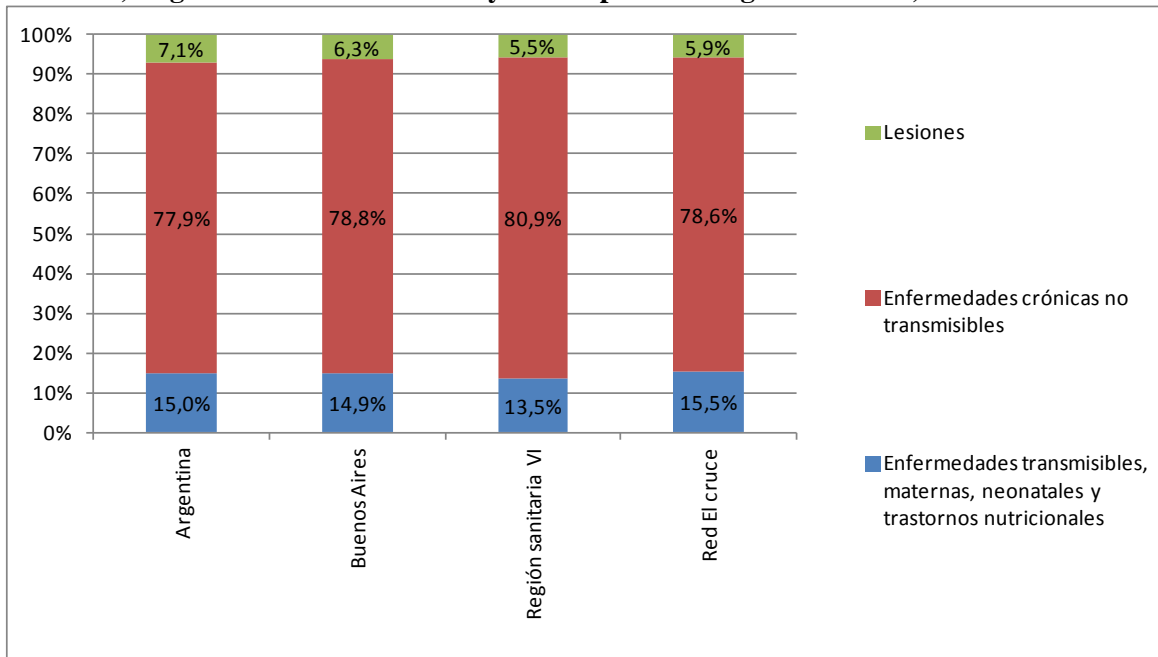
Si se considera por grupo etareo, las enfermedades transmisibles (relacionadas a causas neonatales, mortalidad infantil) prevalecen en el segmento de 0 a 4 años, mientras que las crónicas no transmisibles en el resto de los grupos y aumentando significativamente su prevalencia a partir de los 35 años. Sin embargo resulta relevante y crítico destacar que en el grupo de 15 a 24 años, las muertes por lesiones (accidentología) alcanzan más del 68 % de las causas. (Gráfico 7)

Gráfico 7. Distribución porcentual de causas de muerte definidas según edad. Municipios Región VI –Subregión Sudeste. 2013.



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 8. Distribución porcentual de las causas de muerte definidas. Argentina, Provincia de Buenos Aires, Región sanitaria Global VI y Municipios–Subregión Sudeste. , 2013.



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud de la Nación.

Otro indicador clave a considerar por sus implicancias en salud está dado por el tipo de cobertura (seguridad social) que poseen las poblaciones. Este indicador posibilita prever la magnitud de personas que potencialmente concurren al sector público para su atención y la capacidad de respuesta que este deberá generar.

Tabla 13: Coberturas (seguridad social)

Municipio	Población 2010	Población sin cobertura de obra social 2010	Porcentaje Población sin cobertura de Obra Social
ALMIRANTE BROWN	552.902	212.782	38,5
AVELLANEDA	342.677	97.854	28,6
BERAZATEGUI	324.244	123.494	38,1
ESTEBAN ECHEVERRIA	300.959	123.938	41,2
EZEIZA	163.722	70.573	43,1
FLORENCIO VARELA	426.005	215.054	50,5
LANUS	459.263	137.220	29,9
LOMAS DE ZAMORA	616.279	256.176	41,6
QUILMES	582.943	212.788	36,5

3.6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los Municipios representan un rol estratégico para la gestión sanitaria, en tanto el componente territorial que los define les otorga legitimidad, no solo jurídica, sino fundamentalmente política.

La propia conceptualización de *lo territorial* entraña dos sentidos:

El sentido material, que implica la definición y puesta en práctica de intervenciones con criterio de adecuación a las necesidades de las poblaciones y prioridades sanitarias de dicho territorio, y en este plano corresponden los recursos de estructura y económicos; y

El sentido simbólico, en donde reside la legitimidad construida desde una perspectiva social e histórica.

Ambos sentidos, conjugados, son requisitos ineludibles para el desarrollo fortalecido de la gestión de la salud en el espacio local, en tanto dan cuenta de la capacidad de acción sanitaria y del capital político para sustentarla.

En la práctica, la capacidad del nivel municipal para pasar de receptores a formuladores y coordinadores de políticas resulta aún incipiente considerando, como se ha observado, que las estructuras de los programas nacionales representan unos de los principales motores de las intervenciones, de las agendas sanitarias, y consecuentemente, son fuertes fuentes de financiamiento de la salud en esfera local.

Sin embargo, y paradójicamente, en este papel de receptores-ejecutores que le confieren a los Municipios los programas nacionales residen potencialmente los mecanismos para el reposicionamiento del espacio local, en tanto estas implementaciones se sustentan mediante una alta gobernabilidad, que en el plano territorial está dada en el hecho de tener a cargo, por parte de los Municipios, a los Centros de Salud (CAPS, Municipales) que son los órganos institucionales concretos en donde se operativizan los programas.

Asumiendo esto, avanzar en procesos de *cogestión interjurisdiccional* de recursos asistenciales, humanos y económicos, representa una meta por trabajar para consolidar espacios de autonomía y poder de decisión en materia sanitaria local.

Otros avances para la organización de salud municipal radicarían en la definición del perfil prestacional que se garantizará, revisando críticamente, por un lado, las limitaciones persistentes de sus propias condiciones estructurales, y por otro, las estrategias orientadas por las condiciones que impone el régimen de coparticipación.

Una de las hipótesis de trabajo que nos orientó, y que presentamos a los inicios de este trabajo, postula que el desarrollo de redes constituye un eje central y condicionante para el establecimiento de procesos asistenciales efectivos y oportunos. Las tendencias de traspaso desde el sector provincial a los Municipios de los efectores de baja complejidad, y desde los Municipios al sector provincial de los efectores de alta complejidad, crean las condiciones para generar como contrapartida, junto con el fortalecimiento de la atención primaria, la constitución de redes de servicios para la atención y derivación de pacientes por complejidad creciente. Promover el trabajo en red y desarrollar sinergias organizativas tendientes a la mejora de la calidad y accesibilidad a la salud requiere, asimismo, del fortalecimiento de los nodos, es decir de los sistemas locales.

De este modo, la gestión efectiva de los procesos asistenciales en una red servicios necesita, junto con la definición del menú de prestaciones, de la implementación de dispositivos institucionales y administrativos que garanticen y operativicen su funcionamiento.

En las indagaciones sobre el grado de desarrollo de estos dispositivos y circuitos, que en los sistemas locales generarían las condiciones materiales de base para la progresión hacia el trabajo en red, se han observado en general relativos grados de avance. Por ejemplo, entre los Municipios relevados, no se han implementado por completo áreas con jerarquía de estructura dentro de las secretarías de salud destinadas específicamente a la gestión de pacientes y servicios en red. También presentan incipiente desarrollo los procedimientos sistematizados para la gestión de turnos entre efectores o servicios, el uso de herramientas informáticas para la gestión y seguimiento de pacientes, el turno programado y de acceso telefónico por parte de los usuarios y la aplicación metódica de un sistema de referencia y contrarreferencia, formalizado mediante guías de prácticas y protocolos. En este último caso, cabe considerar que los entrevistados coincidieron en que sí se daba estrictamente el mecanismo de referencia/contrarreferencia en el caso del seguimiento del embarazo de alto riesgo, y que la rigurosa protocolización de la atención de estos casos resultaba satisfactoria en términos sanitarios.

Actualmente una experiencia satisfactoria del trabajo en red en el espacio local (intejurisdiccional) está dada por la implementación de procesos para la toma de muestras de laboratorio, mediante la incorporación de un único sistema de gestión de pacientes entre el Hospital El Cruce Dr. Néstor Kirchner y los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del Municipio de Florencio Varela. Este sistema se recepciona las muestras clínicas provenientes de los pacientes atendidos en los Centros de Atención Primaria y las envía al laboratorio de un Hospital de Alta Complejidad (El Cruce NCK) para ser analizadas, dándose de este modo un proceso de gestión asistencial que vincula distintos niveles de atención de salud. Esta metodología de trabajo integrado en red genera significativos beneficios para los pacientes en cuanto a dinamismo, oportunidad diagnóstica, seguridad y calidad analítica-tecnológica del estudio clínico realizado; posteriormente la información de resultados es reenviada digitalizada al Centro de Salud donde el paciente es atendido, asegurando la continuidad e integración del proceso de atención. Actualmente se planifica la extensión de éste proceso al resto de los hospitales de la red.

La revisión de los datos de estructura de los servicios de salud de la Región VI y su subregión sudeste dan cuenta de una distribución adecuada en cuanto a los emplazamientos y diversidad de complejidad asistencial. No obstante, solo procesos coordinados de gestión asistencial pueden asegurar una accesibilidad a la salud en sentido amplio: acceso, continuidad y seguimiento de tratamientos y/o prevención -promoción de la salud.

En cuanto a los indicadores sanitarios y sociosanitarios cabe considerar ciertos puntos críticos que los sistemas de salud debieran afrontar desde lo local- territorial en primera instancia: la salud materna-infantil, las enfermedades crónicas y la accidentología. Tres ejes centrales para la planificación local en tanto representan tres causales de muerte prevalentes en grupos etáreos de niños, jóvenes y adultos mayores respectivamente. En este marco, el trabajo sanitario enfocado en patologías prevalentes y crónicas y problemáticas sociosanitarias resultará una estrategia fundamental y articuladora de la relación población-servicios de salud.

Estas iniciativas conllevan a avanzar sobre un conjunto de puntos nodales: cambios en el marco normativo en virtud de incentivar prestaciones de promoción y prevención (revisión de la ley de coparticipación ya referida), fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud, a fin de liderar un cambio en el paradigma sanitario, y fortalecimiento del trabajo intersectorial (por ejemplo con educación, medio ambiente, sectores productivos, sociales) con el objetivo de generar desarrollos integrales en cada territorio, asumiendo un concepto amplio de la salud como construcción social.

Estas iniciativas requerirán a la vez de Equipos de Salud Interdisciplinarios, con participación fortalecida (en lo técnico y lo comunitario) de los promotores de salud como dinamizadores de la estrategia. Este modelo de salud en territorio debería asumir una **perspectiva sociosanitaria**, incluyendo abordajes hacia adicciones, salud mental, derechos reproductivos, violencia de género, diversidad sexual y nuevos conceptos de familia, en el contexto de ampliación de derechos que se celebra en nuestro país.

Concluimos que la jerarquización de los sistemas locales y su apuntalamiento como espacios políticos, sanitarios y administrativos para la coordinación de la salud constituye un desafío para el fortalecimiento del territorio, por el nivel de cercanía que tienen con las demandas y necesidades de sus poblaciones. Y condición de esto es revertir las limitaciones objetivas y materiales de sus estructuras, como así también incorporar procesos de gestión dinámicos mediante la aplicación de nuevas tecnologías de información que impactarían sobre una mejor estrategia de planificación para el modelo de atención sanitario.

Por último, interesa poner en discusión el repertorio de categorías teóricas y de análisis disponibles sobre gestiones locales, que no alcanzan, según nuestra experiencia en este trabajo, a proveer fundamentos validables al momento de analizar prácticas en los escenarios institucionales reales. Las brechas entre estas categorías y las prácticas son significativas, y en las indagaciones de terreno no se hacen visibles, menos aún son parte de las manifestaciones discursivas, implícitas o explícitas, de los actores al momento de sus relatos. Como contraparte, el desarrollo de investigaciones operativas sobre servicios y sistemas de salud en los propios contextos de aplicación, realizadas por los propios equipos de salud y de equipos de gestión contribuiría a generar categorías de análisis adecuadas a las realidades locales, reduciendo la brecha entre las teorías y las prácticas y produciendo conocimientos para la gestión política y sanitaria local.

3.7. REFERENCIAS

Almeida, C. y Belmartino, S. (2001). *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud*. Río de Janeiro, Red de Investigaciones del Cono Sur.

Alonso, G. (2007). “La gestión pública local y las políticas sociales”. Documento de trabajo número 21. Escuela de Política y Gobierno. Buenos Aires. UNSAM- CONICET

Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Ariovich, A. (2010). “La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005)”, *Salud colectiva*, año 6, vol.6, N. °1, pp. 345-362

Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2005). “Municipios y gestión social. De los escritorios del Banco Mundial a las calles del Gran Buenos Aires”. Los Polvorines. UNGS/Prometeo

Carvalho, J. R. (1984). “La investigación de necesidades de salud en relación con la prestación de servicios”. Cuadernos Médicos Sociales. Rosario. N° 34 p.15-23.

Frenk, J. (1992). “La nueva salud pública”. Colección Ciencia para Todos. Ciudad de México, D.F Fondo de Cultura Económica.

Lama More. A (2000) “Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú”. INEI, Instituto Nacional de Estadística e Informática: Programa MECOVI-Perú. Lima. Fondo de Investigaciones

Medina, A. (2008). “El rol de los Municipios en la Gestión en Salud”. En: Medina A; Miraglia M y Chiara M (compiladores) *Gestión Local: conceptos y experiencias*. Buenos Aires. UNSAM.

OPS/OMS. (1991). “Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud”. En: *SILOS-10, Resolución XV-XXXIII Consejo Directivo OPS-OMS*. Washington DC

Paganini, J. M. (1999), “Los sistemas locales de salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud”. En: *Declaración de Organización Panamericana de la Salud*. Washington DC.

Rovere, M. (1999). *Redes en salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario, Editorial de la Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.

Repetto, F. (2004). “Capacidad estatal: requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina”. *Documentos de Trabajo del INDES*. Departamento de Integración y Programas Regionales, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social. Washington, DC. Serie Documentos de Trabajo, pp. 15-29.

Testa, M. (1997). *Pensar en salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Stoker, R. (1989). “Un marco de análisis para el régimen de implementación” En: Luis Aguilar Villanueva (ed.). *La implementación de las políticas*. México D.F., Porrúa.

Tobar, F. (2000). *Herramientas para el análisis del sector salud*. Buenos Aires, Mimeo.

4- DIVULGACIÓN (PRODUCTOS FINALIZADOS O EN CURSO):

COMUNICACIONES EN EVENTOS CIENTÍFICOS Y/O TÉCNICOS CON RELACIÓN AL TEMA DEL PROYECTO:

“La gestión de la salud en el espacio municipal: exploración de los determinantes que inciden en la gestión sanitaria local y en la consolidación de redes de servicios.” (Medina A, Poccioni M.T, Álvarez D) Ponencia presentada en 1ras. Jornadas de Investigación y Vinculación. Problemas y Potencialidades del Territorio. Universidad Nacional Arturo Jauretche.

“IV Seminario Taller Gestión en Salud en el Gran Buenos Aires. Universalismo en salud: debates y desafíos en contextos de fragmentación” Organizadores Responsables: Magdalena Chiara (ICO/UNGS), Arnaldo Medina (UNAJ), Daniela Álvarez (UNAJ), María Crojethovic, Ana Ariovich (ICO/UNGS). 11 y 12 de noviembre de 2015 Florencio Varela y Los Polvorines. Hospital Alta Complejidad en Red Dr. Néstor Kirchner, sede del Instituto de Cs de la Salud de la (UNAJ). Avenida Calchaquí 5401, Florencio Varela. Campus de la UNGS, Juan María Gutiérrez 1150, Los Polvorines. Coordinación de la Mesa Panel 4: Más allá del financiamiento: modelo prestacional y cobertura universal en salud. Gestión de la Salud en el GBA. (Alvarez D)

“Municipios y Redes Integradas de Servicios de Salud. Una experiencia en Argentina en el contexto de la región de referencia del Hospital El Cruce Dr. Néstor C. Kirchner” (Álvarez D, ponente) Poster presentado en el 16 Congreso de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México. Marzo 2015

“Investigación sociosanitaria en contextos locales” (Alvarez D, ponente) Ponencia presentada en VI Congreso de Medicina General, en la Mesa Panel “Alternativas de Investigación en el Primer Nivel de Atención” Provincia de Buenos Aires, Villa Gesell, Abril 2015

Coordinación de la Mesa Panel “Alternativas de Investigación en el Primer Nivel de Atención” (Poccioni MT) VI Congreso de Medicina General, Provincia de Buenos Aires, Villa Gesell, Abril 2015

“Gestión sanitaria a nivel local-municipal y desarrollo de redes integradas de servicios de salud” (Álvarez D, ponente) (Autores: Medina A, Poccioni M.T, Álvarez D) Ponencia aprobada para su presentación en el 9° Congreso provincial de Atención Primaria de la Salud, 7° Congreso Regional de APS del NOA, 6° Congreso Andino de APS y 2° Congreso Latino Americano de Atención Primaria de la Salud. Jujuy Septiembre 2015

PROYECTOS VINCULADOS EN CURSO

- Redes Internacionales. Ministerio de Educación. Secretaría de Políticas Universitarias. Red VIII y Red IX “Red Argentina Colombiana de Investigación y Docencia en Salud Pública” (-2015-2016) Misión académica y realización del “Seminario Taller en Salud Pública. Competencias y Perfiles para la Salud Pública: Atención Primaria de la Salud, Investigación en salud pública y APS. Agendas/programas de investigación en salud pública/APS, Experiencias de gestión territorial de la salud y redes integradas de servicios de salud”. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública-Universidad de Antioquia / Grupo de Investigación Gestión y Políticas en Salud. (Medellín Colombia) Responsables: Poccioni MT y Álvarez D (por UNAJ, ICS)
- Proyecto de Investigación: “Investigación en políticas, gestión y servicios de salud en el contexto local: vinculaciones entre la investigación y la gestión en el contexto de los municipios que integran la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires.” (Medina A, Poccioni M.T, Álvarez D) Convocatoria UNAJ 2015-2018.

DOCENCIA

Participación en la Diplomatura Superior en Gestión de APS. Convenio entre la UNAJ y el Municipio de Florencio Varela. (Aportes del Proyecto de Investigación a la práctica docente)

Diplomatura Superior en Redes de Salud

5- CAPACIDADES GENERADAS

La realización de este proyecto ha contribuido a fortalecer la investigación en el ICS especialmente en el desarrollo de una línea de trabajo en torno a sistemas locales y redes de salud que se encuentra entre sus prioridades de investigación sanitaria.

Este abordaje ha provisto categorías de análisis que aportan bases para la profundización de trabajos en este tema y a la vez a otras temáticas y proyectos que se aborden y se contextualicen en la región.

El trabajo realizado ha posibilitado profundizar metodologías interdisciplinarias de investigación en salud y contribuyó al intercambio con el mapa de actores locales del campo sanitario.