



Accesibilidad a la atención de la salud en el Municipio de San Fernando

Magdalena Chiara

Javier Moro

Ana Ariovich

Carlos Andrés Jiménez

María Mercedes Di Virgilio

ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL MUNICIPIO DE SAN FERNANDO

Magdalena Chiara
María Mercedes Di Virgilio
Javier Moro
Ana Ariovich
Carlos Andrés Jiménez

INSTITUTO DEL CONURBANO

Universidad Nacional
de General Sarmiento 

Programa de Subsidios para
Proyectos de Investigación y Desarrollo y Transferencia con Organismos Públicos
de la Provincia de Buenos Aires (con Municipios)
COMISIÓN DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Accesibilidad a la atención de salud en el Municipio de San Fernando / Magdalena Chiara ... [et.al.]. - 1a ed. - Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento, 2010.

Internet. - (Publicaciones electrónicas; 19)

ISBN 978-987-630-084-1

1. Salud Pública. 2. Gestión. I. Chiara, Magdalena
CDD 614

© Universidad Nacional de General Sarmiento, 2010
J.M. Gutiérrez 1150, Los Polvorines (B1613GSX)
Prov. de Buenos Aires, Argentina
Tel.: (54 11) 4469-7578
publicaciones@ungs.edu.ar
www.ungs.edu.ar/publicaciones

Diseño y Diagramación: Departamento de Publicaciones - UNGS

ISBN: 978-987-630-084-1

Hecho el depósito que marca la Ley 11.723
Prohibida su reproducción total o parcial
Derechos reservados

Equipo de Investigación:

Magdalena Chiara – Investigadora del Instituto del Conurbano
Javier Moro – Investigador del Instituto del Conurbano
Ana Ariovich – Investigadora docente asistente del Instituto del Conurbano
Carlos Andrés Jiménez – Investigador docente asistente del Instituto del Conurbano
María Mercedes Di Virgilio – CONICET/IIGG – FCS (UBA)

Responsable por el Municipio:

Martín Lissarrague – Secretario de Desarrollo Social y Salud Pública del Municipio de San Fernando

Responsables de la Coordinación del Trabajo de Campo:

Carolina Berliner (ICO/UNGS)
Karina Sanchez (UMEC/MSF)

Georreferenciación de datos:

Marina Miraglia (LabSIG/ICO-UNGS)

Equipo de campo:

Marisa Burgos, Alicia Pace, Verónica Marengo, Nadia Paz, Elida Paz, Viviana Munguias, Miriam Gonzalez, Leandro Oscinalde, María Eugenia Griffanti.

Supervisión del Trabajo de Campo:

Laura Romero (UMEC)

Carga y consistencia de la base de datos:

Marisa Lezcano y Carolina Barreiro

Unidad Municipal de Estadísticas y Censos (UMEC)

Responsable: Ayelen Pino

Equipo: Marisa Varela, Nora Tinat, Carolina Barreiro, Natalia Llorca

Asesoramiento en la elaboración de la muestra

Augusto Hozowski

	Pág.
PRESENTACIÓN	7
I. EL PUNTO DE PARTIDA: LA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL Y LAS PREOCUPACIONES DESDE LA GESTIÓN	10
1. Conceptualizando la política de salud en el nivel local	10
2. Consideraciones para un “estado del arte” sobre la evaluación de desempeño en los sistemas de salud	12
3. La agenda local y los desafíos de la gestión	21
II. ASPECTOS METODOLÓGICOS	23
1. Las coordenadas del estudio	23
2. Acerca de cómo mirar el desempeño y la accesibilidad en la atención de la salud	24
3. Las herramientas metodológicas utilizadas	25
III. EL PARTIDO DE SAN FERNANDO: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIO SANITARIAS	30
1. Caracterización socio - demográfica	30
2. Condiciones de vida de la población de San Fernando	32
IV. ORGANIZACIÓN Y DINÁMICA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN EL NIVEL LOCAL Y LAS POLÍTICAS DE SALUD EN RELACIÓN A LA ACCESIBILIDAD	39
1. Atributos generales de la gestión del subsector público en el partido	39
2. Aspectos generales del financiamiento de los servicios de salud	50
3. Dinámica de la atención de la salud	55
4. Las coordenadas de organización del sistema de salud	62
V. LAS PERCEPCIONES SOBRE EL ESTADO DE SALUD	64
VI. LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN ESPECIALIDADES	68
VII. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN USUARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD	81
VIII. PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA A LOS SERVICIOS DE SALUD	86
IX. VÍNCULO PROFESIONAL / PACIENTE	100

	Pág.
X. MODALIDADES DE ACCESO A LA ATENCIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD Y VALORACIÓN DEL FONOTURNO	104
XI. ACCESO A MEDICAMENTOS	110
XII. COORDINACIÓN Y TRÁNSITO	113
XIII. ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA	116
XIV. CONCLUSIONES	119
BIBLIOGRAFÍA	127

Si bien la universalidad, como principio organizador de la política sanitaria, no ha sido cuestionada formalmente en las reformas que se sucedieron en el sector en la década pasada, existen distintas barreras y dificultades para garantizar el ejercicio del derecho a la salud a todos los ciudadanos. La fragmentación vertical y horizontal que atraviesa y aqueja al subsector público en Argentina así como las dificultades que han enfrentado los servicios para hacer frente a una demanda creciente, han puesto en el centro del análisis los problemas del acceso y el desempeño de los sistemas de salud como campo en el cual se “juega” de manera efectiva la universalidad de la prestación de los servicios de salud.

Dados los procesos de descentralización que se han impulsado en el subsector público de salud en Argentina y las particularidades que éstos presentan en el nivel local en la provincia de Buenos Aires, resulta necesario conocer las condiciones de acceso y el desempeño de los servicios de salud en el nivel municipal con datos empíricos a nivel de los servicios, para avanzar en su mejoramiento.

Este trabajo presenta los resultados de una investigación que se llevó a cabo conjuntamente entre el Municipio de San Fernando y el Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento en el marco del “Programa de Subsidios para Proyectos de Investigación y Desarrollo y Transferencia con Organismos Públicos de la Provincia de Buenos Aires” de la Comisión de Investigaciones Científicas (CIC). El mismo se inició en el mes de octubre de 2007 y finalizó hacia fines de octubre del corriente.

Esta iniciativa se encuadra en una investigación más amplia que retoma tres líneas de reflexión derivadas de proyectos en los cuales participó el equipo a su cargo. En primer lugar, recupera el análisis del subsector salud en el nivel local desarrollado en el marco del proyecto “*Crisis de atención de la salud, crisis de la reproducción social: procesos de reforma en la atención de la salud y grupos familiares en el Conurbano Bonaerense 1983-1996*” (Chiara, Catenazzi, Cravino y Di Virgilio, 1999). En segundo lugar, retoma el marco conceptual y metodológico elaborado para el análisis de la gestión local de dos programas asistenciales financiados por el Banco Mundial: “*La implementación de las políticas sociales en el nivel local: transformaciones en la gestión e impactos en los modos de vida de los sujetos receptores en municipios seleccionados del Conurbano Bonaerense*” (Chiara y Di Virgilio, 2005). Por último, continúa la indagación realizada en un proyecto de investigación y transferencia: “*Condiciones de vida, control del embarazo y del bajo peso al nacer en*

municipios de la Región Sanitaria V, Pcia. de Buenos Aires: La construcción de indicadores como herramienta para la enseñanza y la gestión de políticas sociales” (CIC /ICO-UNGS Región Sanitaria V), a partir del cual se generó información sobre los desempeños del sub sector público de salud en el control del embarazo en municipios del área de influencia de la UNGS, cuyos datos se recuperan en este análisis. En la actualidad, converge con el desarrollo de un proyecto que cuenta con el financiamiento de la Agencia Nacional de Promoción Científica¹.

El proyecto se propuso indagar a través de una encuesta a hogares, aspectos vinculados al acceso y a los usos del sistema de salud por parte de la población del municipio de San Fernando, a fin de poder dar cuenta de los desempeños en la atención de la población.

Las preocupaciones del equipo de investigación de la UNGS son convergentes con el municipio de San Fernando que se encuentra interesado en profundizar las acciones destinadas a mejorar la accesibilidad a los servicios. De allí la jerarquía que adquiere la generación de conocimiento sobre las condiciones de acceso de la población al sistema de salud.

El foco del estudio estuvo puesto en el subsector público y en las prácticas vinculadas a la atención primaria de la salud con la finalidad de producir información relevante para orientar las decisiones de política pública en el nivel local. No obstante este recorte, el análisis recupera articulaciones con efectores de otras jurisdicciones y municipios a los efectos de analizar la continuidad de los pacientes en la atención.

En el contexto de estas coordenadas, se propuso como *objetivo general* caracterizar desde la perspectiva de los usuarios los atributos del sistema de salud en el partido de San Fernando (en el plano de la gestión, la atención y el financiamiento) y sus desempeños vinculados a las condiciones de acceso y a las condiciones de atención.

Cabe destacar como un factor que facilitó el desarrollo del proyecto, la existencia en el Municipio de San Fernando de la Unidad Municipal de Estadísticas y Censos (UMEC), dependiente de la Secretaría de Ingresos Públicos y Planificación del Municipio, gracias a la cual se pudo contar con datos previamente elaborados y el análisis muestral con base al cual se seleccionaron los casos del presente estudio. A través de dicha unidad, el Municipio de San Fernando viene desarrollando regularmente en los hogares, la Encuesta Socio Demográfica y Económica (ESDE) cuya información fue muy importante para organizar el estudio.

Una vez realizada la prueba piloto del formulario y realizados los ajustes, se comenzó con el trabajo de campo que se extendió entre los meses de abril y junio de 2008, relevando 450 hogares.

Tal como estaba previsto, los resultados fueron analizados conjuntamente en dos momentos. En un primer momento, se analizó la parte correspondiente a la caracterización del sistema de salud en el nivel local y, en un segundo momento, se

¹ Proyecto PICTO/UNGS2006: “Los sistemas de salud en el nivel local: mirando la gestión desde la atención de la salud de la población”. Dir. M. Chiara. 2008/2010.

trabajó en un espacio de taller focalizando el análisis de los resultados de la encuesta a hogares a los efectos de avanzar en interpretaciones compartidas orientadas a explicar los datos a los que se arriba. Estos aportes fueron recuperados en este documento.

A la colaboración permanente de los funcionarios y técnicos municipales, queremos sumar nuestro agradecimiento a la disposición de la población en los hogares sin cuya participación hubiera sido imposible realizar este estudio.

Por último, queremos agradecer muy especialmente a las autoridades de la Municipalidad de San Fernando, al Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento y a la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (“Programa de Subsidios para Proyectos de Investigación y Desarrollo y Transferencia con Organismos Públicos de la Provincia de Buenos Aires”) por hacer posible el desarrollo de este proyecto.

I. EL PUNTO DE PARTIDA: LA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL Y LAS PREOCUPACIONES DESDE LA GESTIÓN

1. CONCEPTUALIZANDO LA POLÍTICA DE SALUD EN EL NIVEL LOCAL

El análisis del sector salud reconoce tres dimensiones²: las *políticas*, el *sistema* de salud y el *estado de salud de la población*; aún reconociendo las relaciones recíprocas que existen entre ellas, este proyecto pone el foco en la interfase entre las *políticas de salud* y la salud de la población, en el nivel de los servicios desde la perspectiva de los usuarios.

Se alude aquí como “política de salud” a aquella que puede reconocerse como un esfuerzo sistemático del Estado orientado a los problemas de salud de la población, promovida desde el nivel local en este caso. Sin lugar a dudas, una política de salud implica (explícita o implícitamente) una definición de la *salud como problema público* y la definición de un determinado rol de parte del Estado. Siguiendo a Rodrigáñez Ricchieri y Tobar “en la agenda de las políticas públicas no solo se considera que un problema de salud es aquello que condiciona o determina la situación de salud o epidemiológica de la población, sino también a todo factor involucrado con la producción y manutención de la salud, en particular al sistema de salud” (2003, 20).

Dada la historia que ha modelado el subsector público de salud en la provincia de Buenos Aires (y en el Gran Buenos Aires en particular) y las distintas jurisdicciones que intervienen con políticas, programas y efectores; la aproximación conceptual debe permitirnos captar el contexto complejo de variables en el marco del cual se modelan estos tres planos de la política sanitaria:

- En el plano de la *gestión*, tienen lugar las cuestiones que hacen a cómo se organiza la asignación de los recursos y al modo cómo se articulan los intereses de los actores: ¿qué tipo de acciones, prestaciones o servicios se brindan a la población?; ¿cuales son los criterios de elegibilidad o inclusión al sistema?; ¿con qué prestadores?; ¿en qué lugares y de qué manera se distribuye la oferta?; ¿qué criterios de referencia y contrarreferencia se adoptan?; entre otras.
- El plano del financiamiento refiere a cuestiones tales como ¿cómo se asignan los recursos?, ¿de dónde provienen?, ¿cuánto se gasta?, ¿quién lo define?

² Se recuperan aquí los aportes de F. Tobar (2000) en un esfuerzo por captar las distintas cuestiones que se libran en cada plano.

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

La política sanitaria local se organiza en cada uno de los tres planos (atención, gestión y financiamiento) expresando tomas de posición (por acción u omisión) de los actores (gubernamentales y de la sociedad) en una matriz de reglas de juego preexistente, lo que se ha llamado “condiciones de régimen de implementación” (Chiara y Di Virgilio, 2005). Estas reglas de juego se constituyen en un plano supralocal (desde las regulaciones nacionales y provinciales) y también local (desde las regulaciones que instituye cada uno de los municipios).

Desde esta perspectiva, en el campo de salud las *condiciones del régimen* configuran de distinta manera los planos en los que se organizan las políticas de salud en el nivel local. Los arreglos que constituyen el régimen estadual (provincial) de implementación condicionan los modos como se va configurando efectivamente la política de salud en el nivel local, a la vez que definen un marco (con mayor o menor nivel de amplitud de opciones) para la organización de los arreglos comprendidos en el régimen local de implementación en cada uno de los municipios. Dicho de otro modo, los arreglos políticos, de distribución de funciones y de asignación de recursos instituidos desde el nivel provincial, definen coordenadas particulares que condicionan las políticas que cada municipio define en el nivel local para la organización del sector.

En algunos casos, se trata de factores contextuales (aunque no por ello menos influyentes) tales como los niveles de autonomía municipal derivada del régimen jurídico vigente o los grados de autofinanciamiento. En otros casos, puede advertirse la presencia de arreglos específicos del sector, tanto derivados de los programas nacionales (Remediar o Programa Médicos Comunitarios, por citar dos ejemplos) como de los mecanismos de transferencias no condicionadas (como es la asignación de fondos coparticipables y los incentivos instituidos en los criterios de distribución secundaria) hacia los municipios o “condicionadas” para el desarrollo y expansión de políticas para el sector.

Dado el “pluralismo institucional” que caracteriza la organización del subsector público en la región, la reconstrucción de la política de salud es una tarea compleja que compromete el análisis “en simultáneo” de las acciones que desarrollan las unidades de los tres niveles.

El recorte de este estudio está dado por el alcance de la “atención primaria de la salud” y la preocupación refiere al ámbito de gobernabilidad del municipio (específicamente referida a los centros de atención primaria de la salud – CAPS--), marco en el cual se recuperó la trayectoria de los usuarios en el tránsito por el conjunto de los efectores públicos (municipales y provinciales) localizados en el partido de San Fernando o en partidos aledaños.

2. CONSIDERACIONES PARA UN ESTADO DEL ARTE SOBRE LA EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD

El concepto de sistema de salud en sentido amplio

El Informe Mundial de Salud de la OMS (2000), orientado a ofrecer herramientas conceptuales sobre los factores que explican el funcionamiento de los sistemas de salud y a comparar diversos aspectos de éstos en el mundo entero, establece un concepto amplio de sistema de salud. En este sentido, el informe consideró que un sistema de salud comprende a todas las organizaciones, instituciones y recursos que emprenden actividades de salud. Estas últimas refieren a todo acto, en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, que tiene como intención primaria reestablecer, mantener o promover la salud.

Desde esta definición, más extensa que la que corresponde a las acciones de salud que se encuentran bajo el control directo de un ministerio de salud, la OMS incitó a los rectores del sistema de salud a enfocarse en la prestación de servicios de salud claves, personales y no personales, así como a convertirse en promotores efectivos de una actividad intersectorial que cubriera una gama de acciones dirigidas específicamente a mejorar la salud.

Las funciones esenciales de los sistemas de salud:

En concordancia con la mencionada noción de sistema de Salud, la OMS define, en el mismo informe, *cuatro funciones básicas* de todo sistema de salud:

- *Financiamiento:* es el proceso por el cual se captan los ingresos, se acumulan en bolsas de financiamiento y se asignan a acciones de salud específicas. Puede subdividirse en tres sub-funciones: captación de ingresos, integración de fondos de financiamiento y compras.
- *Prestación de servicios:* es la manera en que los insumos se combinan para permitir la entrega de una serie de intervenciones o acciones de salud. Incluye servicios de salud personales y no-personales. Los primeros son servicios preventivos, de diagnóstico, terapéuticos o de rehabilitación que son consumidos directamente por un individuo. Los segundos son acciones que se aplican tanto a colectividades (e.g., educación masiva en salud, legislación) o a las componentes no humanos del medio ambiente (e.g., saneamiento básico).
- *Generación de recursos:* se refiere a las organizaciones que producen los insumos que hacen posible el funcionamiento de esos servicios (particularmente recursos humanos, recursos físicos tales como instalaciones y equipo, medicamentos, tecnología y conocimiento).
- *Rectoría:* abarca tanto la regulación, como el establecimiento, la implantación y el monitoreo de las reglas del juego para el sistema de salud, así como también la definición de direcciones estratégicas para el sistema de salud en su conjunto.

En el 2001, la OPS define a través de la iniciativa “La Salud Pública en las Américas”, un conjunto mayor de funciones esenciales de salud. Esta vez, el foco está puesto en la gestión de las políticas de salud. Así, las nuevas funciones esenciales de la salud pública (FESP), básicamente a cargo de las autoridades sanitarias (estatales), se aplican a distintos campos (ambiental, ocupacional, materno-infantil, enfermedades crónicas, etc.) y se articulan con las prácticas sociales de la población. Las FESP que identifica esta propuesta son:

1. Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
2. Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud primaria.
3. Promoción de la salud.
4. Participación de los ciudadanos en la salud.
5. Desarrollo de políticas y de la capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud primaria.
6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en materia de salud pública.
7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
8. Desarrollo de los recursos humanos y de la formación en salud pública.
9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos.
10. Investigación en materia de salud primaria.
11. Reducción del impacto de las emergencias y los desastres en salud

La implementación de evaluación del desempeño de los sistemas de salud

Los sistemas de salud han crecido en tamaño y complejidad, y paralelamente ha surgido el interés por evaluar su desempeño. En particular, en la última década, se puede observar el desarrollo de propuestas conceptuales y metodológicas dirigidas a evaluar el desempeño de los sistemas y servicios de salud. Estas propuestas buscan responder, entre otras cosas, a la necesidad de ampliar el acceso a servicios de salud de calidad, sobre todo en los países en vías de desarrollo (Céspedes, 2002; Almeida et al 2006 ; Vega Romero et al 2006; Flores, 2006). Además, aparece un amplio consenso en torno a la necesidad e importancia de medir el desempeño, enmarcada en los procesos de modernización del Estado (Almeida, 2002).

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) decide evaluar, con una propuesta conceptual y metodológica propia, el desempeño agregado de los sistemas nacionales de salud de sus países miembros. Los resultados de este proyecto se publicaron en el *Informe Mundial de la Salud 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud* (IMS 2000). La OMS utilizó como criterio básico de evaluación del desempeño el grado de

cumplimiento de lo que consideró los tres objetivos fundamentales de todo sistema de salud:

- 1- *Mejorar las condiciones de salud* de la población. Presenta dos componentes: mejorar el nivel promedio de la salud de la población y reducir las desigualdades.
- 2- *Capacidad de respuesta a las expectativas de la población*. Implica ofrecer un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud. Incluye dos subcomponentes claves: el respeto por las personas y la orientación al cliente (se refiere tanto al nivel promedio de capacidad de respuesta, como también a las desigualdades en la capacidad de respuesta a la población).
- 3- *Equidad en la contribución financiera*. Es decir, garantizar un financiamiento justo de la atención a la salud.

Los tres objetivos fueron considerados como parcialmente separables, y con un impacto en el sistema lo suficientemente significativo como para poder garantizar una medición regular de los mismos.

Además, dos principios fundamentales guiaron la definición del sistema de salud y el marco de referencia para analizar el desempeño del sistema en dicho informe de la OMS (2000):

- El primero plantea que la rectoría del sistema de salud debe preocuparse de la promoción de acciones que mejoren la salud, aun cuando el control directo de esta acción se extienda más allá del estrecho ámbito de los servicios curativos personales, área por la que la profesión médica tradicionalmente se ha preocupado.
- El segundo expresa que se requiere una concentración clara en los resultados si se quiere que el potencial de los sistemas de salud se alcance plenamente. Además enuncia que es deseable contar con información sobre los avances hacia la consecución de los resultados, así como sobre la medida en la que hace un uso eficiente de los recursos de que dispone.

El Desempeño como efectividad y eficiencia

El Informe Mundial de Salud (2000) describía las cuatro principales funciones del sistema de salud (*Financiamiento, Prestación de servicios, Generación de recursos y Rectoría*) y resumía la información disponible sobre cómo influyen las diferentes formas de llevar a cabo estas funciones en el desempeño del sistema de salud para lograr los tres objetivos primordiales de los sistemas de salud (*mejorar las condiciones de salud, capacidad de respuesta a las expectativas de la población, equidad en la contribución financiera*). Asimismo, este informe, estudiaba comparativamente el sistema de salud de 191 países, considerando para evaluar los desempeños de los mismos, tres componentes fundamentales: efectividad; gasto en salud per cápita; eficiencia y nivel general de desempeño de la salud.

El concepto de efectividad utilizado, presentaba 5 subcomponentes: 1) el nivel medio de salud de la población; 2) la distribución de la salud en la población; 3) el grado general de capacidad de respuesta; 4) la distribución de la capacidad de respuesta; 5) justicia en la contribución financiera. El primero de estos subcomponentes fue estimado en términos de esperanza de vida ajustada en función del estado de salud (HALE³). El segundo midió la igualdad en la supervivencia infantil de la población. El tercero, consideró el nivel de responsabilidad del sistema de salud en términos de acceso a los servicios sociales y de elección de proveedores. El cuarto contempló la variable de distribución de la responsabilidad. El último subcomponente midió la igualdad de la contribución de los hogares para financiar el sistema de salud, basándose en la proporción del ingreso permanente por encima del nivel de subsistencia.

En definitiva, el informe proponía que el “desempeño” debía definirse de forma tal que incluyera el rango de actividades que van desde la medición de la contribución del sistema al logro de objetivos y la eficiencia en el uso de insumos, hasta la manera en que los recursos se usan y combinan para producir los resultados deseados.

Si bien el *Informe sobre salud en el mundo 2000* representó un gran avance en términos de una herramienta integrada de evaluación cuantitativa del desempeño de los sistemas de salud a nivel mundial (motivo por el cual sus resultados fueron ampliamente publicados), también despertó numerosos debates y fue foco de varias críticas de orden metodológico y conceptual.

Cabe destacar las realizadas por Coyne y Hilsenrath (2002), quienes argumentaron que los métodos utilizados por el estudio de la OMS 2000 no reflejaron apropiadamente el sistema de salud de los países, ya que los mismos no contemplaron aquellos factores que, si bien no son intrínsecos a los sistemas de salud -como los culturales y los sociales-, sí influyen de manera significativa en el nivel medio de salud, estimado en términos de HALE. Estos autores, también plantearon que la OMS utilizó un criterio estático para medir la efectividad: se calificó como muy efectivo a sistemas de salud capaces de sostener una población saludable a bajo costo, perdiendo de vista el rol que la tecnología puede ocupar en un sistema de salud en el largo plazo.

Otra crítica importante esbozada por ambos, refiere a que la OMS no presentó un esfuerzo adecuado para distinguir entre eficiencia y equidad. Esto último produjo un sesgo en la evaluación del desempeño que se realizó sobre países con gran inequidad, como EEUU y Sudáfrica.

A su vez, la OPS ha sostenido diversos encuentros para discutir la metodología y las conclusiones del mencionado informe. Como resultado de los mismos, surgen un conjunto de documentos (OMS, 2001) que presentan una serie de apreciaciones.

Una de las principales, señala tanto la falta de intentos por parte de la OMS para medir la forma diferencial en que las cuatro funciones esenciales del sistema de salud se encuentran organizadas y se desempeñan en los diferentes Estados Miembros, como la ausencia de

³ Sigla en inglés que refiere a la “esperanza de vida ajustada en función del estado de salud”.

actividades destinadas a determinar el grado en que estas funciones contribuyen al logro de los objetivos intrínsecos (OPS, 2001).

Asimismo, la OPS (2001) plantea que el uso del concepto desempeño como equivalente a eficiencia resulta confuso, recomendando que la “evaluación del desempeño del sistema de salud” se defina de forma tal que incluya el rango de actividades asociadas con la medición del logro de objetivos, la eficiencia del uso de insumos y la manera en que el sistema funciona. Además, sugiere desarrollar y probar una serie de indicadores vinculados a las funciones, como una manera de fortalecer la relevancia política de la evaluación del desempeño.

Finalmente, la propia OMS realiza en el 2002 una serie de observaciones sobre la metodología utilizada en la evaluación de desempeño en aquel informe del 2000, a través de un informe realizado por el Grupo de Examen Científico Colegiado (OMS, 2002). En especial, este grupo establece que es importante reconsiderar la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, en términos de un proceso dinámico e interactivo, en el que los usuarios y otros interesados directos deben participar activamente tanto en la etapa conceptual como en la de ejecución. En este sentido, particular atención debe prestarse a las exigencias de los usuarios.

La Atención Primaria de la Salud o Primer Nivel de Atención

Dentro de este marco de discusión general en torno a las formas de delimitar las funciones esenciales del sistema de la salud y los modos de medir su desempeño, el debate sobre qué entendemos por atención de la salud en el primer nivel, también cobra significativa relevancia. En este sentido, debemos recordar que la Atención Primaria de la Salud fue concebida en la conferencia de Alma Ata (1978) como la estrategia apropiada para promover una distribución más justa de los recursos e implementar una respuesta integral a las necesidades de salud de la población, no sólo en términos de servicios sanitarios, sino también como mecanismo para afrontar los principales determinantes sociales, económicos políticos y culturales de la inequidad en salud (OMS y UNICEF, 1978).

Así, desde aquel momento, la atención primaria de la salud es mundialmente reconocida como una herramienta eficaz para mejorar la accesibilidad y equidad en la utilización de los servicios y la integralidad en la prestación de los mismos (Gelb Safran, 2003; Starfield et al 2005). No obstante, su definición adquiere su propia particularidad dada la multiplicidad de formas organizativas que presenta, las cuales obstaculizan una descripción unívoca del concepto.

Resalta la estrategia operativa propuesta por Richard Saltman (2006), la cual -en sintonía con la propuesta de la OMS para definir un sistema de salud- consiste en una enumeración de las funciones que deben considerarse propias de la atención primaria más allá de quienes sean los agentes que la implementan y en qué nivel del sistema se desarrollen.

Estas funciones serían (podrían ser planteadas como las funciones esenciales de la atención primaria de salud: FEAPS):

1. Ser primer punto de contacto del paciente con la atención profesional.
2. Hacerse cargo de clarificar la demanda: qué espera el paciente de la atención médica y cuáles son sus opciones para manejar el problema.
3. Brindar información, seguridad y consejo (cuando el problema puede solucionarse sin intervención adicional).
4. Realizar el procedimiento diagnóstico.
5. Aplicar tratamiento.
6. Involucrar otras disciplinas.
7. Ocuparse de la coordinación cuando están involucrados otros profesionales de manera de asegurar continuidad.
8. Garantizar la prevención resultante del conocimiento del paciente y sus condiciones de vida realizada durante los contactos curativos.
9. Registrar la información en historias clínicas unificadas de manera de garantizar la coordinación y la continuidad de la atención prestada.

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

Asimismo, este rol de coordinación del generalista puede sintetizarse, de acuerdo con Saltman (2006), en tres grandes tópicos:

- la gestión de la red, que cubre tanto dimensiones clínicas como financieras
- la cuestión de la credibilidad, referida a la capacidad de organizaciones y profesionales para sostener y/o obtener el necesario respeto y autoridad para apoyar futuros progresos y desarrollos
- la integración de la tecnología de información y registros electrónicos en los consultorios de generalistas y sus rutinas cotidianas.

Algunos aspectos específicos a considerar en la evaluación del desempeño de la Atención Primaria de la Salud (APS)

Varios autores demuestran en sus investigaciones que las variables *accesibilidad* y *equidad* en la utilización de los servicios, *continuidad* y *longitudinalidad*, *integralidad*,

capacidad resolutive y coordinación asistencial, posibilitan medir las dimensiones que refieren al desempeño de la atención primaria de la salud (APS) de manera válida y confiable (Starfield et al, 2005; Vega Romero et al, 2006; Burrone et al 2007).

En una primera aproximación al concepto de *accesibilidad* a los sistemas de salud podría definirse como la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable (PROAPS – SIPPAPS 2006). En este sentido, se habla de barreras de acceso económicas, geográficas, temporales, organizacionales/administrativas y culturales (Burrote et al, 2007).

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

La OMS (2000) organiza estas tres dimensiones en una jerarquía lógica, en la cual primeramente deben existir disponibilidad; luego las personas tienen que tener los medios para utilizar los servicios (accesibilidad) y, finalmente, los servicios deben responder a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que los motiven a utilizarlos apropiada y dignamente (aceptabilidad).

Mogollón-Pérez y Vázquez (2008), en cambio, focalizan sus estudios de *accesibilidad* en aquellos factores institucionales que inciden en el acceso de la población a los servicios de salud. Factores como la financiación de la atención en salud, el aseguramiento en salud (servicios a los cuales los usuarios tiene derecho y condiciones establecidas para su acceso), los procedimientos administrativos para la atención, la capacidad de respuesta de las instituciones en términos tanto de oferta como de infraestructura, la coordinación interinstitucional (en el nivel intersectorial e intrasectorial) en la prestación de servicios, y la divulgación de políticas para la atención, son los que definen las condiciones de acceso de la población a los servicios de salud.

Por su parte, la *continuidad*, refiere a la existencia de un equipo de salud habitual, mientras que la *longitudinalidad* contempla, además de una atención de la salud continua, una atención no limitada a ciertos problemas (Vega Romero et al, 2006; Burrone et al, 2007). Así, la *longitudinalidad* permitiría una mejor atención preventiva, asistencia más apropiada y oportuna, y mejor identificación de los problemas de los pacientes (Starfield, 2001; Starfield, 2005).

La *integralidad*, en cambio, se logra con una oferta de prácticas preventivas, de promoción de la salud, de tratamientos y rehabilitación, integradas funcionalmente entre

los distintos niveles y estructuras del sistema sanitario (Starfield, 2001). Es decir que la *integralidad*, requiere de una organización de las repuestas sanitarias de acuerdo a las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, a partir de una equitativa asignación de los recursos e intervenciones (Vega Romero et al, 2006).

A su vez, la *coordinación* requiere de una integración y continuidad en la atención paciente, y de disponibilidad de información acerca de sus problemas y de los servicios por él utilizados (Starfield et al , 2005). De esta manera, la coordinación implicaría la posibilidad de realizar un seguimiento de los problemas de salud del paciente a lo largo del tiempo (Burrone et al, 2007).

La *capacidad resolutive*, por otro lado, determina la proporción de problemas de salud que encuentran solución en el centro de salud. Entre las variables que permiten identificar la capacidad resolutive, pueden mencionarse la variedad de población que se maneja, la actividad de prevención primaria y secundaria, los recursos disponibles de diagnóstico y tratamiento, porcentaje de población atendido sin derivación, calificación del personal de salud. (Burrone et al, 2007)

Por último, la *cobertura* es resultante del oferta sistematizada de servicios de salud que satisfagan las necesidades de la comunidad, de forma continua, accesible y socialmente aceptada (Burrone et al, 2007).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Si bien el conjunto de variables hasta aquí referidas, permitiría avanzar de manera confiable en la evaluación del desempeño del primer nivel de atención, cabe preguntarnos si la puesta en funcionamiento de los centros de atención primaria de la salud, bajo los supuestos conceptuales que subyacen a su definición, implica automáticamente el logro de los objetivos propuestos. En este sentido, es interesante el planteo de Schapochnik (2003), quién argumenta que la efectividad en el desempeño de las APS implica un permanente monitoreo y evaluación de la misma, apuntando a conocer si sus servicios funcionan adecuadamente, y cómo influyen sobre la situación de salud. En este camino, el autor diseña un grupo de indicadores que permiten evaluar los procesos involucrados en una serie de intervenciones o actividades propias de los servicios sanitarios más vinculados a una estrategia de atención primaria de la salud. Así, desde esta perspectiva, los indicadores para evaluar la efectividad del desempeño del proceso de Atención Primaria de la Salud incluirían:

- 1- Tasa de búsquedas, hallazgo, tratamiento y seguimiento de factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares en los servicios de APS en relación con los pacientes atendidos y a la población bajo cobertura correspondiente a los grupos etarios de riesgo
- 2- Tasa de solicitud y realización de papanicolau, colposcopia y mamografía en los servicios de APS en relación con los pacientes atendidos y a la población bajo cobertura correspondiente a los grupos etarios de riesgo
- 3- Tasa de realización de actividades de prevención del embarazo adolescente en los servicios de APS en relación con los pacientes atendidos, a la población bajo cobertura, y a los embarazos producido, correspondiente a los grupos etarios de riesgo.

- 4- Identificación de internaciones hospitalarias pediátricas evitables: refiere a la utilización de servicios hospitalarios por problemas de salud potencialmente prevenibles y controlables en la atención primaria.

Estos indicadores, refieren a la prevención o diagnóstico precoz de condiciones prioritarias por su elevada prevalencia y costo sanitario y social. Además dan cuenta de situaciones sobre las cuales existen acciones sanitarias de comprobada eficacia para su prevención y control.

3. LA AGENDA LOCAL Y LOS DESAFÍOS DE LA GESTIÓN

Considerando entonces los fenómenos que comprende la atención primaria de la salud, puede advertirse que el proceso de construcción de la agenda local en ese ámbito se define en un contexto bastante complejo.

Sólo a modo preliminar y para situar los lineamientos de políticas que se llevan adelante en el Municipio de San Fernando en relación a la atención de la salud, interesa presentar las *cuestiones* que, en términos generales, fueron parte de la agenda gubernamental en el campo de la política sanitaria en el nivel local en la salida de la crisis 2001/3 en el Gran Buenos Aires⁴:

- i. Una de las preocupaciones más generalizada entre los municipios del GBA tiene que ver con *mejorar la accesibilidad de la población a los servicios*, ya sea por medio de servicios de emergencia y ambulancia, sistemas de obtención de turnos programados para centros de salud y hospitales, o bien acercando la atención a los barrios a través de iniciativas tales como los “trailers” y los “hospitales móviles”. En algunos casos, se trata de iniciativas novedosas mientras que otras (como es el caso de los servicios de emergencias médicas) son propuestas que vienen desarrollándose desde mediados de la década pasada y que -- en alguna oportunidad -- dieron lugar a la generación de tasas municipales adicionales para su financiamiento (Chiara, Di Virgilio, Cravino y Catenazzi, 1999). En algunos casos, la búsqueda por mejorar la accesibilidad está asociada (o encubre) las dificultades para garantizar el cumplimiento de la dedicación establecida en los contratos laborales de los profesionales que son “ajustados” – de hecho – como resultado, entre otros factores, del deterioro de los salarios.

- ii. La *apertura de nuevos servicios* es una de las líneas en las que se evidencia mayor cantidad de innovaciones en la región. El efecto combinado de incremento de la población sin cobertura (y el deterioro de los efectores de las obras sociales) con los incentivos implícitos en los mecanismos de distribución de los fondos de coparticipación a los que se ha hecho referencia, dio lugar a una franca expansión de los servicios, centrados en prestaciones de alta complejidad o especialidades médicas, servicios no prestados tradicionalmente por los municipios (oftalmología, odontología, rehabilitación, psiquiatría, atención domiciliaria, control de síntomas, apertura de servicios de terapia intensiva neonatal, rehabilitación, etc).

⁴ Se retoma aquí una síntesis de lo presentado en Chiara (2007).

En los casos en que la expansión se convierte en estrategia, está acompañada por normativas orientadas a limitar la gratuidad en las prestaciones a población con domicilio en el partido y a potenciar las posibilidades de facturación a obras sociales y empresas de medicina privada. Las condiciones de acceso y las estrategias adoptadas en cada caso, ponen en evidencia que este fenómeno de expansión de los servicios encierra fuertes tensiones en relación al rol de Estado como prestador, a las posibilidades de incorporar actores del sector privado para garantizar las prestaciones en los servicios recientemente creados, así como a la exploración de formas de contratación alternativas a las instituidas para el empleo público. Se trata en este caso, de oportunidades claramente abiertas desde las reglas de juego en el sector.

iii. La preocupación por los *costos de los medicamentos* parece ser una cuestión generalizada a pesar de los avances, resultado del Plan Remediar. Se trata de uno de los pocos emergentes de la cuestión sanitaria que estuvieron presentes en la agenda de los espacios de articulación horizontal entre municipios (Región Metropolitana Norte y CoMCoSur).

iv. El *recurso humano* es un factor crítico del sistema que ha ingresado a la agenda bajo distintas formas. Como cuestión relativa a la necesidad de mejorar la formación (residencias médicas, convenios con universidades) y transparentar los modos de reclutamiento (concursos); o bien como forma de sortear las modalidades de contratación del empleo público tanto en relación a la estabilidad que éste conlleva, como a los límites salariales que implica. Se trata de formas polares de construir la “cuestión” que están hablando de una “competencia” por establecer condiciones diferenciales que permitan mejorar las posibilidades de reclutamiento de recursos profesionales médicos para el primer nivel de atención; según el análisis realizado, esta cuestión (a veces a modo de conflicto) se ha convertido en tema de agenda de los Consejos Regionales de Salud.

La dispersión y diversidad de marcos regulatorios que existe en este campo es resultado de la propia descentralización y del vacío que deja la normativa provincial en materia de modalidades de incorporación de profesionales al sistema, con fuertes impactos en el primer nivel de atención.

v. En relación a la *organización del sistema con particular énfasis en la jerarquización del primer nivel*, las iniciativas más generalizadas tienen que ver con la preocupación por organizar el acceso al sistema. Son destacables las iniciativas que han sido recientemente objeto de acuerdos entre el Municipio y el Ministerio de Salud Provincial para la organización de los sistemas de salud en el nivel local, aunque sus resultados deberían ser objeto de análisis específico.⁵

⁵ La investigación se encuentra abordando los casos locales entre los cuales se encuentra el Municipio de Tigre que ha sido objeto de esta política.

II. ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. LAS COORDENADAS DEL ESTUDIO

El problema de investigación que dio lugar a este proyecto se propuso relacionar los principios organizadores de la política sanitaria (en tanto parte de la política social) con los desempeños en la atención de la salud de la población. Desde el enfoque conceptual que propone el estudio, esta relación está mediatizada por la gestión en tanto ámbito de interacción de actores (gubernamentales de distintos niveles jurisdiccionales y no gubernamentales) y espacio donde toma cuerpo la demanda de la población en íntima relación con la oferta de los servicios existentes.

En este sentido la investigación se planteó como objetivo general caracterizar los atributos del sistema de salud en el partido de San Fernando vinculados a las condiciones de acceso y de atención desde la perspectiva de la población en general y de los usuarios en particular.

Para ello se ha desagregado el análisis del desempeño del primer nivel considerando los tres planos ya mencionados: gestión, atención y financiamiento, y se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- a. Caracterizar las condiciones de accesibilidad y las condiciones de atención de la salud de la población en el municipio de San Fernando.
- b. Analizar el sistema de salud local (en el plano de la atención, el financiamiento y la gestión).
- c. Analizar las relaciones existentes (o no) entre los atributos del sistema en cada uno de los tres planos y los desempeños (en términos de accesibilidad, disponibilidad y aceptabilidad) en la atención de la salud de la población.
- d. Caracterizar territorialmente los desempeños del sistema de salud utilizando los Sistemas de Información Geográfica.

A los efectos de recortar los alcances del análisis, el sistema de salud en el nivel local fue interrogado en función de las acciones y prácticas relativas a la Atención Primaria de la Salud (APS), en tanto ésta constituye una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud/enfermedad de las personas y del conjunto social a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Asimismo, la APS contempla una organización de los servicios de salud articulando efectores de menor complejidad con los de alta complejidad a través de mecanismos de referencia y contrarreferencia.

2. ACERCA DE CÓMO MIRAR EL DESEMPEÑO Y LA ACCESIBILIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

Los centros de salud son resultado de complejas relaciones público-privadas que tienen consecuencias en las condiciones de acceso de la población a la atención. El funcionamiento de los centros de salud muestra diferentes desempeños según el municipio en cuanto a la captación temprana, la calidad y cantidad de controles, así como en la inclusión o no de algún tipo de arancel que dificulta el acceso a la atención y a los estudios complementarios. La efectividad de la oferta de servicios en sus distintas modalidades se pone en juego en la interacción continua con cada población en particular.

De acuerdo a los objetivos propuestos en esta investigación, para analizar el desempeño de la atención primaria de la salud en el Municipio de San Fernando se consideraron un conjunto de dimensiones que a continuación se detallan⁶, poniéndose particular énfasis en la accesibilidad:

- *Equidad*: entendida como un financiamiento justo de los servicios y un uso que haga efectivo el derecho a la salud, especialmente para la población sin cobertura.
- *Acceso*: que contempla tres sub-dimensiones, la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad.
 - La *disponibilidad* refiere a la existencia de recursos físicos y humanos suficientes para responder a las necesidades médicas de la población.
 - La *accesibilidad* refiere a la existencia de medios para acceder a los servicios en cuestión. Algunos factores como la proximidad geográfica o los horarios y días de atención, presentan particular incidencia en la capacidad de acceso de la población a los servicios de salud.
 - Finalmente, la *aceptabilidad* hace referencia a la pertinencia de los servicios respecto de las necesidades, percepciones y valores de los usuarios, de manera que éstos se vean motivados a utilizarlos apropiadamente.
- “*Puerta de entrada*”: implica acceso y uso de los servicios del centro de salud para cada nuevo problema que lleva a buscar la atención de la salud. Se trata de una categoría de análisis que intenta dar cuenta de la capacidad del sistema (en este caso del nivel primario) a través de diferentes dispositivos y modalidades para captar de manera temprana los problemas de salud de la población.
- *Vínculo con el usuario (o longitudinalidad)*: presupone la existencia de una fuente regular de atención, y de su uso a lo largo del tiempo, no limitada a ciertos problemas. Asimismo, involucra la capacidad por parte de la unidad de salud de identificar a la población “adscripta”. Como así también, la existencia de fuertes vínculos entre la población y la unidad de salud que reflejen cooperación mutua.

⁶ Para la definición de estas dimensiones de análisis nos apoyamos en Wallace y Enriquez-Haas (2001); Starfield (2001); Starfield et al (2003); Saltman (2006); Almeida et al (2006); y Burrone et al (2007).

- *Coordinación*: seguimiento de los problemas de salud del paciente a lo largo del tiempo, a través de un equipo de salud habitual. Requiere de una integración y continuidad en la atención paciente, y de disponibilidad de información acerca de sus problemas y de los servicios por él utilizados
- *Capacidad Resolutiva*: refiere a la proporción de problemas de salud que encuentran solución en el centro de salud. Entre las variables que permiten identificar la capacidad resolutiva, pueden mencionarse la variedad de población que se maneja, la actividad de prevención primaria y secundaria, los recursos disponibles de diagnóstico y tratamiento, el porcentaje de población atendido sin derivación, la calificación del personal de salud.
- *Oferta de servicios*: implica que los centros de salud deben contemplar todos los servicios necesarios para la atención de la salud del paciente. Esto incluye la derivación para consultas especializadas (segundo nivel) y servicios terciarizados, domiciliarios y comunitarios.
- *Integralidad*: implica una organización de las repuestas sanitarias de acuerdo a las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, integradas funcionalmente entre los distintos niveles y estructuras del sistema sanitario.
- *Formación profesional*: considera que el área de atención primaria requiere de una especialización. Es decir, que supone que el profesional requiere de una capacitación en función de las dimensiones mencionadas anteriormente.

3. LAS HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS UTILIZADAS

Se llevó adelante un análisis transversal centrado en el nivel municipal, que utilizó fuentes primarias y secundarias de información para conocer el funcionamiento del sistema de salud público en San Fernando. La realización de una encuesta a usuarios de los servicios de los Centros de Salud del Municipio, permitió caracterizar los desempeños en la atención de la salud desde la perspectiva de la población, focalizando en el primer nivel de atención.

El objetivo de esta encuesta fue indagar aspectos vinculados al acceso y a los usos del sistema de salud por parte de la población de San Fernando, a fin de poder dar cuenta no sólo del modo a través del cual la población hace uso de los servicios de salud (y los desempeños de la atención desde la perspectiva de los hogares) sino también identificar las trayectorias que construye y los modos como combina servicios de los distintos subsectores. Esto último llevó a hacer el relevamiento en hogares –y no centrarse sólo en los usuarios- para llegar a una población más heterogénea (en lo que respecta a las prestaciones de salud y a combinación de subsectores). En tanto uno de los ejes que organizan los sistemas tiene que ver con los modos en como se gestiona la *tensión universalidad – focalización*, el universo del estudio estuvo compuesto por todos los hogares del partido.

La encuesta se efectuó con base en una muestra probabilística que intentó recuperar las heterogeneidades en la cobertura de los efectores del primer nivel en términos de

población asistida y de niveles de pobreza de la población, acotada al territorio continental. Se trabajó con un “n” aproximado de 450 casos, sobre-representando la población sin cobertura en base a la distinción de tres zonas territoriales establecida en la Encuesta Sociodemográfica y Económica de San Fernando (ESDE)⁷.

Según estos criterios, la Zona 1 está delimitada por el Canal de San Fernando, la calle Uruguay, las vías del ferrocarril Mitre y el Río Luján. La Zona 2 delimitada por la ruta 197, la calle Uruguay, las vías del ferrocarril Mitre y el Acceso Norte. Mientras que la Zona 3 se encuentra delimitada por la ruta 197, la calle Uruguay, el Acceso Norte y el Río reconquista. Es importante destacar que en función del interés de la investigación se otorgó más peso estadístico a la zona 3, seguida por la 2 y finalmente se seleccionaron menos casos de la zona 1.

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

Los hogares contemplados en la construcción de la muestra fueron aquellos que ya habían sido estudiados previamente en la ESDE del 2007⁸. Dentro de este grupo, a su vez, se tomaron aquellos que reunían una serie de requisitos: presencia de por lo menos un niño menor de 6 años, y/o de un discapacitado, y/o de un enfermo crónico⁹. Finalmente y de acuerdo a la ponderación territorial ya mencionada, fueron seleccionados aleatoriamente un conjunto de casos.

Dentro de cada hogar escogido se tomó como “respondente” al adulto auto-identificado como el responsable de la atención de las cuestiones vinculadas a la salud de los miembros de la familia. En función de ello, se aplicaron dos tipos diferentes de formularios:

- *Cuestionario Hogar*. Este cuestionario estuvo destinado a relevar el acceso, uso y satisfacción respecto a los servicios de salud, focalizando en las especialidades de Ginecología/Obstetricia, Pediatría, Adolescencia, Clínica, Atención de adultos mayores¹⁰ y Odontología.
- *Cuestionario Integrantes*. Este cuestionario estuvo destinado a relevar datos sociodemográficos de los integrantes de los hogares e información vinculada a la salud de las mujeres de 12 años y más que conviven en esos hogares, focalizando en los controles ginecológicos, obstétricos y de puerperio.

Para recuperar la intensidad y la periodicidad en la utilización de los servicios de salud, en ambos cuestionarios se indagó en base a las siguientes opciones:

⁷La ESDE es realizada en forma periódica por el Municipio de San Fernando

⁸ Esto permitió contar con una amplia caracterización socioeconómica de los hogares seleccionados.

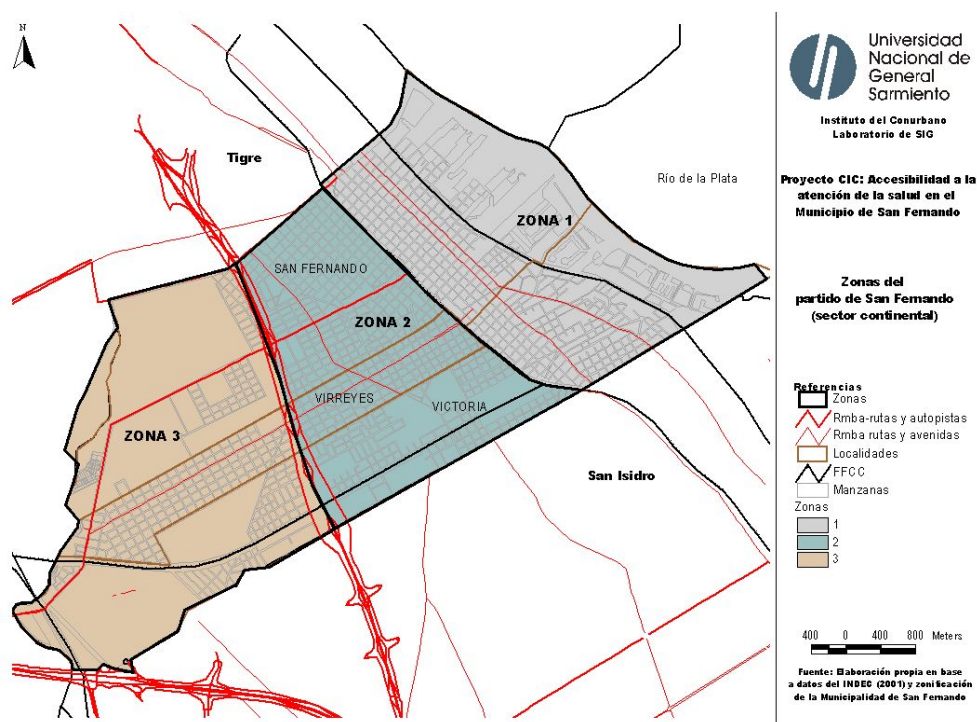
⁹ Estos requisitos apuntaron a capturar en la muestra a aquellos hogares que potencialmente hacen más uso de los servicios de salud.

¹⁰ Esta especificación buscó captar la particularidad de la demanda de atención de los adultos mayores en los hogares relevados. Sin embargo, es necesario resaltar que no se trata de una especialidad de APS y que la gerontología como tal no se encuentra en la oferta de servicios a nivel de los CAPS.

- 1- Menos de un año
- 2- Más de un año, pero menos de dos
- 3- Más de dos años
- 4- Nunca consultó

Finalmente, durante la etapa del procesamiento de los datos, se contempló una serie de variables aportadas por la UMEC con base al relevamiento de la ESDE: *Tipo de vivienda; Vivienda con carencia de servicios básicos; Tipo de servicios del que carece la vivienda;*¹¹ *Cobertura de red de servicios públicos; NBI Hogar; Hacinamiento y Hacinamiento crítico.* Este conjunto de variables permitió completar la caracterización de los hogares, enriqueciendo el análisis de los datos. Con el mismo objetivo, también se utilizó la variable “clima educativo” del hogar, la cuál se construyó considerando el promedio de años de escolaridad de los miembros del hogar de 18 años y más.

Mapa 1: Zonificación del Partido de San Fernando.



Fuente: ESDE, UMEC, Municipalidad de San Fernando.

A continuación se presentan los aspectos que fueron tomados en cuenta en el relevamiento:

¹¹ Se considera que una vivienda tiene carencia de servicios básicos cuando no cuenta con alguno de los siguientes servicios: instalación de agua, baño con desagüe cloacal a red pública o a cámara séptica, electricidad o gas para cocinar. .

1. Información general e información sobre el responsable de la salud en la familia

Se solicitaron datos básicos que permiten un cruce con los datos relevados por la ESDE respecto de características sociodemográficas de la población y uso de los servicios públicos y privados, del primero y segundo nivel de atención. El uso de los servicios da cuenta del conocimiento de esta oferta por parte de la población y de la conformación de la demanda hacia estos servicios.

2. Uso del servicio y longitudinalidad

Se establecieron preguntas orientadas a relevar el uso de los servicios de salud según tipos (público o privado, hospital o CAPS), la periodicidad / frecuencia / uso habitual (para sí mismo/a y para familiares), la última visita (s/ prevención o control, urgencia, enfermedad, enfermedad crónica o tratamiento), etc.; considerando la diversidad de la oferta que brindan los CAPS.

3. Acceso

Se indaga acerca del acceso, la disponibilidad y la aceptabilidad:

- respecto de potenciales barreras geográficas se analiza la localización de los centros de salud respecto de la población a la cual atienden, las distancias y los medios de transporte (este ítem se analiza mediante el sistema georeferenciado de la oferta de servicios en los CAPS).

- en cuanto a potenciales barreras de tipo económica, se indaga sobre la existencia de bonos para consultas y/o estudios; así como también sobre la disponibilidad de medicamentos.

- en cuanto a la disponibilidad se consideran los días y horarios de atención de los centros de salud; la disponibilidad de turnos y su adecuación para la población; se analiza el funcionamiento del sistema telefónico de turnos; los tiempos de espera y flexibilidad para consultas sin turnos.

- considerar la aceptabilidad de los servicios implica ponderar factores socio-culturales, ligados a valores, normas, conocimientos y actitudes propios de la población en relación con la salud, la enfermedad y la atención, que pueden facilitar u obstaculizar el acceso al sistema. En tal sentido se consideró: el conocimiento y las percepciones respecto de la oferta de las principales especialidades (clínico, pediatría, obstetra, odontología, psicología, ginecología) y respecto del conocimiento y las percepciones sobre el equipamiento e instrumental de los CAPS. También se indaga sobre los aspectos comunicacionales vinculados a la transmisión y recepción.

4. Vínculo paciente – profesional (considerando especialmente la atención de la mujer, del niño, del enfermo crónico y del discapacitado)

Se prioriza el análisis considerando el tiempo de la consulta, la comunicación y el entendimiento, la constitución o no de un vínculo de confianza, la discriminación y la continuidad

Así también se indaga sobre las percepciones de la población acerca de la formación y profesionalidad de los médicos del CAPS, considerando que este ítem da cuenta del respeto de los pacientes hacia los profesionales.

5. Oferta de servicios / integralidad

Expectativas y conocimiento respecto de los servicios brindados en los CAPS. Se contrastan con expectativas y conocimientos de servicios brindados en el Hospital. Se indaga sobre estrategias para que el paciente reciba servicios completos y complementarios en la atención de la salud (esto incluye la derivación al segundo nivel, entrega de medicamentos, servicios terciarizados, domiciliarios, comunitarios, etc.).

6. Coordinación - tránsito

Se indaga sobre percepciones de los pacientes acerca del conocimiento que poseen los profesionales respecto de los antecedentes clínicos y respecto de la comunicación entre el equipo médico en casos de derivación (se supone algún tipo de continuidad en la atención sea a través del mismo profesional o por medio de protocolos, o ambos).

Por su parte, el trabajo de campo asociado a la dimensión de macro-implementación, se apoyó especialmente en la realización de una serie de entrevistas en profundidad destinadas a reconstruir el mapa de situación del sistema en el Municipio, según planos y jurisdicciones; a la vez, se trianguló con distintas fuentes documentales (estadísticas vitales, presupuestarias, documentos de programas, periodísticas y normas nacionales, provinciales y municipales).

Finalmente, el análisis relativo a la estructura y distribución de la oferta del sistemas de salud ¹²fue objeto de un estudio georreferenciado con relación a las condiciones de infraestructura básica de servicios sanitarios, así como de viario y situación de pobreza (NBI) y mapa de villas de emergencia y asentamientos irregulares.

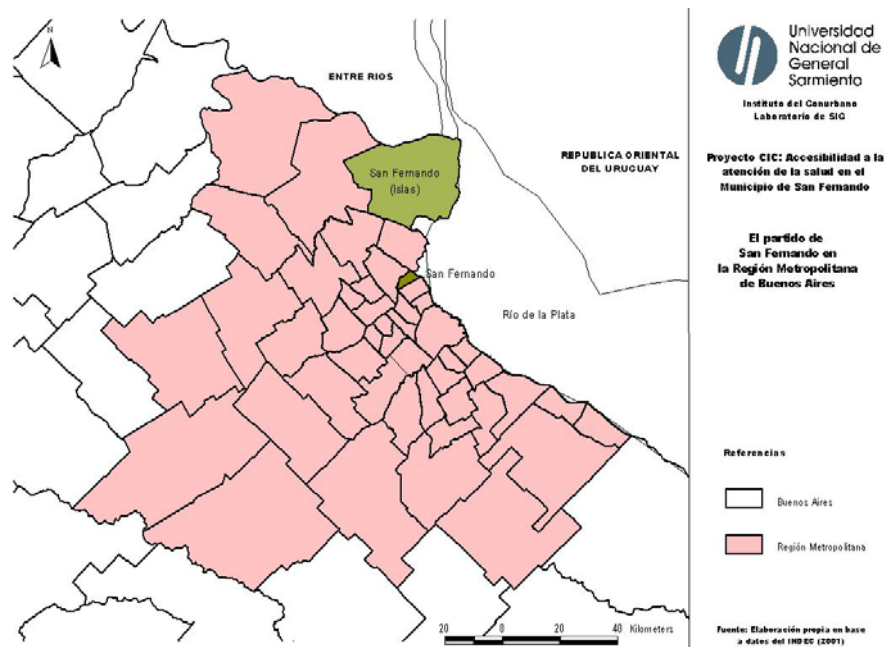
¹² El análisis de las especialidades por centro se realizó con base al procesamiento de las Hojas 2.1. de consultas correspondientes a dos meses de de 2007.

III. EL PARTIDO DE SAN FERNANDO: CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y SOCIO SANITARIAS¹³

1. CARACTERIZACIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA

El Municipio de San Fernando está ubicado al nordeste del Área Metropolitana de Buenos Aires, a 27 km. de la Capital Federal. Situado sobre la margen derecha del estuario del Río de La Plata, en la desembocadura del río Luján, limita con aquél y los partidos de San Isidro y Tigre. Asimismo, le corresponde jurisdiccionalmente un sector insular que constituye el *bajo Delta* y que limita con el distrito de Campana y la provincia de Entre Ríos. El área urbana de San Fernando está enmarcada por importantes cursos de agua, el río de La Plata al noreste y el río Luján y Reconquista al oeste. Asimismo, varios arroyos y pequeños cursos de agua cruzan el área (Di Pace, 1994).

Mapa 2: Localización del Municipio de San Fernando en el Gran Buenos Aires



En 1991 el Partido contaba con 144.763 habitantes. Si analizamos la distribución porcentual de la población del Gran Buenos Aires por partidos, observamos que San Fernando es uno de los partidos de menor peso relativo por el número de su población.¹⁴ San Fernando albergaba sólo al 1,74% de la población del Gran Buenos Aires.

¹³ Los datos para 1991 y anteriores fueron tomados de Resse, 2001..

¹⁴ El partido cuya población tiene menor participación relativa en la población del Gran Buenos Aires es Ezeiza (1,37%), seguido por San Fernando y, luego, por Ituzaingó (1,82%).

Deteniéndonos en el incremento porcentual de la población, vemos que San Fernando se encuentra entre los partidos que registraron incrementos bajos (4,4%) en relación al promedio del Gran Buenos Aires (9,2%) (INDEC, 2001).¹⁵

Cuadro III.1: Población del Gran Buenos Aires y de San Fernando en 1980, 1991 y 2001.

	1980		1991		2001	
	Total	%	Total	%	Total	%
Total GBA	6.843.201	100	7.969.324	100	8.684.437	100
San Fernando	133.624	1,95	144.763	1,81	151.131	1.74

Fuente: INDEC, Censos de Población y Vivienda.

La dinámica demográfica muestra que el partido de San Fernando se encuentra entre los partidos con menores perspectivas de incremento poblacional con una tasa que decrece respecto del periodo 1980/91 y está entre las más bajas del Gran Buenos Aires (4,1%).¹⁶ Si bien se encuentra entre los partidos que constituyen el “segundo cordón”,¹⁷ el bajo incremento de la población en el periodo intercensal (4,4%) pone de manifiesto, por un lado, que el municipio muestra una dinámica poblacional similar a la de los partidos aledaños a la Capital Federal -- cuyo incremento en términos relativos fue en la mayoría de los casos negativos (a excepción de La Matanza que registró un incremento del 11,9%). Por el otro, el alto grado de ocupación y consolidación urbana que presenta San Fernando (98% de su población reside en zonas urbanas).

¹⁵ Asimismo, el Partido de San Fernando representa cerca del 15,0 por ciento de la población total de la denominada Zona Metropolitana Norte (integrada por los municipios de Tigre, San Fernando, San Isidro y Vicente López), cuya población alcanzó un total de 1.017.941 habitantes en 2001.

¹⁶ El Gran Buenos Aires en promedio registra una tasa de crecimiento anual medio de 8,2‰ para el periodo 1991/2001.

¹⁷ El crecimiento de los partidos del GBA respondió a distintos procesos de urbanización y se fueron conformando dos cordones concéntricos alrededor de la Ciudad de Buenos Aires, mientras que un tercero comenzó a desarrollarse a partir de la década del 70. El primer cordón está conformado por los partidos lindantes a la Ciudad de Buenos Aires y presentan la mayor densidad poblacional y tasas de crecimiento menores, mejor provisión de servicios urbanos y sociales y mejores indicadores de salud. Está integrado por los partidos de Avellaneda, Gral. San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, Lanús, Morón, San Isidro, Tres de Febrero y Vicente López. Estos partidos se caracterizan por tener una población con menor proporción de niños y jóvenes, un aumento proporcional de los mayores de 65 años, bajas tasas de natalidad, alta mortalidad general y un saldo migratorio negativo.

El segundo cordón está constituido por los partidos de A. Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, José C. Paz, La Matanza, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Quilmes, San Fernando, San Miguel y Tigre. Aunque en los últimos años puede observarse una disminución de su tasa de crecimiento y una mejora en los indicadores de salud y educación y en la provisión de servicios, presentan características muy distintas de los del primer cordón. En términos de su estructura demográfica, se caracterizan por tener poblaciones más jóvenes, con una tasa de natalidad aún alta o estable y una mortalidad general baja. Como parte de esta subregión, el partido de San Fernando presenta las mismas características.

Por último, el tercer cordón, presenta en las últimas décadas un crecimiento expansivo, una menor densidad de población, importantes déficits en los servicios urbanos y sociales y peores indicadores educativos y socio-sanitarios (Escobar, San Vicente, Pte. Perón, General Rodríguez, Marcos Paz y Luján).

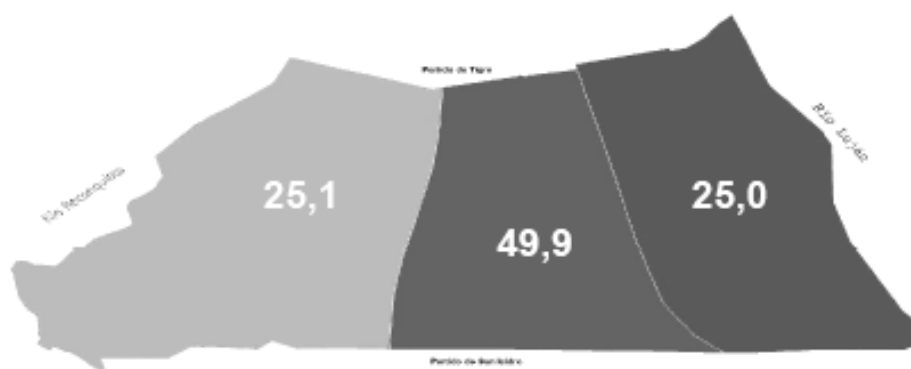
Si analizamos la estructura por edad de los partidos en 2001 advertimos que San Fernando no se aleja de la del GBA en su conjunto. La estructura etárea de su población coincide con un índice de masculinidad (92,9) que se ubica por debajo de índice promedio del Gran Buenos Aires.¹⁸ En este sentido resulta importante destacar que en el Gran Buenos Aires se observa coincidencia entre las estructuras más estabilizadas y envejecidas y los bajos índices de masculinidad.

Cuadro III.2: Estructura de la población por edad del Gran Buenos Aires y de San Fernando en 2001.

	Total	0-14	15-64	65 y más
Total GBA	100	26,91	63,26	9,83
San Fernando	100	25,92	63,04	11,05

Fuente: INDEC, Censos de Población y Vivienda.

Distribución de la población - Zonas 1, 2 y 3



Fuente: ESDE, UMEC, Municipalidad de San Fernando, 2007

La población del distrito se distribuye desigualmente según zona; aproximadamente el 50% de la población se concentra en la zona 2. La zona 3 es la que concentra los hogares más pobres.

2. CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN DE SAN FERNANDO

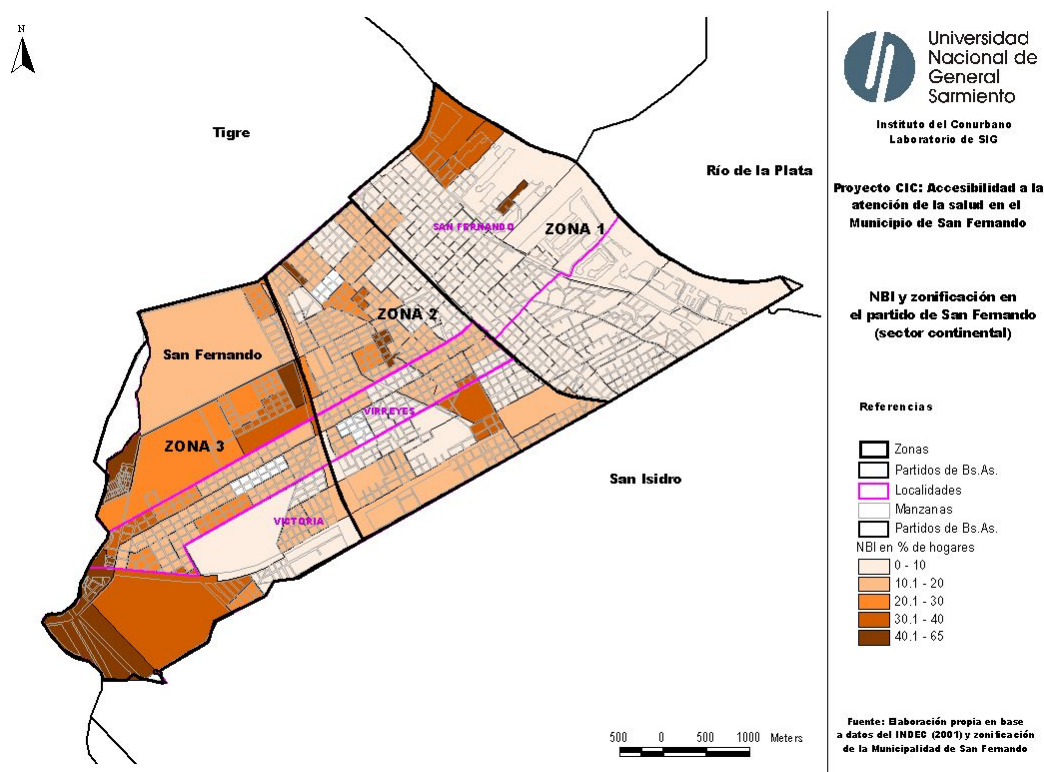
La población del Gran Buenos Aires está expuesta a muy heterogéneas condiciones de vida; esta situación se expresa en altos niveles de polarización en el acceso a los servicios urbanos y sociales así como en la distribución del ingreso. Un importante porcentaje de la población está constituido por pobres estructurales (con necesidades básicas insatisfechas, NBI), mientras que porcentajes aún mayores no alcanzan los niveles

¹⁸ El índice de masculinidad promedio de los 24 partidos del Gran Buenos Aires es 94,2.

mínimos de ingresos para acceder a una canasta básica de bienes y servicios (línea de pobreza, LP).

La pobreza estructural en los partidos del Gran Buenos Aires alcanzaba según los datos disponibles de 2001 a un 17,6% de la población (1.518.319 habitantes), con importantes heterogeneidades entre partidos y en cada uno de ellos. En ese mismo año, el 16,1% de la población del partido de San Fernando era NBI, lo cual resulta en el hecho de que 24.132 habitantes vivan en esas condiciones. Según Di Pace (1994:15), las fracciones censales en las que históricamente se registran los mayores porcentajes de población NBI dentro del municipio son la fracción censal 6 (Localidad de San Fernando) y la 10 (Localidad Virreyes).

Mapa 3: Necesidades Básicas Insatisfechas por radio censal. San Fernando, 2001.



Fuente: Elaboración propia con base a datos INDEC (2001).

En San Fernando, la proporción de hogares con NBI en el periodo intercensal 1991/2001 desciende significativamente, situación que hace variar la posición relativa del municipio en relación al promedio regional. Mientras que en 1991 este partido se ubicaba por encima del promedio del GBA; en 2001 los hogares pobres representan el 13,5%, mejorando su posición respecto del promedio.

Cuadro III.3: Hogares con necesidades básicas insatisfechas Gran Buenos Aires y San Fernando. 1991 y 2001

	1991		2001	
	Total	%	Total	%
Total GBA	344.521	16,5	346.613	14,5
San Fernando	7.695	19,9	5.692	13,5

Fuente: INDEC, Censos de Población y Vivienda.

La información sobre pobreza por ingresos más actualizada presenta limitaciones en su representatividad estadística. En 2003 en los partidos del Gran Buenos Aires un 26,6% de la población se encontraba en el primer quintil de más bajos ingresos. La información disponible para el área homogénea que incluye el partido de San Fernando, refiere a un porcentaje bastante superior de población en ese bajo nivel de ingresos, con un 39,1% de población.¹⁹ En los años que van desde fines de la década de 1990 y principios de la de 2000, el crecimiento de este porcentaje ha sido levemente mayor para el GBA4 que para el total del GBA. Sin embargo, es de esperar que en la actualidad debido al significativo descenso de las tasas de desempleo (ocurrido fundamentalmente a partir de 2003) y la creación de nuevos puestos de trabajo los guarismos hayan mejorado tanto para el total de la región como para la zona CBA4.²⁰

Cuadro III.4: Porcentaje de Población en el 1er quintil de ingresos Gran Buenos Aires y GBA 4 - 1998/2002

	1998	1999	2000	2001	2002
Total GBA	26.6	26.4	25.9	26.4	26.6
GBA 4	35.9	37.3	36.3	39.0	39,1

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares, INDEC. Octubre.

Trabajo

La información de la Encuesta Permanente de Hogares procesada para unidades menores que el GBA sumada a la información que proporciona la ESDE nos permite analizar la evolución de la situación socioeconómica de la población en el partido. Los porcentajes de población desocupada crecieron para el total del GBA entre 1998 y 2002, pasando de un 15,1% a 21,1%. El partido de San Fernando, expresado en los valores del agregado GBA 4, se ubica en esos años por encima del promedio regional, con una evolución similar a la del promedio. Tanto los valores regionales como los que corresponden al municipio mejoran significativamente a partir de 2002, llegando en 2007 a tasas que se ubican por debajo de los dos dígitos.

¹⁹ Los datos de la EPH elaborados por el INDEC para agregados menores al Gran Buenos Aires se presentan por cuatro zonas homogéneas (GBA 1, 2, 3, y 4). San Fernando forma parte del último agregado, GBA 4, junto a los partidos de Moreno, Tigre, Malvinas Argentinas, José C. Paz, San Miguel, Merlo, La Matanza 2, Ezeiza, Esteban Echeverría y Florencio Varela.

²⁰ Un análisis exhaustivo de la evolución de estos indicadores puede leerse en CENDA, 2007.

Cuadro III.5: Tasas de desocupación Gran Buenos Aires y GBA 4 (San Fernando). 1998/2004.

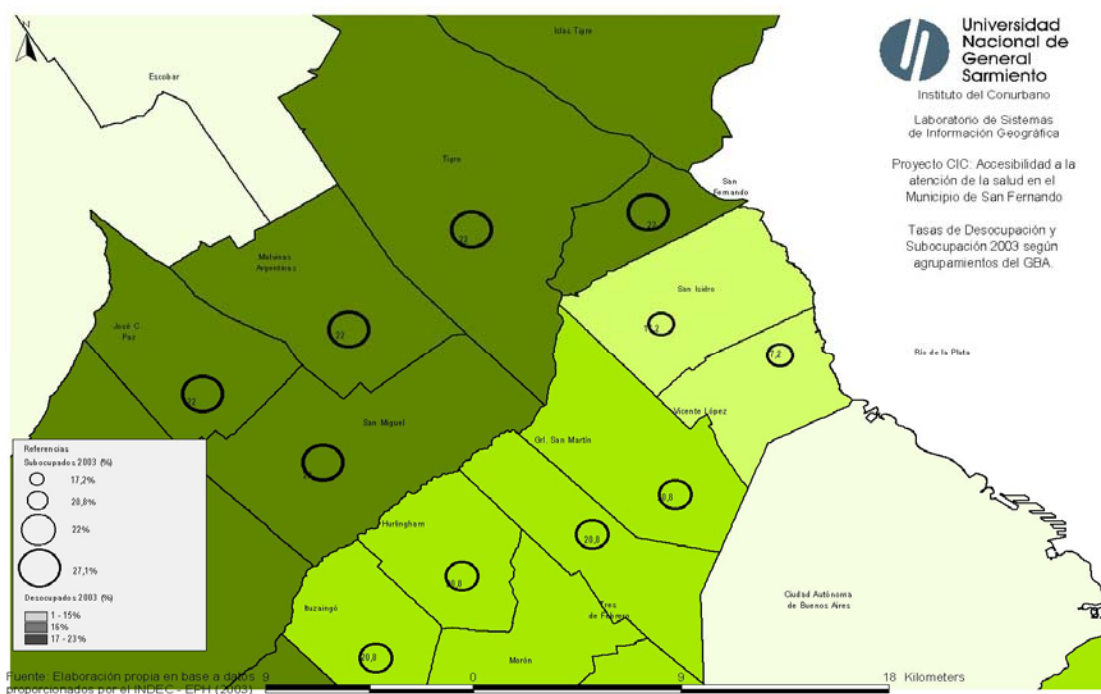
	1998	1999	2000	2001	2002	2004	2005	2006	2007
Total GBA	15.1	16,1	16,5	21,1	21,1	14,8	12,9	12,9	7,7
GBA 4	17.9	18,0	18,0	24,7	22,4	14,2*	10,5*	8,9*	7,4*

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares, INDEC. Octubre.

(*) Los datos corresponden sólo al partido de San Fernando y han sido aportados por la Encuesta Sociodemográfica y Económica de San Fernando (ESDE), relevamientos correspondientes a 2004, 2005, 2006 y 2007.

Sin embargo, cabe destacar que los incrementos de los niveles de desocupación ocurridos entre fines de la década de 1990 y principios de la de 2000 tuvieron efectos muy particulares respecto del deterioro de los ingresos y la pérdida de la cobertura social asociada al empleo.

Mapa 4: Desempleo y Subempleo según CB. Gran Buenos Aires. 2003



Situación de la vivienda

Las viviendas particulares se encuentran clasificadas en la información censal en dos tipos: deficitarias y precarias.²¹ Respecto de este punto en el Gran Buenos Aires se

²¹ La categoría “deficitarias” comprende a viviendas tipo rancho o casilla, casa de inquilinato, hotel pensión, local no construido para vivienda, vivienda móvil y las casas tipo B. A las casas tipo B se las considera deficitarias por no tener una o más de las siguientes características: no tener provisión de agua dentro de la vivienda, no disponer de retrete con descarga de agua, tener piso de tierra u otro material distinto de cerámica, baldosa, mosaico, madera, alfombra, cemento, etc.

observa que el 22,4% de los hogares habitan en viviendas consideradas deficitarias. En San Fernando, en cambio, el porcentaje de hogares que residen en viviendas deficitarias es significativamente menor (17,1% vs 22,4%). Si bien tanto a nivel regional como local, los hogares residentes en casas tipo b son los que parecen caracterizar las situaciones de déficit; en el municipio de San Fernando los hogares residiendo en viviendas precarias explican aún el 34,6% de las situaciones de déficit. Siendo este el porcentaje levemente mayor al que se registra para el total GBA (27,7%).

Cuadro III.6: Porcentaje de hogares en viviendas deficitarias. Gran Buenos Aires y San Fernando, 2001

	Total Hogares 2001	% hogares en viviendas deficitarias	% de hogares en casas tipo B	% de hogares en viviendas precarias
Total GBA	2.384.682	22,48	16,25	6,23
San Fernando	42.048	17,11	11,18	5,94

Fuente: INDEC, Censo de Población y Vivienda.

El acceso a los servicios sanitarios presenta también situaciones de alto nivel de heterogeneidad con fuertes diferencias entre regiones y partidos. En 2001, en el GBA un 29,9% de la población carecía de agua corriente y un 56,4% no tenía acceso a la red cloacal. En el partido de San Fernando, la situación es diferencial según el servicio de que se trate. Los porcentajes son muy inferiores en el caso del agua potable, siendo sólo un 2,1% de los hogares los que carecen de acceso al servicio. En relación al servicio de desagüe cloacal a red, el porcentaje de hogares sin servicio asciende al 40,4%.

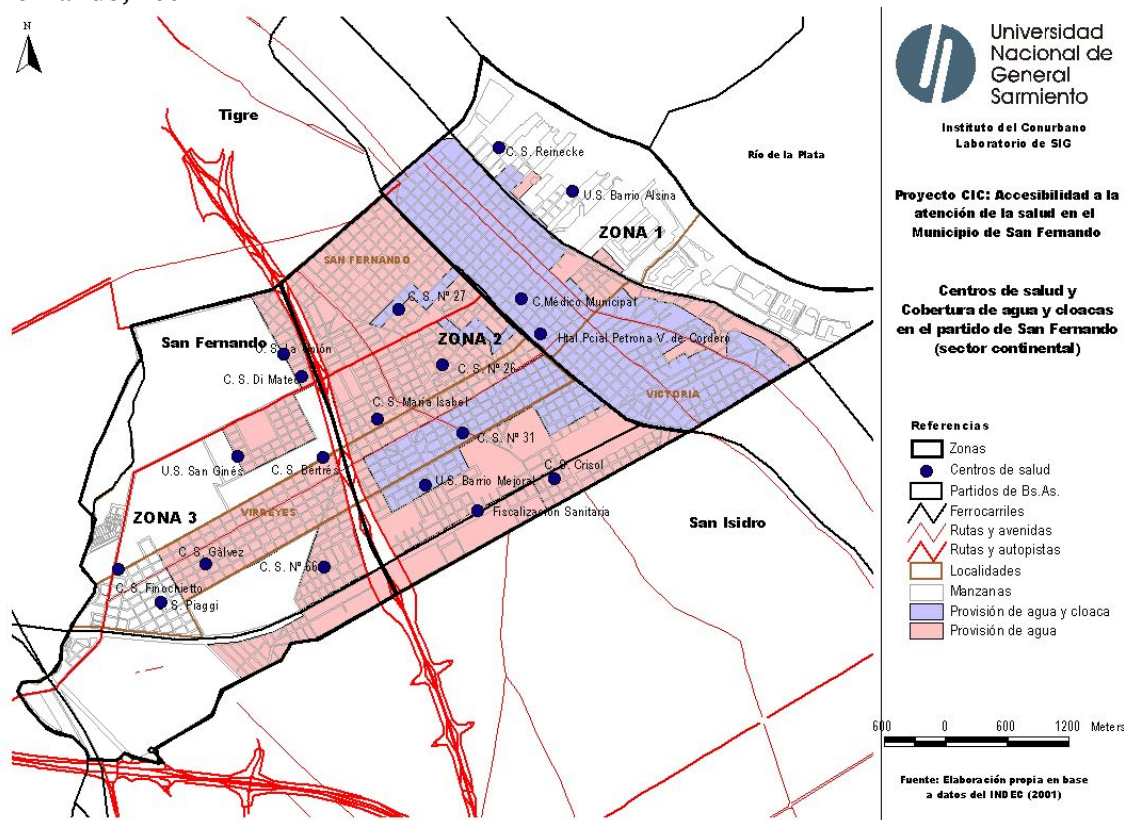
Cuadro III.7: Hogares particulares cubiertos con servicios de saneamiento básicos - Gran Buenos Aires y San Fernando. 2001.

	Total Hogares 2001	% con de servicio de agua potable	% con servicio de desagüe cloacal a red
Total GBA	2.384.682	70,92	43,55
San Fernando	42.048	97,88	59,51

Fuente: INDEC, Censo de Población y Vivienda.

La categoría “precarias” incluye los ranchos o casillas, los hogares en casa de inquilinato, los locales no construidos para habitación, viviendas móviles, hoteles y pensiones.

Mapa 5: Cobertura de Agua potable por red y cloaca y distribución de CAPS. San Fernando, 2001.



Fuente: Elaboración Propia en base a datos del INDEC (2001)

Nivel socio-económico de la población

A partir de considerar aspectos característicos de la vivienda y del paisaje urbano, Di Pace (1994:16) estimó para el municipio los siguientes niveles socioeconómicos:

Cuadro III.8: Población según nivel socio-económico. San Fernando. 1994


Nivel socio-económico	% de población
Nivel alto y medio alto	11
Nivel medio	21
Nivel medio bajo	40
Nivel bajo	28 ²²
Total partido	100

Fuente: Di Pace, 1994:16.

La autora señala que “en el área centro o casco urbano de San Fernando, el NSE predominante es el medio (56%), con un 25% de medio/alto. En la zona san Fernando/Victoria, sector ubicado entre la costa y la traza del ferrocarril Gral. Mitre predomina el medio (41%) con una participación importante de los niveles alto (33%) y

²² Incluye población en villas de emergencia.

medio/alto (18%). Es el área que concentra el 100% de la población de nivel alto del partido. La extensa localidad de Virreyes presenta un marcado predominio de medio/bajo (54%) y bajo (35%)” (Di Pace, 1994:16).



IV. ORGANIZACIÓN Y DINÁMICA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD EN EL NIVEL LOCAL Y LAS POLÍTICAS DE SALUD EN RELACIÓN A LA ACCESIBILIDAD

1. ATRIBUTOS GENERALES DE LA GESTIÓN DEL SUBSECTOR PÚBLICO EN EL PARTIDO

a. La estructura de la oferta sanitaria en el partido:

El sector salud en el partido de San Fernando está formado por 7 efectores con internación (4 bajo la órbita del subsector público y 3 del subsector privado) y 25 sin internación, en su mayoría (22) correspondientes al subsector público. La baja presencia de efectores del sector privado en el partido de San Fernando parece constituir una preocupación del municipio ya que aparece como uno de los lineamientos del Plan de Gobierno 2007/2011.²³

Cuadro IV.1: Cantidad de efectores del sistema público y privado de salud con y sin internación. San Fernando y partidos del Gran Buenos Aires. Año 2006

	Público		Privado	
	con int.	sin int.	con int.	sin int.
San Fernando	4	22	3 ²⁴	3
Gran Buenos Aires	69	731	167	92

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistematizada de la Subsecretaría de Planificación en Salud del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

Tanto en el primero como en el segundo nivel, el subsector público está abierto a la demanda espontánea, sea o no residente en el partido. No existe sistema de cobro para la atención ni en el primer nivel (municipal) ni en el segundo (provincial), sólo se factura a las obras sociales y empresas de medicina privada²⁵, cuyas tareas son contratadas en el programa Fonoturno a la misma empresa.²⁶ En la actualidad se acaba de aprobar una

²³ “Promover la instalación de servicios privados (sanatorios, clínicas o consultorios), a través de la reducción de tasas y otros incentivos para diversificar la oferta de salud a los vecinos con obra social” Municipalidad de San Fernando, Plan de Gobierno 2007-2011, p. 11.

²⁴ Se trata de los siguientes establecimientos: Clínica Privada Aranzazu, Sanatorio San Pablo y Clínica Privada de la Rivera. Meses antes de la redacción de este informe, se había cerrado un establecimiento privado con internación que atendía a 10000 cápitás de PAMI.

²⁵ A excepción del IOMA.

²⁶ Una ordenanza del año 1997 (2640/97) habilitaba el cobro instituyendo un fondo solidario a distribuir. Con la crisis 2001/2 se deja de facturar.

ordenanza que habilita la facturación, constituye un Fondo de Redistribución Solidaria con destino a: la atención de la salud en áreas prioritarias (25%), para mantenimiento de los CAPS (50%) y para ser distribuidos mensualmente entre el personal (25%).

Los estudios disponibles²⁷ muestran que sólo un 6% de las puérperas encuestadas en el año 2005 pagaron para realizarse los controles; se trata del valor más bajo entre los municipios de la región. Los valores se elevan a 26,7% cuando se considera el pago por ecografía, prestación tradicionalmente mercantilizada en el control de embarazo²⁸

Cabe destacar que de las 210 camas existentes en los efectores con internación pertenecientes al subsector público, 163 pertenecen a un solo establecimiento, el *Hospital P. V. Cordero*, que se encuentra bajo jurisdicción provincial. Los tres restantes son municipales y están en la zona de las islas, concentrando en total 47 camas. Se trata de los Hospitales Dr. Oscar do Porto (Boca Carabelas, 24 camas), Dr. René Favalaro (Paraná Mini y canal 4, 15 camas) y Dr. Ramón Carrillo (Paraná Mini y Chaná, 8). Con relación a la integración del sistema, la información disponible sobre movilidad de las parturientas muestra que se trata de un sistema bastante integrado en relación a la resolución del parto en tanto en el año 2005 un 96,2% de las mujeres realizaron su parto²⁹ en el hospital correspondiente a su municipio de residencia. Cabe aclarar que se trata de una prestación particular que no permite establecer generalizaciones acerca de la circulación de los pacientes. El carácter endógeno del sistema puede advertirse en los resultados de este estudio.

En los últimos años, la cantidad de plazas se ha incrementado a razón de 34 camas en el hospital provincial, mientras que decreció en dos camas en los establecimientos municipales con internación. El incremento que sufrieron las camas públicas provinciales fue cuatro veces mayor que el crecimiento promedio en el Gran Buenos Aires y cinco veces el crecimiento en el promedio provincial. Aunque insignificante, el decrecimiento en dos camas municipales es un fenómeno muy excepcional entre los partidos del Gran Buenos, que han incrementado su capacidad instalada, mejorando también los indicadores desde los cuales se asignan desde la provincia los recursos. Este aspecto será analizado más adelante.

²⁷ Se hace referencia a la encuesta de puérperas realizada en conjunto entre la Región Sanitaria V y el ICO/UNGS, 2005.

²⁸ Extraído del documento sobre condiciones de vida y control de embarazo, P. 50.

²⁹ Extraído del documento sobre condiciones de vida y control de embarazo, P. 54

Cuadro IV.2: Evolución cantidad de camas en efectores con internación del subsector público según jurisdicción (municipal, provincial y nacional). San Fernando, partidos del Gran Buenos Aires y total provincia. 2001/2006

		2001	2002	2003	2004	2005	2006
San Fernando	Munic.	49	49	49	49	49	47
	Prov.	129	159	155	157	157	163
	Nac.	0	0	0	0	0	0
Gran Buenos Aires	Munic.	2668	2689	2943	2788	2826	2900
	Prov.	5251	5365	5394	5702	5619	5556
	Nac.	415	415	465	465	532	549
Total Pcia Bs. As.	Munic.	11016	12653	12464	12560	12748	12962
	Prov.	12278	12033	12649	12836	13030	12701
	Nac.	1460	2018	2054	2126	2129	2120

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Información Sistematizada de la Subsecretaría de Planificación en Salud del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

b. La heterogeneidad de la demanda a los servicios de salud:

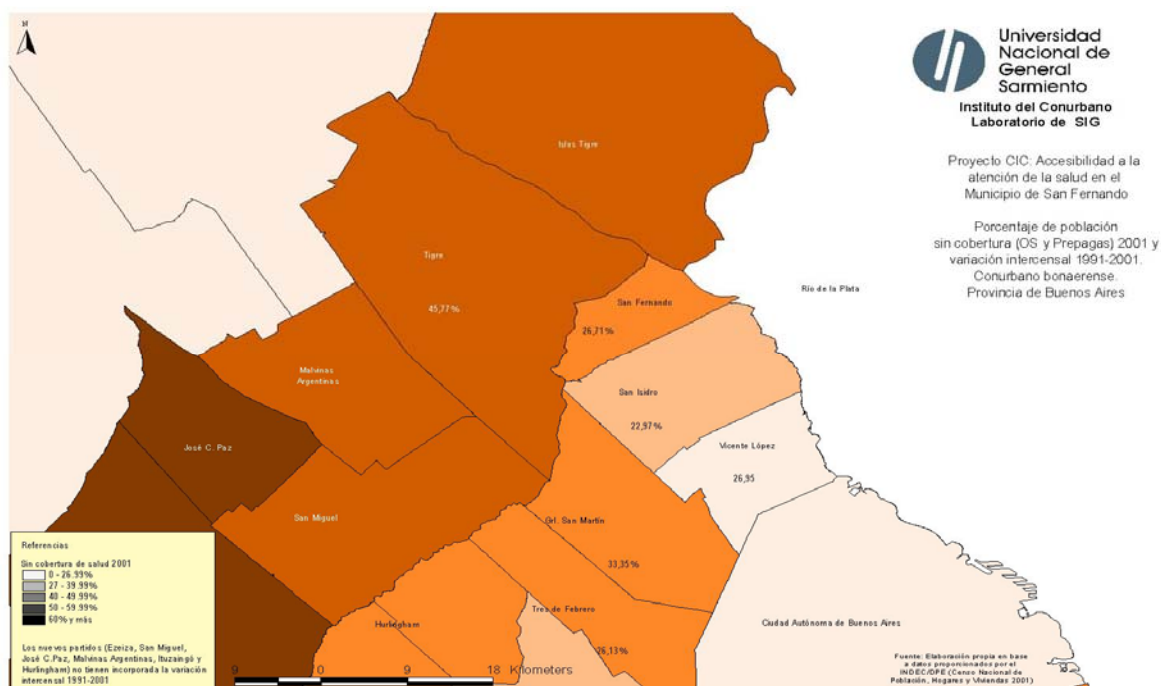
La red de establecimiento del subsector público atiende mayoritariamente a una población sin otra cobertura de 72.086 habitantes, casi el 50% de la población total en el año 2001. Debe destacarse que ese porcentaje creció entre 1991 y 2001 a razón del 26,71%.

Cuadro IV.3: Población sin cobertura y Variación intercensal de población sin cobertura de Obra Social y medicina privada. San Fernando y partidos del Gran Buenos Aires 1991 y 2001

Partido GBA	% Población sin cobertura de OS y prepaga		Variación intercensal 1991/2001	Población sin cobertura OS y prepaga 2001
	2001	1991		
San Fernando	47,7	39,3	26,7	72.086
Gran Buenos Aires	51.5	37.6	47,06	4.609.589

Fuente: Elaboración propia con base a Censo Nacionales de Población y Vivienda, 2001 y 1991.

Mapa 6: Porcentaje de población sin cobertura de obra social y medicina privada (2001) y variación intercensal 2001/1991.



Según los valores que ofrece la ESDE³⁰, los niveles promedio de cobertura de otros subsectores mejoraron en los últimos años; descendiendo en el año 2005 a 39,6 el porcentaje de población sin otra cobertura. Sin embargo, su incidencia varía según las condiciones socioeconómicas de la población, que en el partido de San Fernando tiene una clara expresión territorial. Mientras en la Zona 1 (franja este del partido)³¹ el 18,2% de la población no dispone de otra cobertura diferente a la pública, este porcentaje asciende a casi la mitad (42,6%) en la zona 2 (área centro) y trepa al 55,6% en la zona 3 (franja oeste del partido). (Municipalidad de San Fernando, UMEC, Encuesta Sociodemográfica y Económica San Fernando, año 2005).

Esta heterogeneidad está perfilando demandas muy diferentes (en cantidad y calidad) a atender desde el subsector público que han determinando, a su vez, el modo como – incrementalmente – se ha ido distribuyendo y concentrando la oferta.

c. Los efectores del primer nivel de atención:

Según la dotación de efectores descripta, dos jurisdicciones se distribuyen la responsabilidad en la gestión del sistema: la provincia, a cargo del único establecimiento público con internación en el continente, y el municipio a cargo de los 13 CAPS y las 4 Postas de Salud distribuidos en el territorio continental. Existe también un centro de

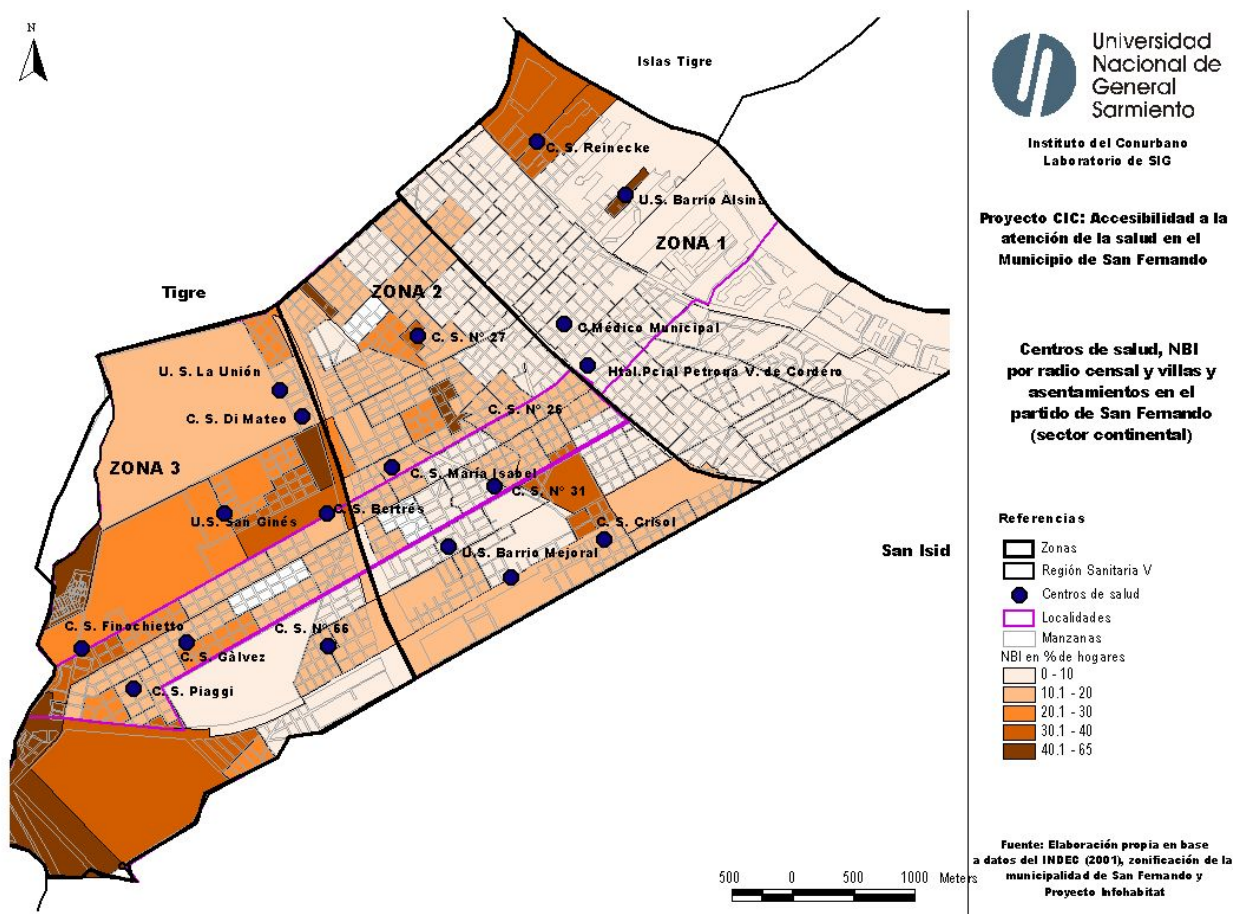
³⁰ Encuesta Sociodemográfica y Económica San Fernando. UMEC, Municipalidad de San Fernando.

³¹ Ver zonificación en capítulo 2 de este documento.

salud sin internación en la zona de islas (CS Absalón Rojas), un Centro de Zoonosis, un Instituto de Ortodoncia, un Consultorio Médico Municipal y Fiscalización sanitaria y los tres hospitales de islas ya mencionados.

Dado el recorte planteado en este estudio, el análisis de los datos relativos a efectores y cobertura se realiza exclusivamente con relación al territorio continental, excluyendo a la zona de islas que presenta sus particularidades que no son recogidas en este informe.

Mapa 7: Localización de CAPS y población con NBI y villas y asentamientos. San Fernando.



Fuente: Elaboración Propia con base a datos INDEC (2001) y datos Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La gestión de los servicios del primer nivel está a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social y Salud Pública, dependiente del Intendente Municipal que tiene una Subsecretaría de Desarrollo Social y Salud Pública. Se trata de dos áreas que se unificaron hacia el año 2002 (Decreto Municipal 53/02) y que están organizadas en 7 Direcciones (Tercera Edad, Deportes, Apoyo Logístico, Atención Primaria, Hospitales de Islas, Salud Escolar y Fiscalización Sanitaria); la estructura se completa con las áreas de Administración y Despacho, Asistencia y Promoción Social, Servicios Educativos Municipales,

Discapacidad, Zoonosis, Centro de Orientación Social, Coordinación Odontológica, Consultorio Médico Municipal.

d. Los recursos del primer nivel: los equipos de salud y la infraestructura

Como sucede en los efectores del primer nivel en el Gran Buenos Aires, en los centros de atención primaria de la salud (CAPS) y en las Postas Sanitarias convergen recursos humanos con diferente dedicación, salario y encuadre laboral. En el caso del municipio de San Fernando, entre las 174 personas que trabajan (según datos de marzo de 2008) en los 13 CAPS y las 4 Postas Sanitarias localizadas en el continente, se encuentran 138 como personal municipal (en su mayoría bajo la modalidad de contrato temporario), 16 bajo el Programa Nacional Médicos Comunitarios, 17 cargos provinciales y 3 bajo el Plan de Becas Nacionales de Salud.

Cuadro IV.4: Cantidad de miembros de los equipos de los centros de salud según dependencia (municipales, comunitarios, provinciales y becas plan nacional del salud), marzo 2008

Nombre del centro	Puestos cubiertos				Total
	Municipales	Comunitarios	Provinciales	Becas Plan Nac. Salud	
CAPS					
Centro Nro 26	8	3	3	0	14
Centro Nro 27	8	0	2	0	10
Centro Nro 31	13	2	0	0	15
Centro Nro 66	10	0	1	0	11
CS Bertrés	9	0	3	0	12
CS Crisol	13	1	2	0	16
CS Di Mateo	11	0	0	1	12
CS Finocchietto	10	2	0	0	12
CS Galvez	12	1	2	0	15
CS Maria Isabel	10	1	1	1	13
CS Piaggi	11	0	0	0	11
CS Reinecke	10	1	2	0	13
CIC Villa Jardín	7	2	0	1	10
POSTAS DE SALUD					
Posta Bo. Mejoral	3	0	0	0	3
Posta San Ginés	1	0	0	0	1
Posta Bo. Alsina	3	0	0	0	3
Posta La Unión / CEMIC ³²	4	0	0	0	4
Total	143	13	16	3	175

Fuente: Elaboración propia con datos provistos por la Secretaría de Salud y Desarrollo Social marzo 2008.

³² Se trata de un centro de residencias médicas en convenio con el CEMIC / Centro de Medicina Familiar. El personal municipal registrado aquí corresponde a personal no profesional. Existen residentes y un Jefe de Residentes a cargo.

Los CAPS disponen de las especialidades básicas, mientras que las Postas Sanitarias cuentan con la presencia de un clínico o generalista y un enfermero. En algunos casos, está vacante el puesto de médico.

La existencia de obstétricas (7 cargos provinciales, 5 de Médicos Comunitarios y 1 municipal) puede estar complementando las prestaciones del servicio de ginecología o reemplazando en casos excepcionales. El trabajo entre obstétrica y ginecólogo u obstetra varía según los CAPS.

Cuadro IV.5: Composición de los equipos en el primer nivel de atención según especialidades y dependencia (municipales, comunitarios, provinciales y becas plan nacional del salud), marzo 2008

Especialidad	Cantidad de puestos cubiertos				Total
	Municipales	Comunitarios	Provinciales	Becas Plan Nac. Salud	
Clínico	10	1	1	1	13
Pediatras	13	7	3	2	25
Ginecólogos	11	0	1	0	12
Odontólogos ³³	13	0	2	0	14
Obstetricas	1	5	7	0	13
Psicólogos	7	3	1	0	11
Trabajadoras sociales	9	0	0	0	9
Administrativos	25	0	1	0	26
Enfermeras	35	0	1	0	36
Limpieza	13	0	0	0	13
Psiquiatras	1	0	0	0	1
Cardiólogo	1	0	0	0	1
Total	138	16	17	3	174

Fuente: Elaboración propia con datos provistos por la Secretaría de Salud y Desarrollo Social marzo 2008.

El psiquiatra y el cardiólogo son dos especialistas que fueron designados para suplir las carencias existentes del hospital, sea para hacer posible las derivaciones de los psicólogos de los CAPS o bien para la realización de los electrocardiogramas. No son especialidades de APS, pero se constituyen en especialistas de referencia para los equipos de salud.

Cabe aclarar que el análisis de la dotación de cargos cubiertos resulta insuficiente para comprender el alcance y los problemas de la gestión, en tanto cada una de las modalidades tiene una dedicación horaria diferente con variaciones, según la categoría. Por ejemplo, los Médicos Municipales pueden ser de 16 o de 30 horas, los Médicos Comunitarios 21 hs, los Provinciales 36 o 44 horas y las Becas del Plan Nacional de Salud son de 12 horas. La profundización en torno a este nudo crítico de la organización del sistema, requeriría de un análisis basado en información desagregada por centro.

³³ Entre los odontólogos, no se está considerando a los profesionales del Instituto de Ortodoncia.

La infraestructura es un factor crítico para el funcionamiento de los centros de salud. En el año 2006 se realizó un relevamiento que permitió seleccionar 10 edificios para incorporar en la postulación a un programa de mejoramiento de la infraestructura de CAPS que contaría con financiamiento BID y que fue promovido por la provincia de Buenos Aires; sin embargo, en la actualidad ese programa se encuentra suspendido y sin noticias de continuidad.

Este problema ha sido recogido en el Plan de Gobierno 2007-2011 cuando enuncia como lineamiento “Construcción de nuevos edificios para Centros de Salud y fortalecimiento de su perfil comunitario. Mejoramiento gradual y progresivo de la calidad de la infraestructura edilicia de los CAPS”. En esta línea, el presupuesto 2009 se amplió el presupuesto para hacer posible el mantenimiento de los centros de salud. Asimismo, se está gestionando la incorporación de un centro a un programa de rehabilitación urbana con financiamiento externo al municipio para su construcción a nuevo; se trata del centro Finochietto que está pronto a licitarse.

e. Los sistemas de información

Los CAPS y postas sanitarias utilizan la Historia Clínica Familiar (HCF), realizada en base a los instrumentos aportados por el Programa de Médicos Generalistas. Se trata de un instrumento en registro papel que se archiva en las oficinas de los CAPS y alimentan a una base de datos (la del Fonoturno) que constituye por DNI el padrón de pacientes del primer nivel. En dicho padrón, la administrativa registra los datos básicos de la persona y los datos de las consultas que realizan; en el caso de los indocumentados se registran por un número de orden. Si bien los documentos de la HCF se encuentran en los CAPS, los datos básicos del paciente están en una base centralizada.

Si bien no disponen de un sistema de auditoría que permita valorar la calidad del registro, las distintas solicitudes judiciales que llegan a la secretaría requieren de la presentación de fotocopia de las HCF y en todos los casos solicitados, dicho documento es presentado oportunamente.

En los CAPS utilizan el Fichero Cronológico, tanto para pediatría como para obstetricia; los pacientes que no asisten son convocados o bien por la trabajadora social o por la obstétrica. Cabe destacar que se trata de rutinas instituidas desde el PROMIN hace más de una década.

f. Los ejes de la política sanitaria local

La reconstrucción realizada para el municipio de San Fernando permite constatar algunas convergencias con los lineamientos generales que organizan la agenda de salud en los municipios de la región en la salida de la crisis 2001/3³⁴; se trata de cuestiones relativas al acceso a los servicios, al recurso humano profesional, a la organización del sistema y a la provisión de medicamentos.

³⁴ Ver capítulo I, Apartado 3. La Agenda Local y los Desafíos de la Gestión de este informe.

i. Mejoramiento del acceso de la población a los servicios:

La cuestión relativa al *acceso de la población a los servicios* ha sido objeto de intervenciones puntuales de parte del gobierno municipal. En relación a esta preocupación, pueden mencionarse el Servicio de Ambulancias Médicas denominado “San Fernando Salud” y el servicio del FONOTURNO.

→ *Servicio de Emergencias Médicas:*

Por Ordenanza 7703/01 se establece *Servicio de Emergencias Médicas* denominado “*San Fernando Salud*”. Se trata de un programa de atención médica y de traslado de las urgencias y emergencias en toda la ciudad, tanto desde domicilios particulares como en la vía pública y en establecimientos educativos. En sus inicios, el Sistema se organizó sobre la base de la contratación de profesionales (hasta 35 enuncian los decretos); aunque en algunos periodos comprometió distintos procesos de tercerización hacia empresas privadas. (Decreto 56/02)

Se trata de un sistema complementario de la atención articulado con el Hospital provincial que funciona las 24 horas del día los 365 días del año, a través de una línea gratuita (107).

Desde una central de operaciones, cuenta con operadores de atención telefónica entrenados en accidentología para guiar la situación hasta la llegada de la atención profesional. El sistema prevé la atención médica en el lugar y el traslado al Hospital de San Fernando.

→ *FONOTURNO:*

El acceso de la población al primer nivel de atención se realiza de manera espontánea o bien a través de un sistema de otorgamiento telefónico de turnos denominado *FONOTURNO*. Tal como se adelantara, las iniciativas orientadas a mejorar el acceso de la población a los servicios de salud constituyen una de las cuestiones más importante en la agenda de las reformas en el sector en el nivel local en los años posteriores a la salida de la crisis.

El *FONOTURNO* es un Servicio de atención Telefónica con cobro revertido automático (línea 0800) que se crea en agosto del año 2006. Es atendido a través de teleoperadoras que otorgan y registran turnos médicos y odontológicos para la atención en los 13 Centros de Atención Primaria de Salud y las 3 Postas de Salud del partido. Como resultado de esta iniciativa, los centros tienen equipamiento informático con conexión a internet aunque no se encuentran conectados con el hospital provincial; en la actualidad, la provincia de Buenos Aires está analizando la factibilidad de implementación de un sistema de dación de turnos desde el primer nivel.

La iniciativa buscó aumentar el acceso de pacientes a la vez que optimizar las horas profesionales disponibles con la posibilidad de realizar ajustes en la distribución por centro de la demanda. En tanto se trata del único sistema de registro informatizado existente, permite avanzar en el registro de un padrón de usuarios de los CAPS, informes estadísticos generales relativos a cantidad de consultas (por especialidad, por centro), así

como un control más directo y exhaustivo de las prestaciones a cargo de los profesionales, ausentismo y turnos libres disponibles y asignados.

Los tiempos estimados para la atención son de 15 minutos para consulta médica y pediátrica y 20 minutos para control del niño sano y ginecología.

La implantación del programa ha sido objeto de distintas controversias de parte de los profesionales.

ii. La política en relación al recurso humano profesional:

Tal como se enunció para el conjunto de la región³⁵, la gestión del recurso humano -- en particular los profesionales médicos -- es un problema crucial que afecta al funcionamiento del sistema de salud en su conjunto, especialmente para producir cambios orientados a mejorar cualitativamente el trabajo desde los CAPS y Postas (programación local, organización de equipos de salud, niveles de atención con jerarquización de enfermeras y obstétricas, entre otras).

La pérdida del poder adquisitivo del salario municipal, sumado a la supresión de la carrera médica en el año 2005 son dos factores que podrían estar obstaculizando la posibilidad de cubrir los puestos, a pesar de los concursos realizados por el municipio en reiteradas oportunidades.

Según los entrevistados, existiría una desventaja respecto de otros municipios vecinos que, si bien están algo por debajo del salario básico, compensan el salario de bolsillo con porcentajes más elevados por antigüedad. Este fenómeno de “competencia” entre municipios fue denominado por alguno de los entrevistados como de “canibalismo intermunicipal”, por cierta mejora en las condiciones de incorporación del recurso médico en los servicios de salud en municipios cercanos.

En la actualidad y con la perspectiva de mejorar la competitividad de la oferta de puestos municipales elevando las remuneraciones “de bolsillo”, se elevó un proyecto de ordenanza que habilita al municipio a contratar a los profesionales, en el marco de lo dispuesto por los Art. 66° y 161° bis del Reglamento de Contabilidad y Disposiciones de Administración para las Municipalidades (siempre que se alcancen las 500 consultas mensuales).

Si bien el *Programa Nacional Médicos Comunitarios* apunta a intervenir en este aspecto crítico, se trata de una iniciativa que llega a cubrir solo 16 cargos aunque sólo 7 en pediatría, 1 en clínica médica, 5 obstétricas y 3 psicólogos. Según informaran autoridades de la Secretaría, si bien se trata de becas renovables no resulta una modalidad atractiva para los profesionales médicos.

iii. La organización del sistema:

La preocupación por aspectos relativos a la organización del sistema de salud se expresa en el énfasis con que se planteó la necesidad de contar con una terapia intensiva pediátrica en el hospital provincial, evitando desplazamientos hacia las 8 camas provinciales las

³⁵ Ver capítulo I, Apartado 3. “La Agenda Local y los Desafíos de la Gestión” de este informe.

existentes – hacia el año 2007 -- en San Martín o, cuando esta capacidad está colmada, hacia la Ciudad de La Plata. El proyecto en curso incorpora en el hospital provincial 24 camas de internación y 6 plazas de Terapia Intensiva Pediátrica, lo cual sumará un total de 30 camas en el municipio. En la actualidad se encuentra pronto a ser designado el recurso humano necesario para estos servicios.

Aunque no parece estar instituido formalmente, existen dos niveles entre los efectores del primer nivel: los CAPS que tienen la totalidad de las especialidades básicas y otras según el caso; y las Postas de Salud que tienen, tal como se ha enunciado, un médico generalista o clínico y una enfermera. Los CAPS suman 13 establecimientos que asumen la mayor parte de las consultas y las Postas de Salud son 4 establecimientos cuya cantidad de consultas, conforme a la capacidad de atención es mucho menor.

En lo relativo al funcionamiento interno de los equipos de salud, no parece existir condiciones para organizar rutinas de funcionamiento más orgánico orientado por la estrategia de la programación local en salud conforme el perfil epidemiológico de cada área de influencia de los centros. Si bien la figura del Director del Centro está formalmente instituida, no cuenta con horas disponibles para el desarrollo de tareas de programación ni existe jerarquización salarial.

Si bien la dación de turno via telefónica por medio del Fonoturno ha permitido optimizar la utilización de los recursos disponibles en los CAPS, existe ausentismo en valores que oscilan entre el 20% y el 59% según los centros de salud. Una cuestión a considerar es que la disponibilidad de horarios generada por las ausencias de los pacientes, no se llega a cubrir en todos los casos con la demanda espontánea, existiendo brechas considerables entre centros y entre profesionales.

Existen normas de referencia y contrareferencia entre los efectores del primer nivel y el hospital. Se trata de documentos que fueron escritos y entregados a los centros del primer nivel con capacitación, se trata de un proceso que tuvo lugar a propósito del programa PROMIN hace muchos años.

Como resultado de dichas normas, se utiliza una Planilla de Referencia y Contrareferencia denominada “Planilla de evaluación” que registra el tránsito del paciente del primero al segundo nivel.

En el Hospital provincial existe la denominada “Oficina 5” de atención al paciente que es derivado desde los efectores del primer nivel y de los hospitales de las islas. Dicha oficina dispone de dos turnos por especialidad por día para urgencias, las que son evaluadas por el equipo de dicha oficina para ser utilizados. El equipo cuenta con una administrativa, una trabajadora social y un médico, todos municipales.

A pesar de la reserva de turnos en las especialidades en el hospital, es bajo aún el porcentaje de utilización a través de las derivaciones desde los efectores del primer nivel.

Para facilitar la realización de los estudios complementarios del embarazo, se realizan en todos los efectores extracción descentralizada de muestras. Según la cantidad de embarazadas por centro, se pasa dos o tres veces al mes.

Existe un sistema de extracción descentralizada de muestras para el testeo de VIH/SIDA, un día por mes, en 11 de los CAPS.³⁶ Se trata de un dispositivo organizado desde el Programa de prevención de VIH/SIDA. A esta lista se agregan otros centros Centro de Orientación Social para la familia y la juventud, CIC Villa Jardín y Centro de Día para Adultos Ciegos y Disminuidos Visuales.

iv. La provisión de medicamentos:

La preocupación por el costo de los medicamentos se convierte en una preocupación a partir de la crisis 2001/3; las contribuciones del Plan Remediar fueron un alivio en la provisión de este recurso en los CAPS. En San Fernando, se celebró un acuerdo con la Municipalidad de Hurlingham para la compra de medicamentos al Laboratorio Municipal de Especialidades Medicinales, a fin de garantizar la provisión de los CAPS municipales, reduciendo los costos. Por medio de este convenio, el Municipio de Hurlingham provee de medicamentos “genéricos”, al tiempo que el municipio de San Fernando entrega a Hurlingham las materias primas (drogas, bases y excipientes necesarios) para la elaboración de los productos finales listos para su consumo.

El programa Remediar aporta botiquines a la totalidad de los CAPS relevados por el Ministerio de Salud Nacional. Cabe señalar que decidieron incluir a nuevos efectores que no alcanzaban a cubrir las exigencias planteadas para acceder a los medicamentos.

2. ASPECTOS GENERALES DEL FINANCIAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

Los recursos que sostienen el subsector público en el partido de San Fernando provienen del presupuesto municipal y también del provincial.

El gasto anual municipal en la finalidad salud ascendió en el año 2006 a casi 14 millones de pesos, teniendo un 219% de incremento respecto de la inversión en la salida de la crisis (algo más de 4 millones en el año 2002). Se trata de un incremento bastante superior al experimentado – para ese mismo periodo – en los presupuestos municipales en los municipios del Gran Buenos Aires (casi 100%) y en aquellos correspondientes al total de la provincia (111%).

Cuadro IV.6: Evolución del gasto municipal anual en finalidad salud San Fernando, Gran Buenos Aires y total Provincia de Buenos Aires 2002/2006

	2002	2003	2004	2005	2006	Variación 2006/2
San Fernando	4.369.717	5.541.735	S/D	10.922.539	13.955.738	219,37
Gran Buenos Aires	357.146.056	408.787.942	S/D	554.793.956	712.514.620	99,50
Provincia Buenos Aires	667.500.000	782.800.000	913.400.000	1.111.800.000	1.411.400.000	111,45

Fuente: UAES. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2007.

³⁶ Centro Nro. 26, 27, 31, 66, CS Bertrés, CS Crisol, CS Di Mateo, CS Finocchietto, CS Maria Isabel, CS Piaggi y CS Reinecke.

Al gasto que realiza el municipio en salud, debe sumarse el realizado en los servicios del hospital P. V. Cordero, que en el año 2006 ascendía a 22.817.855 pesos³⁷; este establecimiento está organizado bajo la modalidad de Hospital Descentralizado de Autogestión.

La participación de la inversión municipal en finalidad salud en el Municipio de San Fernando está entre las más elevadas entre los municipios del GBA, considerando que tiene a su cargo una reducida cantidad de camas municipales. El porcentaje del gasto municipal anual en finalidad salud sobre el total del gasto municipal ascendió en el año 2005 al 18,9% del total mientras que para el año 2006 descendió un punto a 17,3%.

Cuadro IV.7: Porcentaje del gasto municipal anual en finalidad salud sobre el total del gasto. Partidos del Gran Buenos Aires, 2005/2006

	2005	2006
General San Martín	21,0	22,8
José C. Paz	8,1	5,4
Malvinas Argentinas	32,1	35,0
Moreno	10,2	9,2
San Fernando	18,9	17,3
San Isidro	27,9	22,1
San Miguel	28,1	29,3
Tigre	S/D	S/D
Vicente López	S/D	S/D
Almirante Brown	5,8	5,8
Avellaneda	S/D	12,6
Berazategui	S/D	14,4
Esteban Echeverría	S/D	25,3
Ezeiza	S/D	24,3
Florencio Varela	S/D	7,6
Lanus	S/D	15,3
Lomas de Zamora	S/D	14,2
Quilmes	S/D	9,9
Hurlingham	S/D	14,9
Ituzaingo	S/D	10,9
La Matanza	S/D	27,9
Moron	S/D	17,9
Tres de febrero	S/D	12,3
Merlo	S/D	S/D

Fuente: UAES. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2007.

³⁷ UAES. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2007.

Una mención particular merece el análisis de la incidencia de las transferencias provinciales hacia los municipios en concepto de coparticipación. La importancia que tiene el componente salud en la distribución de recursos entre los municipios en la provincia de Buenos Aires (un 37% de la distribución secundaria), exige avanzar en su análisis a los efectos de conocer las condiciones en las que se desenvuelve la política sanitaria local.

La evolución de las transferencias en concepto de coparticipación por salud por habitante muestra que el municipio de San Fernando se encontraba en el año 2005 en \$ 28,28/habitante, valor algo inferior al promedio de los partidos del Gran Buenos Aires y muy inferior al promedio provincial.

Cuadro IV.8: Evolución transferencias en concepto de coparticipación por salud / habitante total 2000/2005. San Fernando, partidos del Gran Buenos Aires y total partidos de la provincia

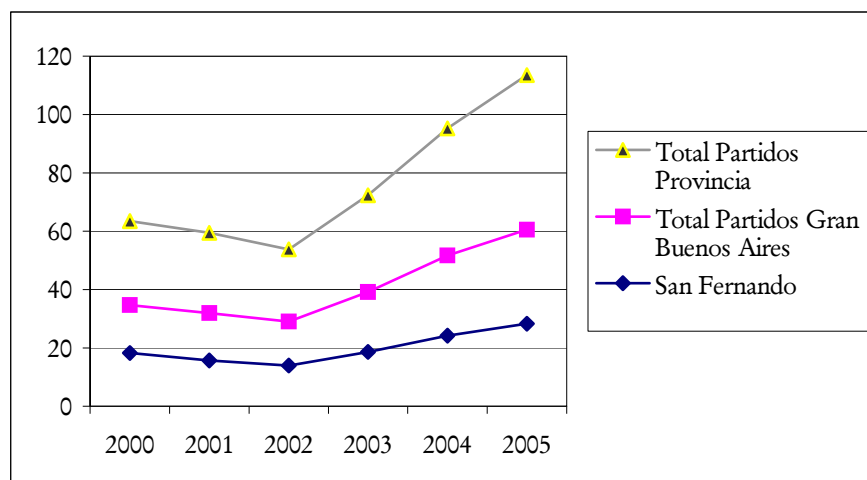
Partidos GBA	2000	2001	2002	2003	2004	2005
San Fernando	18,30	15,72	14,01	18,60	24,17	28,28
Total Partidos Gran Buenos Aires	16,37	16,25	15,00	20,55	27,48	32,30
Total Partidos Provincia	28,81	27,46	24,80	33,16	43,64	52,93

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Estadística del Ministerio de Economía de la Pcia. de Buenos Aires y con datos de la Dirección de Información sistematizada de la Subsecretaría de Planificación en Salud del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

Si el incremento de las transferencias reconoce en todos los casos un *clivaje* a partir del año 2002, la curva se aceleró más para los valores agregados provinciales y del Gran Buenos Aires que para el municipio de San Fernando. Cabe destacar que, en algunos casos y tal como se ha adelantado en apartados anteriores, el incremento en la cantidad de camas en establecimientos municipales con internación (así como el cambio en el nivel de complejidad de alguno de ellos) dio lugar a una modificación considerable en las transferencias por habitante en algunos municipios.³⁸

³⁸ Ver Apartado 3. “La Agenda Local y los Desafíos de la Gestión” de este informe.

Gráfico IV.1: Evolución transferencias (en \$ corrientes) en concepto de coparticipación por salud / habitante total 2000/2005. San Fernando, partidos del Gran Buenos Aires y total partidos de la provincia



Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Estadística del Ministerio de Economía de la Pcia. de Buenos Aires y con datos de la Dirección de Información sistematizada de la Subsecretaría de Planificación en Salud del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

El aporte recibido por la vía de la coparticipación por salud significa alrededor del 24% del gasto total en esa finalidad que realiza el municipio. Cabe destacar que el municipio de San Fernando recibe recursos en concepto de “consultas” y “establecimientos sin internación”, así como también (aunque acotado a la escala y nivel de complejidad existente) por aquellos establecimientos localizados en las islas (“egresos”, “pacientes día” y “producto resultante”). Estas últimas contribuciones representaban en el año 2005 un 27% del total de las transferencias en concepto de coparticipación en salud. La evolución de cada uno de estos indicadores merecería un análisis pormenorizado que excede el alcance (área continental) y las posibilidades de este estudio.

Cuadro IV.9: Evolución transferencias en concepto de coparticipación por salud por componente 2003/2005

	Consultas	Egresos	Paciente Día	Producto Resultante	Establec. sin Int.	Total Salud
2003	1.107.386	43.081	229.821	224.755	643.586	2.248.629
2004	1.458.625	56.851	302.988	296.284	843.927	2.958.675
2005	1.687.932	54.530	342.504	597.811	1.027.676	3.710.453

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Estadística del Ministerio de Economía de la Pcia. de Buenos Aires y con datos de la Dirección de Información sistematizada de la Subsecretaría de Planificación en Salud del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

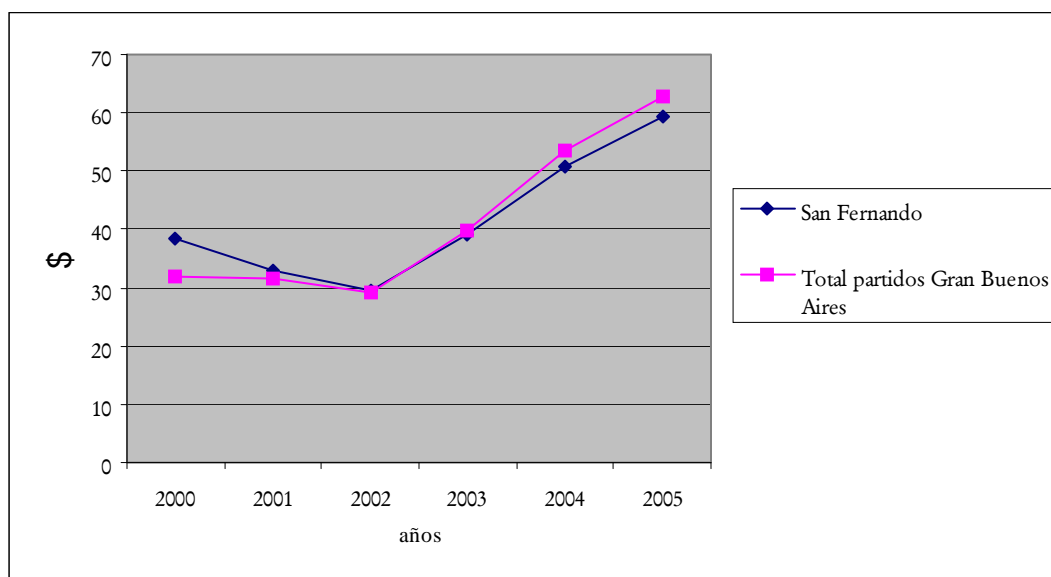
Dada la magnitud antes referida de la población sin otra cobertura que la que ofrece el subsector público, los valores de transferencias por habitante en esa situación se encuentran en los \$ 59,28, algo por debajo del promedio del Gran Buenos Aires (\$62,7). Cabe reiterar que la crisis 2001/3 opera como *clivaje* a partir del cual se expresan -- en otros municipios de la región -- distintas estrategias que hacen descender los valores del municipio de San Fernando respecto del promedio regional habiendo estado por encima en sus inicios.

Cuadro IV.10: Evolución transferencias en concepto de coparticipación por salud / habitante sin cobertura. San Fernando y partidos del Gran Buenos Aires 2000/2005

Partidos GBA	2000	2001	2002	2003	2004	2005
San Fernando	38,36	32,97	29,37	39,00	50,67	59,28
Total partidos Gran Buenos Aires	31,80	31,55	29,13	39,92	53,36	62,73

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Estadística del Ministerio de Economía de la Pcia. de Buenos Aires y con datos de la Dirección de Información sistematizada de la Subsecretaría de Planificación en Salud del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

Gráfico IV.2: Evolución de las transferencias en concepto de coparticipación por salud / habitante sin cobertura San Fernando y partidos del Gran Buenos Aires 2000/2005



Dado el recorte de este estudio (los servicios localizados en el territorio continental correspondientes al primer nivel de atención), interesa analizar las transferencias forzando aislar los componentes relativos a la producción correspondiente a ese nivel. Los datos disponibles con este nivel de apertura se corresponden al periodo 2003/2005 y muestran valores por habitante total y por habitante sin cobertura algo superiores a los promedios tanto regional (GBA) como provincial.

Cuadro IV.11: Evolución transferencias (en \$ corrientes) en concepto de coparticipación por salud componentes (consultas+estab. sin internación) por habitante total y por habitante sin cobertura 2003/2005 San Fernando y Provincia de Buenos Aires

Partidos GBA	Copart Consultas + Estab s/internación			Copart Consultas + Estab s/internación		
	Por habitante total			Por habitante sin cobertura		
	2003	2004	2005	2003	2004	2005
San Fernando	11,12	14,55	17,06	23,31	30,50	35,77
Total partidos GBA	10,27	13,46	16,20	19,94	26,14	31,47

Fuente: Elaboración propia con datos de la Dirección de Estadística del Ministerio de Economía de la Pcia. de Buenos Aires y con datos de la Dirección de Información sistematizada de la Subsecretaría de Planificación en Salud del Ministerio de Salud de la Pcia de Bs As.

Los valores correspondientes al porcentaje cubierto por las transferencias de coparticipación provincial respecto del gasto en finalidad salud municipal ascendían en el año 2006 al 24% en el municipio de San Fernando, lo cual representa un esfuerzo muy importante de parte del conjunto de la comunidad local para el sostenimiento del sistema. Estos valores son muy inferiores a los de otros municipios de la región (GBA)³⁹ y a otros del interior de la provincia de Buenos Aires.

Cuadro IV.12: Porcentaje de cobertura de la coparticipación en el Gasto Finalidad Salud Municipal, San Fernando y otros valores promedio regionales del GBA y del interior de la provincia 2006

	%
San Fernando	24
RS. Gran Buenos Aires (V,VI,VIIA,VIIB)	RS VIIA 42%- RS VIIB 81%
RS. Interior Provincia (II,III,X,IX,XI,I,IV,VIII)	RS VIII 63%- RSII 119%
Total provincia	67%

Fuente: UAES. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2007.

3. DINÁMICA DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD:

Las cuestiones relativas al plano de la atención son aquellas que más inmediatamente inciden en el estado de salud de la población, en tanto refieren al nivel de los servicios (en cantidad y calidad) que se prestan. En ese espacio que tiene lugar en los CAPS y en los establecimientos con internación se dirimen cuestiones tales como las características de los servicios y prestaciones que se ofrecen; su alcance; los criterios de definición de

³⁹ Se encuentra entre los tres más bajos solo superado por los municipios de Tres de Febrero y Ezeiza.

beneficiarios de cada prestación; la organización de las prestaciones en relación a las demandas; entre otras.

Dado el interés de este estudio, la accesibilidad y el desempeño de los servicios con especial énfasis en aquellos relativos a la atención primaria de la salud, se busca caracterizar desde la información secundaria disponible sus atributos principales.

La distribución de las consultas médicas entre los establecimientos del primero y segundo nivel es un indicador que hace referencia a características de la oferta (en accesibilidad, capacidad de resolución y continuidad) y también de la demanda (valoración relativa de los CAPS respecto de los Hospitales). Si bien se trata de factores de distinto orden, las valoraciones de la población están -- la mayor parte de las veces -- influidas o modeladas por los atributos propios de la oferta.

Cuadro IV.13: Porcentaje de consultas en establecimientos del 1er nivel San Fernando, Gran Buenos Aires y Total Provincia de Buenos Aires 2004/6

	San Fernando	Gran Buenos Aires	Total Provincia BA
2004	58,6	50,3	42
2005	58	53,9	45
2006	55	57,2	48

Fuente: Dirección de Información Sistematizada (DIS) Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2007.

En el caso del partido de San Fernando, la distribución de las consultas en establecimientos muestra un sesgo particularmente orientado hacia los establecimientos del primer nivel: en los 22 efectores del primer nivel existentes en el partido, se atiende un 55% de las consultas totales. Si bien se trata de porcentajes algo más elevados que el promedio provincial, en los últimos años (2004/2006) ha venido descendiendo (del 58% al 55%), mostrando una curva inversa a aquella que sufrió este indicador para el GBA (del 50% al 57%) y para el total provincial (del 42% al 48%). Como en otras circunstancias, este dato debe ser analizado históricamente en relación a cambios que pudieron haberse sucedido en municipios de la región (San Isidro, Malvinas Argentinas, Tigre) ya que la movilidad regional de los pacientes es alta en estas zonas y este análisis recupera datos consolidados de las consultas de los establecimientos localizados en cada partido.

Otros estudios focalizados en la atención del control del embarazo desde una encuesta de púerperas⁴⁰ muestran un alto porcentaje (95,5%) de conocimiento del servicio de salud más próximo a su domicilio por parte de las púerperas que atendieron su parto en maternidades de la región en el año 2005, dato convergente con los porcentajes de mujeres que controló su embarazo exclusivamente en los centros de salud (73%), el valor

⁴⁰ Extraído del documento sobre condiciones de vida y control de embarazo, P.44.

más alto de la Región Sanitaria V⁴¹. Estos porcentajes se mantienen estables con relación con las perspectivas de control a futuro tanto del recién nacido como de ellas mismas.

Convergentemente con el análisis anterior, la evolución de las consultas (en valores absolutos) realizadas en los CAPS del partido de San Fernando ha ido en un leve descenso, marcando una curva inversa a la que se verifica en los valores agregados para el primer nivel en el Gran Buenos Aires y en el total provincial; cabe destacar que los impactos de las iniciativas planteadas por el municipio, en particular el FONOTURNO, podrán visualizarse recién a partir de los datos 2007 y 2008, datos no disponibles para esta fuente. Las consultas en el Hospital Provincial P. V. Cordero en ese periodo descendieron en el 2005, volviendo a subir en el 2006.

Cuadro IV.14: Evolución de cantidad de consultas en 1er nivel (CAPS) San Fernando, Gran Buenos Aires y Total Provincia de Buenos Aires 2004/6

	San Fernando	Gran Buenos Aires	Total Provincia BA
2004	252435	11990879	18.465.895
2005	235570	13478239	20.370.912
2006	226455	15654962	22331284

Fuente: Dirección de Información Sistematizada (DIS). Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2007.

Cuadro IV.15: Evolución de cantidad de consultas en el Hospital Provincia San Fernando 2004/6

	San Fernando
2004	165.147
2005	158.732
2006	175.279

Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2007.

Así como la demanda sobre el subsector público está desigualmente distribuida⁴², también lo está la oferta de servicios correspondientes al primer nivel en el partido.

Los centros de salud están abiertos al público de lunes a viernes en franjas horarias de 10 horas y, en la totalidad de los CAPS (en aquellos que presentan mayor cantidad de consultas), están abiertos también los días sábados. Las Postas de Salud están abiertas de lunes a viernes.

⁴¹ Extraído del documento sobre condiciones de vida y control de embarazo, P.45.

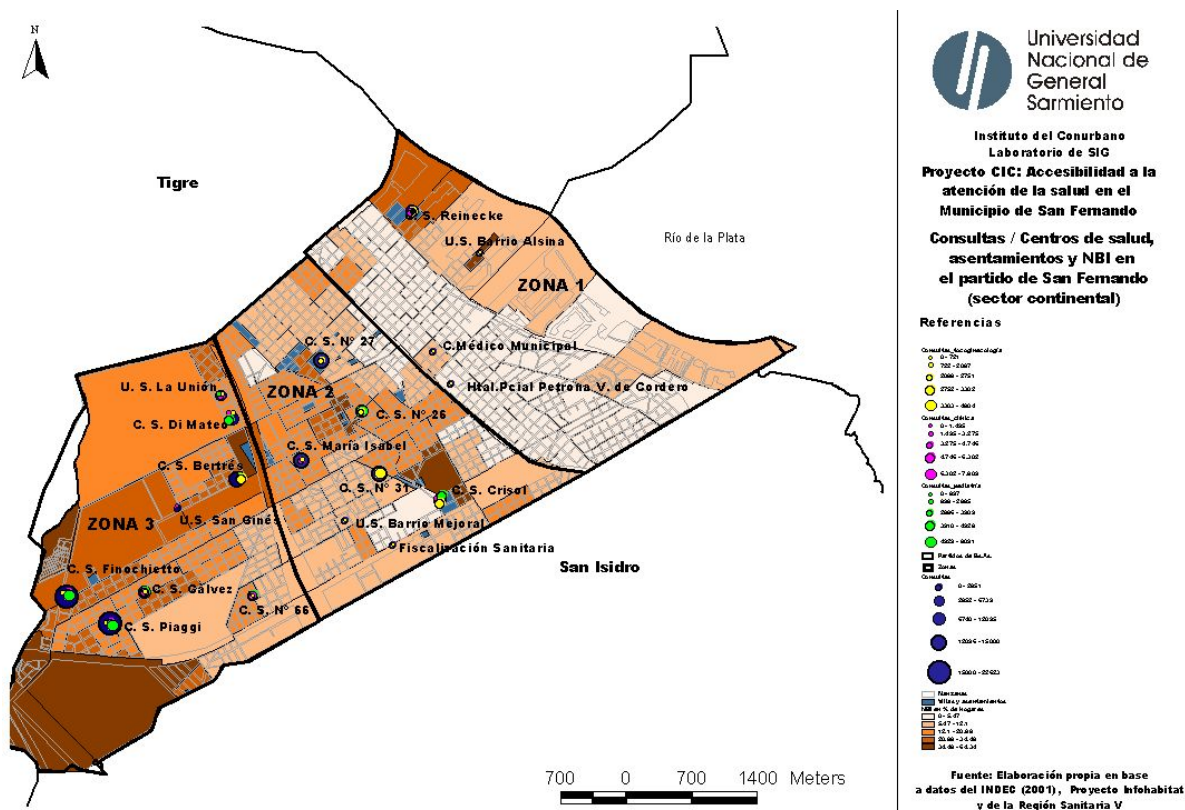
⁴² Ver apartado 1.b de este capítulo.

Cuadro IV.16: CAPS y Postas de Salud, según horarios de atención y cantidad de consultas de Clínica general, Pediatría y Tocoginecología. San Fernando, 2007.

Nº	Establecimiento	Horario de Atención		Consultas Clínica General	Consultas Pediatría	Consultas Tocoginecología
		Lunes a Viernes	Sábado			
1	U.S. B° Alsina	8 a 17	--	712	607	0
2	C.S. Bertrés	8 a 19	8 a 12	3180	2885	3302
3	C.S. Crisol	8 a 18	8 a 12	2803	4928	3146
4	C.S. Di Matteo	8 a 18	8 a 12	1732	4476	2087
5	C.S. Finochetto	7 a 17	8 a 12	1822	3703	2609
6	C.S. Gálvez	7 a 18	7 a 12	2707	4739	1855
7	U.S. La Unión	8 a 18	--	4046	897	655
8	C.S. María Isabel	7 a 17	8 a 12	3364	3706	1731
9	U.S. B° Mejoral	8 a 17	--	1990	0	111
10	C.S. N° 26	8 a 18	8 a 13	3693	7525	2751
11	C.S. N° 27	8 a 18	8 a 12	3150	3715	2512
12	C.S. N° 31	7 a 18	8 a 12	4415	8091	4804
13	C.S. N° 66	7 a 17	8 a 12	1592	4407	721
14	C.S. Piaggi	7 a 17	8 a 12	3590	7316	2013
15	C.S. Reinecke	7:30 a 18	8 a 12	4084	2661	2949
16	U.S. San Ginés	12 a 18	--	677	0	0
17	U.S. Villa Jardín	7 a 17	7 a 12	1767	3909	2951

Fuente: Elaboración propia con base a datos provistos por el MSF y por la Secretaría de Salud el Municipio de San Fernando.

Mapa 8: Centros de Salud y Postas según consultas 2007 (clínica, tocoginecología y pediatría) sobre población con NBI y villas y asentamientos.

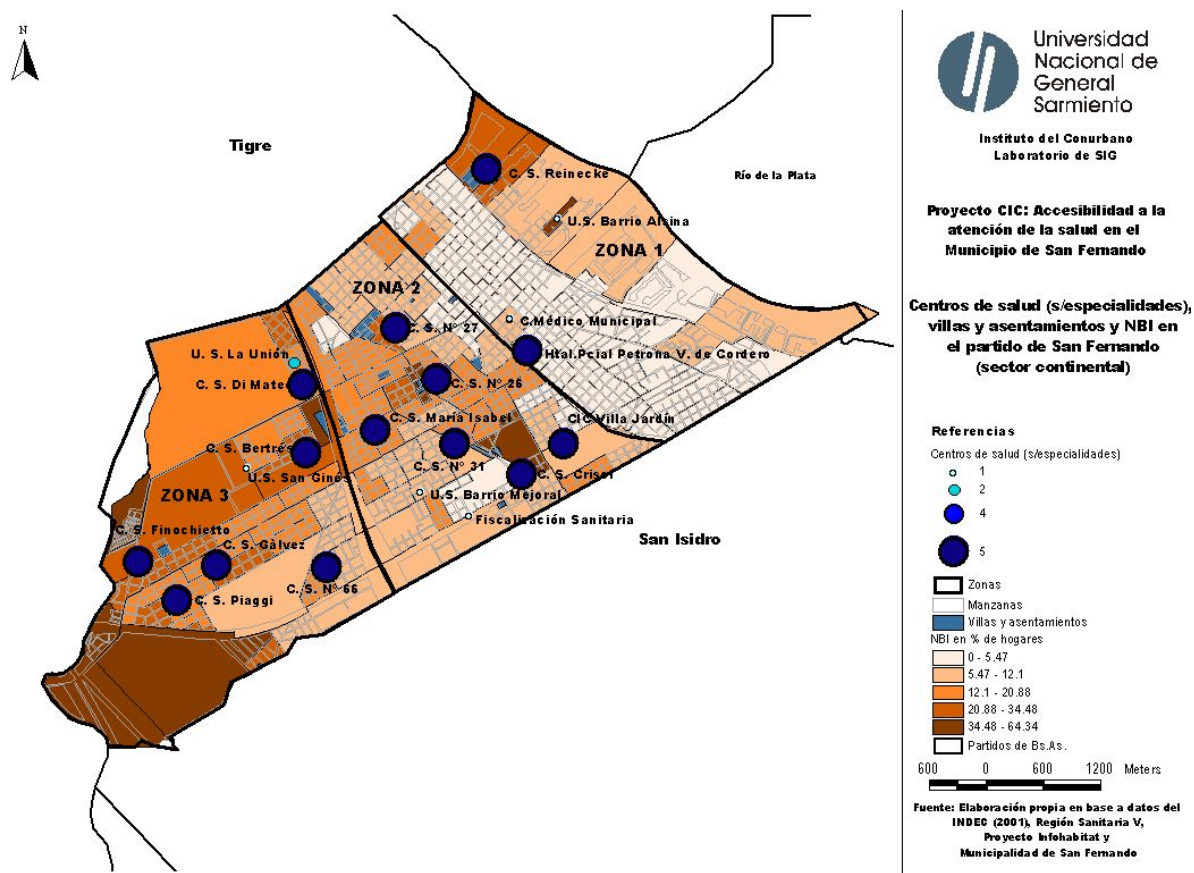


Desde los 17 CAPS localizados en el territorio continental, se prestan servicios de clínica médica, pediatría, ginecología, obstetricia, psicología, odontología y enfermería. Existen en los centros de salud también trabajadoras/es sociales, administrativos y personal de limpieza. En dos casos, cardiología y psiquiatría, se trata de sólo un profesional en cada uno, pertenecientes a la planta municipal.

El análisis realizado a partir de los registros de la Región Sanitaria V para el mes de julio de 2007 muestra que 12 CAPS cuentan con especialidades básicas + obstetricia y/u otras especialidades del equipo de salud y/u otras especialidades médicas (tipo 5) y otro tiene las especialidades básicas + obstetricia (tipo 4); las Postas de Salud presentan un menú de servicios más acotados: una tiene todas las especialidades básicas, no tiene obstetricia y tiene otras especialidades (tipo 2); y las tres restantes no tienen todas las especialidades básicas.⁴³

⁴³ Se trata de un procesamiento realizado sobre la base de las Hojas 2.1 “Resumen Mensual de Consultorio Externo” que releva regularmente la Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia.

Mapa 9: Centros de Atención Primaria de la Salud según oferta de servicios y población NBI y villas y asentamientos.



Fuente: Elaboración propia con base a datos de la Hoja 2 provistos por la Región Sanitaria 2007 e INDEC, 2001.

Tipología: 1 = No tiene todas las especialidades básicas, pero puede tener otras; 2 = Tiene todas las especialidades básicas, no tiene obstetricia, puede tener otras especialidades; 3 = Tiene sólo las especialidades básicas; 4 = Tiene las especialidades básicas + obstetricia; 5 = Tiene especialidades básicas + obstetricia y/u otras especialidades del equipo de salud y/u otras especialidades médicas.

Nota: Especialidades básica = ginecología o tocoginecología + pediatría + clínica médica o medicina general

A los programas verticales⁴⁴ regulares se suman ciertas iniciativas, orientadas a grupos poblacionales específicos, que abordan la problemática de las adicciones, de materno infancia y a la articulación de programas alimentarios con los servicios de salud en los CAPS:

- Mediante los consultorios del Centro de Orientación Social, la Municipalidad aborda la problemática de la dependencia a las drogas, ofreciendo atención individual y grupal para jóvenes y adultos con problemas de adicción, grupos de apoyo para familiares y charlas de prevención para escuelas e instituciones locales. Se trata de una

⁴⁴ Los programas verticales se basan en los conceptos de “daño” e “instrumento”, formulan un “diagnóstico territorial” basado particularmente en datos epidemiológicos, efectúan priorizaciones según distintos criterios (vulnerabilidad, magnitud y trascendencia) y, conforme los resultados de este abordaje “científico” define las acciones según problemas objetivos para los cuales estructura normas a ser aplicadas.

política integral que está fuertemente articulada con las acciones hacia juventud y se basa en fuertes campañas de comunicación orientadas a recuperar aspectos del imaginario de la población y de las demandas presentes en los espacios de consulta y participación.

- Si bien se trata de uno de los programas verticales nacionales, el *Programa Materno Infantil* presta particular atención al los casos de embarazo adolescente; los CAPS municipales asisten a las jóvenes, brindándoles la contención adecuada y ayudando a prevenir la posibilidad de un segundo embarazo.
- Un conjunto de iniciativas busca articular los programas alimentarios con la atención en los Centros de Salud. Entre ellos, pueden mencionarse el Plan Comunidad, el Programa Gurí y el Programa Convivir.
 - a. El *Plan Comunidad* es un servicio mensual dirigido a familias de escasos recursos – prioritariamente jefas de hogar y familias numerosas-. Incluye una bolsa de catorce productos secos y frescos y se caracteriza por una contraprestación de los beneficiarios, que se comprometen enviar a sus niños a la escuela y realizar un control periódico de la salud. Las entregas se realizan en los CAPS municipales y en Sociedades de Fomento.
 - b. El *Plan Gurí* es un servicio municipal de asistencia alimentaria quincenal dirigido a familias de alto riesgo social, con niños de entre 2 y 5 años. Consiste en una entrega de alimentos secos y frescos y los beneficiarios se comprometen a la escolaridad de sus hijos, la participación en actividades de promoción social, talleres y charlas sobre crianza.
 - c. El *Plan Convivir* está dirigido a familias en las que haya personas infectadas por VIH, asiste semanalmente con una bolsa de alimentos secos y frescos que se entregan en el Centro de Orientación Social para la Familia y la Juventud. Asimismo, incluye el control de la salud de los beneficiarios mediante análisis de sangre en forma periódica, asesoramiento en la gestión de pensiones asistenciales no contributivas, orientación en relación con centros asistenciales donde puedan atenderse fuera de la ciudad, apoyo educativo y capacitación, asistencia de la persona –si consume alcohol u otras drogas-, y contención psicológica para la persona infectada por VIH y para su grupo conviviente.
- El Programa San Fernando Buena Vista, consiste en una acción regular que desarrolla el municipio en conjunto con la Fundación Zambrano que consiste en la recorrida de profesionales en las escuelas del partido para realizar un *screening* del estado de salud visual de la población. Posteriormente, un camión oftalmológico recorre en 5 o 6 puntos focales del partido revisando a aquellos niños que evidenciaron problemas y en los casos con patología el municipio provee de cristales y armazones.

4. LAS COORDENADAS DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD:

A modo de recapitulación se identifican algunos nudos a ser considerados como pistas en el análisis de los resultados de la encuesta:

El sistema de salud del Municipio de San Fernando está conformado por establecimientos que responden a los tres subsectores (público, de obras sociales y privado). Sin embargo, la baja presencia de efectores de origen privado constituye una preocupación del Municipio.

El subsector público de salud, a su vez, pone en interacción a un conjunto diverso de efectores –con y sin internación-, programas del nivel nacional, provincial y municipal. Así, la multijurisdiccionalidad que caracteriza a las intervenciones en el sistema, obliga a articular recursos financiados por múltiples fuentes: coparticipación correspondiente al componente de salud, recursos aportados vía el sostenimiento del hospital provincial y recursos provenientes de programas especiales (como el Plan Comunidad, el Programa Gurí y el Programa Convivir) y programas nacionales (como el Programa Remediar y el Programa Materno Infantil).

En los últimos años, las plazas provinciales se han incrementado, al tiempo que las municipales se han reducido en número de dos camas. Aunque insignificante, la disminución de camas municipales constituye un fenómeno excepcional en relación a la tendencia observada en otros partidos del Gran Buenos Aires, que han orientado sus iniciativas al aumento de la productividad del sistema, muchas veces en detrimento de acciones preventivas. Asimismo, se observa en San Fernando que las consultas se concentran mayoritariamente en el conjunto de los 22 Centros de Salud municipales. Esta distribución de las consultas pone en el centro del debate sobre la política sanitaria local el funcionamiento de los mecanismos de articulación entre los establecimientos del primer nivel y los pertenecientes al segundo.

Si bien todos los establecimientos públicos -tanto los del primer nivel como los del segundo- garantizan la atención a la demanda espontánea sin contemplar mecanismos de cobro (sólo se factura a las obras sociales y empresas de medicina privada), el municipio se encuentra desarrollando y planificando acciones orientadas a mejorar la accesibilidad y la utilización de los servicios:

a- Definición de los mecanismos de referencia con el segundo nivel. Como resultado de dichas normas, se utiliza una planilla de referencia y contrareferencia denominada “Planilla de Evaluación” que registra y facilita el tránsito del paciente desde los Centros de Salud al Hospital. No obstante, un objetivo pendiente es ampliar la información epidemiológica y de desempeño de la atención, más allá de las consultas y de sus características.

b- Sistema de turnos programados a través del servicio de “FONOTURNO” para la atención (desarrollado en los 13 Centros de Atención Primaria de Salud y en las 3 Postas de Salud del área continental del partido). Esta iniciativa busca aumentar el acceso de pacientes a la vez que optimiza las horas profesionales disponibles, con la posibilidad de realizar ajustes en la distribución por centro de la demanda y un control sobre el ausentismo profesional.

c- *Servicio de Ambulancias Médicas denominado “San Fernando Salud”*. Permite llevar adelante un programa de atención médica y de traslado de emergencias articulado con el Hospital provincial, que funciona durante las 24 horas en toda la ciudad.

d- *Reorganización del sistema*. La organización del sistema pone en evidencia una buena distribución de los servicios en el territorio, sin embargo queda planteada la posibilidad de reordenar especialidades de acuerdo a un criterio que permita optimizar recursos profesionales. Asimismo, la necesidad de contar con una terapia intensiva pediátrica se encuentra dentro de las urgencias programadas en la agenda sanitaria local.

Los recursos financieros que sostienen al subsector público de salud de San Fernando provienen del presupuesto municipal y del provincial. La inversión municipal en salud es muy elevada en comparación con la de otros distritos del GBA. En contraste, el aporte recibido por la vía de la coparticipación alcanza sólo el 24% del gasto total realizado por San Fernando en la finalidad salud.

En términos de recursos humanos, los centros de atención primaria de la salud (CAPS) y las Postas Sanitarias contemplan personal con diferente dedicación, salario y encuadre laboral, evidenciándose la existencia de un alto número de contratos de tipo temporario. Asimismo, la pérdida del poder adquisitivo del salario municipal, sumado a la reciente supresión de la carrera médica, son algunos de los fenómenos que obstaculizan la posibilidad de cubrir los puestos demandados para el óptimo funcionamiento de los Centros. En relación a esta problemática, el Municipio elevó un proyecto con vistas a mejorar la competitividad de la oferta de puestos profesionales municipales.

Otro factor crítico para el adecuado funcionamiento de los centros de salud se relaciona con la precariedad edilicia que presentan algunos establecimientos. La solución de los problemas de infraestructura ya forma parte de los lineamientos sanitarios del Plan de Gobierno 2007-2011.

V. LAS PERCEPCIONES SOBRE EL ESTADO DE SALUD

Aunque se trata de un campo de análisis que presenta distintas complejidades para ser captadas por un instrumento cerrado y concientes de sus limitaciones, se buscó caracterizar brevemente el marco desde el cual se construyen las estrategias de acceso y uso de los servicios de salud analizando las percepciones que tiene el/la responsable de la familia acerca del estado de la salud de sus integrantes. Se trata de una aproximación limitada que no busca rescatar información objetiva, sino sólo reconstruir el contexto del objeto del este análisis: el desempeño de los servicios de salud en el nivel local desde la perspectiva de los usuarios.

En este apartado se indaga en las siguientes preguntas: ¿cómo perciben el estado de salud de la familia?; ¿cómo incide el clima educativo de la familia en esas percepciones?; ¿existen diferencias en las percepciones acerca del estado de salud y la cobertura de que disponen?; ¿cuál es la relación entre esas percepciones y el uso que hacen del sistema de salud?

Los resultados de este estudio ponen en evidencia que las percepciones acerca del estado de salud de la familia están condicionadas por el clima educativo del hogar⁴⁵. Los hogares que tienen clima educativo “alto” tienen una percepción más favorable de su estado de salud (“muy bueno” y “bueno” en alrededor del 17,9% y 66,3% respectivamente); los hogares con clima educativo “medio” tienen una percepción algo menos optimista que los anteriores (“bueno” y “regular” en un 78,10% y 18.8% respectivamente); mientras que aquellos hogares con clima educativo “bajo” tienen una visión menos optimista aún que los anteriores (“bueno” y “regular” 65% y 26% respectivamente).

En síntesis, el clima educativo (asociado sin dudas a otros factores) es una variable estrechamente relacionada con los modos como la población percibe su “estado de salud”. Esta constatación encuentra correlato en el Plan de Gobierno municipal que apuesta a la promoción de alternativas orientadas a mejorar el capital humano de la comunidad de San Fernando.

⁴⁵ La variable *clima educativo* se construyó considerando el promedio de años de escolaridad de los miembros del hogar de 18 años y más.

Cuadro V.1. Percepción del estado de salud de los integrantes del hogar según clima educativo. San Fernando, 2008.

Percepción estado de salud	Clima Educativo			
	Bajo	Medio	Alto	total
Muy bueno	4,0%	1,9%	17,9%	6,3%
Bueno	65,0%	78,1%	66,3%	70,0%
Regular	26,0%	18,8%	13,7%	20,6%
Malo	4,5%	1,3%	2,1%	2,8%
Muy malo	0,5%	0%	0%	0,2%
Total	100%	100%	100%	100%
	(177)	(160)	(95)	(432)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Si antes parecía delinearse una relación entre el clima educativo del hogar y las percepciones de los responsables de la salud respecto del estado de salud del grupo familiar, la carencia de servicios básicos no parece estar influyendo del mismo modo. Mientras alrededor del 75% de los hogares con carencia de servicios consideran que su situación de salud es entre “muy buena” y “buena”, en los hogares “sin carencia de servicios” este valor asciende solo dos puntos (77%). Notablemente las percepciones del estado de salud como “malo” son levemente inferiores entre los hogares “con carencia de servicios” que entre aquellos que disponen de ellos y tres puntos superiores en “regular”. No obstante, se advierte entre los funcionarios municipales una demanda creciente vinculada a mejoras en las condiciones ambientales (disposición de residuos, desratización entre otros) que están dando cuenta de la valorización de la población en general respecto de la importancia de estas condiciones.

Cuadro V.2. Percepción del estado de salud de los integrantes del hogar según vivienda con carencia de servicios básicos.⁴⁶ San Fernando, 2008.

Percepción estado de salud	Carencia de servicios básicos	
	Con carencia	Sin carencia
Muy bueno	3,1%	8,1%
Bueno	71,6%	68,9%
Regular	22,8%	19,8%
Malo	2,5%	2,9%
Muy malo	0%	0,4%
Total	100%	100%
	(162)	(273)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

⁴⁶ Se considera que una vivienda tiene carencia de servicios básicos cuando no cuenta con alguno de los siguientes servicios: instalación de agua, baño con desagüe cloacal a red pública o a cámara séptica, electricidad o gas para cocinar.

La relación con los servicios de salud que establece la población tiene una incidencia importante en las percepciones acerca de su estado de salud. El análisis de las percepciones sobre el estado de salud del grupo familiar en relación con la oportunidad de realización de consultas en los dos extremos (“consulta en el último año” y “nunca consultó”) pone en evidencia fenómenos generales y también matices por especialidad. El 80% de los responsables que conviven en hogares cuyos miembros realizaron consultas en el último año percibe que el estado de salud de los miembros del hogar es entre “muy bueno” y “bueno”, con muy pocas variaciones por especialista consultado. Asimismo, comienza a ponerse en evidencia una cuestión conocida por los actores del sistema que es que la mujer es la “usuaria” de los servicios en el primer nivel.

Una situación particular presentan las consultas de adolescentes; entre ellos existe un registro más optimista de su estado de salud con porcentajes elevados de “muy bueno” (17,6%), más bajos de “bueno” y algo más elevados de “malo”. En el caso de los adultos mayores, es más bajo el porcentaje de población que percibe su estado de salud como “bueno” (48,7%) mientras que es muy elevado el porcentaje de población que registra su estado de salud como “regular” y “malo” (41% entre ambas categorías).

Cuadro V.3. Percepción del estado de salud de los integrantes del hogar que realizaron consultas por especialidades básicas el último año. San Fernando, 2008.

Percepción del estado de salud	Especialidades Básicas				
	Obstetricia/ Ginecología	Pediatría	Especialista en Adolescencia	Clínico de Familia	Atención adultos mayores
Muy bueno	7,2%	7,3%	17,6%	6,0%	7,7%
Bueno	73,5%	77,1%	58,8%	68,7%	48,7%
Regular	17,0%	14,6%	17,6%	21,8%	30,8%
Malo	2,3%	1,0%	5,9%	3,3%	10,3%
Muy malo	0%	0%	0%	0,3%	2,6%
Total	100% (306)	100% (288)	100% (17)	100% (335)	100% (39)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Sin embargo, los matices por especialista consultado se hacen más evidentes cuando se trata de población que “nunca consultó”. En estos casos, se advierte que aquellos responsables que conviven en hogares que nunca consultaron a los servicios de “obstetricia/ginecología” o “pediatría”, perciben un peor estado de salud de los integrantes del grupo familiar: alrededor del 80% perciben su salud entre “bueno” y “regular”. No haber consultado a un clínico no parece incidir en la percepción del estado de salud: en este caso, alrededor del 73% de los que nunca consultaron a un clínico perciben la situación de salud del grupo familiar como “muy buena” y “buena”.

Los valores de no consulta de adolescentes y adultos mayores son elevados debido a que en los hogares relevados la presencia de adolescentes y adultos mayores no tiene peso significativo - 15% y 7%, respectivamente. Por esta razón, dichas poblaciones y las especialidades que directamente se orientan a la atención de su salud se han excluido de este análisis.

Cuadro V.4. Percepción del estado de salud de los integrantes del hogar que nunca consultaron por especialidades. San Fernando, 2008.

Percepción del estado de salud	Especialidades Básicas				
	Obstetricia/ Ginecología	Pediatría	Especialista en Adolescencia	Clínico de Familia	Atención adultos mayores
Muy bueno	0%	5,5%	5,8%	22,2%	6,1%
Bueno	46,7%	54,1%	70,1%	50,0%	71,9%
Regular	40,0%	33,9%	21,1%	22,2%	20,0%
Malo	13,3%	5,5%	0%	5,6%	2,0%
Muy malo	0%	0,9%	0,2%	0%	0%
Total	100% (15)	100% (109)	100% (412)	100% (18)	100% (395)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Por último, un aspecto que llama la atención es que la diferencia en la percepción de salud no varía entre aquellos hogares que tienen o no tienen otra cobertura que la que aporta el sector público (presenta una diferencia de menos de un punto considerando aquellos que perciben el estado de salud como “bueno” y “muy bueno”).

Cuadro V.5. Percepción del estado de salud de los integrantes del hogar según si el responsable posee (o no) cobertura social. San Fernando, 2008.

Percepción estado de salud	El responsable posee (o no) cobertura social	
	Con Cobertura	Sin cobertura
Muy bueno	9,6%	2,4%
Bueno	66,7%	73,3%
Regular	21,1%	20,9%
Malo	2,2%	3,4%
Muy malo	0,4%	0%
Total	100% (228)	100% (206)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

VI. LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN ESPECIALIDADES

Conocer cómo es la relación entre la población y los servicios de salud es de vital importancia para poder organizar los servicios y a la vez darse políticas para orientar -- desde principios sanitarios -- esas estrategias. Desde este análisis se avanza en la caracterización de la “puerta de entrada” al sistema según las distintas problemáticas que desafían a las familias.

En este apartado se indaga acerca de la oportunidad y lugar de consulta según especialidad, conforme distintos atributos del grupo familiar (clima educativo, cobertura de obra social y medicina privada, pobreza por NBI y localización en el territorio – zonas 1, 2, 3).

El análisis de oportunidad de la consulta por especialidades varía según el clima educativo del grupo familiar en casi la totalidad de las especialidades. En obstetricia/ginecología la brecha es sumamente considerable: en contextos de clima educativo alto se controlaron en el último año un 83% de las mujeres en edad fértil mientras que ese porcentaje baja entre los hogares con clima educativo bajo 20 puntos; algo menor es la diferencia en las consultas de pediatría, allí la brecha entre quienes consultaron al pediatra en el último año varía de un 70,5% de los hogares con clima educativo alto y un 57,6% en aquellos con clima educativo bajo. Es importante el porcentaje de hogares que “nunca consultaron” en ambas poblaciones: 18% en hogares con clima educativo alto y 31% en hogares con clima educativo bajo.

Una brecha importante aunque con menor cantidad de casos se advierte en las consultas a especialista en adolescencia. En el caso de clínico de familia, es notable que la relación (aunque con una distancia menor) se invierte: es más oportuna la consulta en los hogares de clima educativo “bajo” que en los que el clima es alto. En el caso de los adultos mayores, la consulta al especialista no presenta diferencia entre uno y otro contexto. En estos dos últimos casos, puede deberse más a la atención de la enfermedad que al control de salud y, en consecuencia, no estar tan atravesado por la incidencia de los años de estudio.

Cabe aclarar que si bien por las posibilidades de este estudio se tomó de manera asociada el dato de obstetricia y ginecología, los desempeños en el control de embarazo (obstetricia) alcanzados en el municipio pueden estar traccionando positivamente los datos de ginecología (control de la salud de la mujer por fuera de la situación de embarazo y puerperio).

Cuadro V.1. Última vez que consultó a una especialidad según clima educativo de hogar. San Fernando, 2008.

Última consulta	Especialidades Básicas									
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Especialista en Adolescencia		Clínico de Familia		Atención adultos mayores	
	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo
Menos de un año	83,2%	60,5%	70,5%	57,6%	7,4%	1,7%	74,7%	77,4%	11,6%	10,2%
Mas de un año pero menos de dos	8,4%	9,6%	0%,	1,7%	0%	0,6%	10,5%	12,4%	0%	1,1%
Mas de dos años	4,2%	16,9%	0%	1,1%	0%	0,6%	7,4%	4,5%	0%	0%
No recuerda	1,1%	8,5%	10,5%	8,5%	1,1%	0,6%	2,1%	2,3%	0%	0%
Nunca consulto	3,2%	4,5%	18,9%	31,1%	91,6%	96,6%	5,3%	3,4%	88,4%	88,7%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(95)	(177)	(95)	(177)	(177)	(95)	(177)	(95)	(177)	(95)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Recortando aquellos hogares que realizaron una última consulta en cada una de las especialidades en el último año, cabe destacar que los centros de salud y las clínicas y sanatorios privados son los lugares privilegiados en tres de las especialidades básicas. Quienes consultaron en servicios de obstetricia/ginecología lo hicieron mayoritariamente en los centros de salud (53,3%) y, en segundo lugar, en clínica o sanatorio privado (24,8%). Los porcentajes en relación a las consultas pediátricas se elevan a favor de los centros de salud (66,7%) y le siguen en segundo lugar también las clínicas o sanatorios privados (18,1%); aunque con una relación diferente también la consulta a clínicos se realiza en un 46% en centros de salud y un 27,8% en clínicas y sanatorios privados. Las consultas de adolescentes y de adultos mayores presentan una estructura de preferencias diferente: mientras en el caso de los adolescentes consultan un 35,3% en los centros de salud, el 23,5% lo hace en consultorio particular; los adultos mayores se concentran en clínicas o sanatorios privados (43,6%) y en consultorio particular (35,9%) probablemente por la incidencia de la cobertura de prestadores de PAMI en esta franja etárea. La consulta en otro hospital público es muy baja, en particular en las especialidades donde se concentran la mayor cantidad de consultas.

Cuadro V.2. Lugar donde realizó una consulta el último año según especialidad. San Fernando, 2008.

Lugar donde realizó la consulta	Especialidades Básicas				
	Obstetricia/ Ginecología	Pediatría	Especialista en Adolescencia	Clínico de Familia	Atención adultos mayores
Centro de salud	53,3%	66,7%	35,3%	46,0%	2,6%
Hospital público SF	6,9%	2,8%	11,8%	9,0%	7,7%
Otro hospital público	1,6%	2,8%	5,9%	4,8%	5,1%
Clínica o sanatorio privado	24,8%	18,1%	5,9%	27,8%	43,6%
Consultorio particular	13,4%	9,4%	23,5%	11,6%	35,9%
En su domicilio	0%	0,3%	5,9%	0,9%	2,6%
Ns/Nc	0%	0%	11,8%	0%	2,6%
Total	100% (306)	100% (288)	100% (17)	100% (335)	100% (39)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Concentrando el análisis en ginecología y obstetricia, algo más de la mitad de la población realizó su última consulta en un centro de salud (51,4%), le sigue con un 21,1% las clínicas y sanatorio privado y 12,1% en consultorio particular. Los porcentajes de población que se controla en el centro de salud se elevan a medida que disminuye la oportunidad en la consulta, situación inversa a la que se registra entre quienes hacen su consulta en clínica y sanatorio privado.

Cuadro VI.3. Última vez que consultó a un obstetra/ginecóloga según lugar en el que realizó la consulta. San Fernando, 2008.

Última vez que realizó una consulta	Consulta Obstétrica / Ginecológica					Total
	Menos de un año	Mas de un año pero menos de dos	Mas de dos años	No recuerda	Nunca consulto	
Centro de salud	53,3%	57,8%	62,0%	20,0%	0%	51,4%
Hospital público SF	6,9%	13,3%	4,0%	10,0%	0%	7,1%
Otro hospital público	1,6%	4,4%	4,0%	5,0%	0%	2,3%
Clínica o sanatorio privado	24,8%	17,8%	16,0%	0%	0%	21,1%
Consultorio particular	13,4%	6,7%	12,0%	15,0%	0%	12,2%
En otro lugar	0%	0%	0%	5,0%	0%	0,2%
Ns/Nc	0%	0%	2,0%	45,0%	0%	2,3%
No consultó	0%	0%	0%	0%	100%	3,4%
Total	100% (306)	100% (45)	100% (50)	100% (20)	100% (15)	100% (436)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Con relación a las consultas en pediatría, la participación del centro de salud como lugar de consulta se reduce levemente respecto de ginecología y obstetricia (45,9%) y le sigue la clínica o sanatorio privado (12,2%) y 6,7% en sanatorio particular. A diferencia del caso anterior, la mayor cantidad de casos se distribuye entre “el último año” o “nunca consultó”.

Cuadro VI.4. Última vez que consultó a un pediatra según lugar en el que realizó la consulta. San Fernando, 2008.

Última vez que realizó una consulta	Consulta a Pediatra					Total
	Menos de un año	Mas de un año pero menos de dos	Mas de dos años	No recuerda	Nunca consulto	
Centro de salud	66,7%	85,7%	0%	6,9%	0%	45,9%
Hospital público SF	2,8%	0%	0%	6,9%	0%	2,3%
Otro hospital público	2,8%	14,3%	33,3%	0%	0%	2,3%
Clínica o sanatorio privado	18,1%	0%	33,3%	0%	0%	12,2%
Consultorio particular	9,4%	0%	33,3%	3,4%	0%	6,7%
En otro lugar	0,3%	0%	0%	6,9%	0%	0,7%
Ns/Nc	0%	0%	0%	75,9%	0%	5,0%
No consultó	0%	0%	0%	0%	100%	25,0%
Total	100% (288)	100% (7)	100% (3)	100% (29)	100% (109)	100% (436)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Siguiendo la tendencia anterior, las consultas a clínicos se realizan en un 45,9% en los centros de salud, el 24,5% en clínica o sanatorio privado y un 9% en hospital público. A medida que mejora la oportunidad de la consulta, disminuye la participación del centro de salud como lugar de última consulta (de 57,7% en más de dos años hasta al 46% en menos de un año); la misma tendencia se advierte en el hospital público de San Fernando (del 19% en más de dos años hasta al 9% en menos de un año).

Cuadro VI.5. Última vez que consultó a un clínico según lugar en el que realizó la consulta. San Fernando, 2008.

Última vez que realizó una consulta	Consulta a clínico de familia					Total
	Menos de un año	Mas de un año pero menos de dos	Mas de dos años	No recuerda	Nunca consulto	
Centro de salud	46,0%	54,3%	57,7%	54,5%	0%	45,9%
Hospital público SF	9,0%	10,9%	19,2%	9,1%	0%	9,4%
Otro hospital público	4,8%	6,5%	3,8%	0%	0%	4,6%
Clínica o sanatorio privado	27,8%	23,9%	7,7%	9,1%	0%	24,5%
Consultorio particular	11,6%	4,3%	11,5%	0%	0%	10,1%
En su domicilio	0,9%	0%	0%	0%	0%	0,7%
Ns/Nc	0%	0%	0%	27,3%	0%	0,7%
No consultó	0%	0%	0%	0%	100%	4,1%
Total	100% (335)	100% (46)	100% (26)	100% (11)	100% (18)	100% (436)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Disponer de otra cobertura que aquella que brinda el subsector público, no parece ser un factor que incida positivamente en la oportunidad de la consulta. La proporción de personas que hicieron su consulta en el último año es casi igual entre la población con y sin otra cobertura que la que proveen los efectores públicos. En el caso de pediatría, es más elevada (76,2% por sobre 56,6%) entre quienes tienen no tienen otra cobertura que la del subsector público. En el caso de las consultas a clínica, son algo más elevadas (79,8% por sobre 73,3%) entre la población con otra cobertura que entre aquella que dispone solo del subsector público.

Cuadro VI.6. Última vez que consultó a un especialista según cobertura de obra social y medicina privada de hogar por especialidad. San Fernando, 2008

Última consulta	Especialidades Básicas y cobertura									
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Especialista en Adolescencia		Clínico de Familia		Atención adultos mayores	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Menos de un año	70,2%	69,9%	56,6%	76,2%	4,8%	2,4%	79,8%	73,3%	13,6%	3,9%
Mas de un año pero menos de dos	8,8%	12,1%	0,4%	2,9%	0,4%	0%	8,3%	13,1%	0%	1,0%
Mas de dos años	9,6%	13,6%	0,9%	0,5%	0,9%	0,5%	3,5%	8,7%	0%	0%
No recuerda	7,9%	1,0%	7,5%	5,8%	0,9%	0,5%	2,2%	2,9%	0%	0%
Nunca consulto	3,5%	3,4%	34,6%	14,6%	93,0%	96,6%	6,1%	1,9%	86,4%	95,1%
Total	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Los lugares donde se realizan las consultas están sesgados fuertemente por la disponibilidad o no de cobertura de obra social o medicina privada. No obstante, hay que destacar que existe un porcentaje importante de población con algunos niveles de aseguramiento (alrededor del 20% de la población con cobertura con variaciones para cada especialidad) que están siendo atendidos en los centros de salud y en el hospital de San Fernando. A diferencia de esta situación, en las clínicas y sanatorios privados y consultorios particulares, atienden casi exclusivamente a población con algún nivel de aseguramiento.

Tal como se presentó en capítulos precedentes, la facturación de consultas a las obras sociales y empresas de medicina privada es una de las líneas de trabajo que está comenzando a implementarse a ser reinvertida de manera directa en los CAPS (equipamiento, equipos de salud e infraestructura). Sin embargo, se avanza en la necesidad de desarrollar estrategias e instrumentos más complejos que hagan posible la ampliación del sistema en el distrito a través de la instalación de nuevos servicios, en particular de obras sociales.

Cuadro VI.7. Lugar donde consultó a las especialidades básicas según cobertura de hogar por especialidad. San Fernando, 2008.

Lugar de consulta	Especialidades Básicas y cobertura									
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Especialista en Adolescencia		Clínico de Familia		Atención adultos mayores	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Centro de salud	28,5%	76,2%	21,9%	71,8%	1,3%	1,9%	21,9%	71,8%	0,4%	0%
Hospital público SF	6,1%	8,8%	2,2%	2,4%	0%	1,0%	7,5%	11,7%	0,9%	0,5%
Otro hospital público	0,9%	3,9%	2,2%	2,4%	0,4%	0%	3,1%	6,3%	0,9%	0,5%
Clínica o sanatorio privado	36,0%	4,9%	21,9%	1,5%	0,9%	0%	42,1%	5,3%	6,1%	1,5%
Consultorio particular	20,2%	3,4%	10,1%	2,9%	1,8%	0%	17,1%	2,4%	4,4%	1,9%
En su domicilio	0,4%	0%	0,9%	0,5%	0,9%	0%	1,3%	0%	0,4%	0%
Ns/Nc	4,4%	0%	6,1%	3,9%	1,8%	0,5%	0,9%	0,5%	0,4%	0,5%
No consulto	3,5%	3,4%	34,6%	14,6%	93,0%	96,6%	6,1%	1,9%	86,4%	95,1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(228)	(206)	(228)	(206)	(228)	(206)	(228)	(206)	(228)	(206)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

La distribución del lugar donde se realizó la última consulta según cada especialidad por condición de pobreza (NBI) permite afirmar que en obstetricia/ginecología, pediatría y clínica médica, los centros de salud focalizan en población NBI (alrededor del 60% para las tres especialidades). Sin embargo y rescatando principios de universalidad del sistema, se advierte también un importante porcentaje de población sin NBI que se atiende en los centros de salud para cada una de estas especialidades básicas: 42,8% para ginecología/obstetricia, 34,2% en pediatría; y 35,7% en clínica.

Un dato a destacar es la existencia en un porcentaje menor pero significativo de alrededor del 10% según especialidad de población con NBI que se atiende en clínicas y sanatorios privados, probablemente se trate de población con cobertura de obra social o bien estén considerando en esta categoría a los “policonsultorios”, modalidad de atención muy desarrollada en esta zona en las últimas décadas.

Cuadro VI.9. Lugar donde realizó la última consulta a especialidades según NBI de hogar por especialidad. San Fernando, 2008.

Lugar de consulta	Especialidades Básicas y NBI									
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Especialista en Adolescencia		Clínico de Familia		Atención adultos mayores	
	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI
Centro de salud	42,8%	65,7%	34,2%	64,5%	1,9%	1,8%	35,7%	62,7%	0%	0,6%
Hospital público SF	5,2%	10,2%	1,5%	3,6%	0,7%	0%	7,8%	11,4%	1,1%	0%
Otro hospital público	2,2%	1,8%	3,0%	1,2%	0,4%	0%	5,9%	2,4%	1,1%	0%
Clínica o sanatorio privado	26,4%	12,7%	13,0%	10,8%	0,4%	0,6%	29,4%	16,9%	5,9%	0,6%
Consultorio particular	18,6%	1,8%	10,4%	0,6%	1,5%	0%	14,5%	3,0%	4,1%	1,8%
En su domicilio	0,4%	0%	0,7%	0,6%	0,4%	0,6%	0,4%	1,2%	0%	0,6%
Ns/Nc	1,5%	3,6%	6,7%	2,4%	1,1%	1,2%	1,1%	0%	0,4%	0,6%
No consultó	3,0%	4,2%	30,5%	16,3%	93,7%	95,8%	5,2%	2,4%	87,4%	95,5%
Total	100% (269)	100% (166)	100% (269)	100% (166)	100% (269)	100% (166)	100% (269)	100% (166)	100% (269)	100% (166)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Dada la heterogeneidad del partido referida en capítulos anteriores, cabe interrogarse acerca de la distribución territorial de las modalidades de acceso a los servicios, en

relación a las especialidades. Sin lugar a dudas, la zona de residencia⁴⁷ marca diferencias en el lugar donde se realizó la última consulta con algunos matices por especialidades. Mientras en la zona 3 se realiza en el centro de salud más del 60% de las consultas obstétricas, en la zona 1 ese valor desciende al 13,8%. Un fenómeno similar sucede con las consultas pediátricas y de clínica. Más errático es el comportamiento de las consultas en centros de salud de adolescentes y de adultos mayores.

El hospital público es escasamente utilizado como “puerta de entrada” al sistema y, como sucede en los centros de salud, su utilización aumenta en las zonas 2 y 3.

El uso de las clínicas o sanatorios privados y consultorios particulares: son porcentajes algo más elevados en la zona 1 y descienden hacia la zona 3.

⁴⁷ Ver mapa de zonificación en apartado II.

Cuadro VI.10. Lugar en el que realizó la última consulta por especialidades según zona geográfica de residencia. San Fernando, 2008.

Lugar en el que realizó la última consulta	Especialidades por zonas dominio														
	Obstetricia/ Ginecología			Pediatría			Especialista en Adolescencia			Clínico de Familia			Atención adultos mayores		
	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3
Centro de salud	13,8%	49,6%	61,9%	7,7%	42,9%	57,1%	1,5%	2,5%	1,6%	9,2%	42,9%	56,7%	0%	0,8%	0%
Hospital público SF	1,5%	9,2%	7,5%	0%	1,7%	3,2%	0%	0,8%	0,4%	3,1%	10,9%	10,3%	0%	1,7%	0,4%
Otro hospital público	0%	5,0%	1,6%	3,1%	1,7%	2,4%	0%	0%	0,4%	3,1%	5,0%	4,8%	0%	0,8%	0,8%
Clínica o sanatorio privado	40,0%	22,7%	15,5%	9,2%	15,1%	11,5%	1,5%	0%	0,4%	46,2%	21,0%	20,6%	24,6%	0%	0,4%
Consultorio particular	33,8%	11,8%	6,7%	16,9%	9,2%	2,8%	4,6%	0,8%	0%	20,0%	11,8%	6,7%	13,8%	4,2%	0%
En su domicilio	0%	0%	0,4%	0%	0%	1,2%	0%	0%	0,8%	0%	1,7%	0,4%	0%	0,8%	0%
Ns/Nc	3,1%	0,8%	2,8%	9,2%	5,9%	3,6%	1,5%	1,7%	0,8%	1,5%	1,7%	0%	0%	0%	0,8%
No consultó	7,7%	0,8%	3,6%	53,8%	23,5%	18,3%	90,8%	94,1%	95,5%	16,9%	5,0%	0,4%	61,5%	91,6%	97,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(65)	(119)	(252)	(65)	(119)	(252)	(65)	(119)	(252)	(65)	(119)	(252)	(65)	(119)	(252)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

En su mayoría, las consultas gineco/obstétricas, pediátricas y de clínica son realizadas en los centros de salud en aquellos hogares que viven con necesidades básicas insatisfechas. Entre quienes realizaron una consulta en el último año, se trata del 65,7% en las consultas de obstetricia/ginecología, un 64,5% entre las consultas en pediatría y el 62,7 en las consultas en clínica. Cabe desatacar que los porcentajes son también importantes en población sin NBI pero aquí los valores son diferenciados: algo más elevados en las consultas obstétrica/ginecológica (42,8%), desciende en las pediátricas (34,2%) y en clínica (35,7%).

Una situación similar aunque con valores más elevados, se presenta en relación con la disponibilidad de cobertura por obra social y medicina privada; aquellos hogares que no tienen otra cobertura que la del subsector público, un 76,2% de las consultas obstétricas se resolvieron en los centros de salud, mientras que fue el 71,8% de la población sin cobertura que acudió al centro de salud para su consulta pediátrica y clínica.

Tal como se adelantó, los centros de salud son también elegidos por población sin NBI (42,8% en los servicios de obstetricia/ginecología, 34,2% y 35,7% en los servicios de pediatría y clínica médica respectivamente); se atiende también en los centros de salud población con cobertura de obra social y medicina privada: 28,5% de la población en ginecología/obstetricia y 21,9% en pediatría y clínica médica.

La jerarquía de los centro de salud como “puerta de entrada” al sistema, varía también según las zonas de residencia. Es más elevada en la zona 3, algo menor en la zona 2 y baja en la zona 1. Los porcentajes más elevados de la zona 3 se encuentran en la consulta obstétrica/ginecológica y valores algo inferiores en pediatría y clínica médica.

Los valores de hogares cuyos adolescentes y adultos mayores se atendieron en los centros de salud son muy bajos.

Cuadro VI.11. Última consulta en Centros de Salud por especialidades según condición de pobreza estructural del hogar (NBI), cobertura social y zona dominio. San Fernando, 2008

Utilización de centro de salud en la última consulta	Consulta en centro de salud										
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Especialista en Adolescencia		Clínico de Familia		Atención adultos mayores		
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
NBI	Si	65,7%	34,3	64,5%	35,5%	1,8%	98,2%	62,7%	37,3%	0,6%	99,4%
	No	42,8%	57,2	34,2%	65,8%	1,9%	98,1%	35,7%	64,3%	0%	100%
Cobertura	Si	28,5%	71,5%	21,9%	78,1%	1,3%	98,7%	21,9%	78,1%	0,4%	99,6%
	No	76,2%	23,8%	71,8%	28,2%	1,9%	98,1%	71,8%	28,2%	0%	100%
Zona	Z1	13,8%	86,2%	7,7%	92,3%	1,5%	98,5%	9,2%	90,8%	0%	100%
	Z2	49,6%	50,4%	42,9%	57,1%	2,5%	97,5%	42,9%	57,1%	0,8%	99,2%
	Z3	61,9%	38,1%	57,1%	42,9%	1,6%	98,4%	56,7%	43,3%	0%	100%

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Al analizar el lugar en el que habitualmente atiende los problemas de salud de la familia, se delinearán ciertas trayectorias de la población según cobertura y especialidades. Entre los hogares sin cobertura, los lugares habituales de realización de consulta obstétrica/ginecológica son el centro de salud (79,1%), seguido muy por debajo el hospital público de San Fernando, otro hospital público y clínica o sanatorio privado (todos alrededor del 4%); una distribución similar presenta la consulta habitual en clínica médica con un 75,2% en los centros de salud, 9,2% en el hospital público de San Fernando, 6,3% en otro hospital público y 4,9% en clínica privada o sanatorio. En pediatría, se advierte que entre los hogares cuyos responsables no tienen otra cobertura que la ofrecida por el subsector público, las preferencias se distribuyen entre el centro de salud (73,3%) o simplemente, no consulta (34,6%). Los altos niveles de cobertura de la obra social de jubilados y pensionados y la escasa presencia de miembros pertenecientes a estos grupos en los hogares relevados explican la distribución de las consultas entre esta población: 5,3% en clínica y sanatorio privado y 4,8% en consultorio particular.

Entre aquellos que sí disponen de cobertura alternativa a la del subsector público, se combinan, con distintas proporciones según especialidad, las clínicas o sanatorios privados, el centro de salud y el consultorio particular.

Cuadro VI.12. Lugar en el que habitualmente atiende los problemas de salud de la familia según si el responsable posee (o no) cobertura de obra social o medicina privada por especialidad. San Fernando, 2008.

Lugar de consulta	Especialidades Básicas y cobertura									
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Especialista en Adolescencia		Clínico de Familia		Atención adultos mayores	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Centro de salud	26,8%	79,1%	22,4%	73,3 %	0,9%	1,5%	24,6%	75,2%	0,4%	0%
Hospital público SF	3,9%	4,9%	2,2%	2,4%	0%	1,0%	6,1%	9,2%	0,9%	0,5%
Otro hospital público	2,2%	4,4%	0,4%	1,9%	0,4%	0%	3,1%	6,3%	1,3%	0,5%
Clínica o sanatorio privado	39,0%	4,9%	22,8%	0,5%	1,3%	0%	40,8%	4,9%	5,3%	1,5%
Consultorio particular	20,2%	2,9%	10,5%	2,4%	1,8%	0%	17,5%	1,9%	4,8%	1,9%
En su domicilio	0%	0,5%	0%	0,5%	0,9%	0%	0,9%	0%	0,4%	0%
Ns/Nc	4,4%	0%	7,0%	4,4%	1,8%	1,0%	0,9%	0,5%	0,4%	0,5%
No consulto	3,5%	3,4%	34,6%	14,6 %	93,0%	96,6%	6,1%	1,9%	86,4%	95,1%
Total	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)	100% (228)	100% (206)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

El centro de salud y, mucho más lejos, las clínicas o sanatorios privados son los lugares que concentran aproximadamente el 80% de las consultas en obstetricia/ginecología, pediatría y clínica médica en la población en hogares con NBI; las diferencias entre especialidades no son muy significativas.

En el mismo orden de jerarquía, aunque con valores muy inferiores para los centros de salud a los que presenta la población anterior, la distribución de los lugares de consulta en hogares sin NBI es más dispersa e incorpora al consultorio particular.

Cuadro VI.13. Lugar en el que habitualmente atiende los problemas de salud de la familia por especialidad según condición de pobreza estructural del hogar por especialidades (NBI). San Fernando, 2008

Lugar de consulta	Especialidades Básicas y NBI					
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Clínico de Familia	
	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI
Centro de salud	40,5%	70,5%	32,7%	69,3%	36,8%	68,7%
Hospital público SF	4,5%	3,6%	2,6%	1,8%	7,4%	7,2%
Otro hospital público	3,3%	3,0%	1,5%	0,6%	4,8%	4,2%
Clínica o sanatorio privado	27,9%	14,5%	14,5%	8,4%	29,4%	14,5%
Consultorio particular	18,6%	1,2%	10,4%	0,6%	14,9%	2,4%
En su domicilio	0,4%	0%	0,4%	0%	0,4%	0,6%
Ns/Nc	1,9%	3,0%	7,4%	3,0%	1,1%	0%
No consulto	3,0%	4,2%	30,5%	16,3%	5,2%	2,4%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(269)	(166)	(269)	(166)	(269)	(166)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

La zona de residencia define patrones diferentes en la utilización de los servicios en general, con algunas particularidades que se destacan por especialidad. En ginecología/obstetricia, pediatría y clínica médica, en la zona 1 los hogares combinan clínica y sanatorio privado con consultorio particular; la zona 2, los centros de salud concentran algo menos que la mitad de los hogares y le siguen en alrededor del 16-20% las clínicas o sanatorios privados, muy por debajo le sigue el consultorio privado; en la zona 3, se encuentra una opción mayoritaria por el centro de salud en alrededor del 60%, siendo la consulta obstétrica/ginecológica la que encuentra mayores opciones en este efector.

Los porcentajes de “no consulta” en pediatría y clínica son más elevados en la zona 1 que en las zonas 2 y 3, especialmente en pediatría (53% para la zona 1). Cabe destacar que esos valores van aumentando a medida que se incrementa la edad de los niños presentes en el hogar.

Cuadro VI. 14. Lugar en el que realizó la última consulta por especialidades según zona geográfica de residencia por especialidad. San Fernando, 2008.

Lugar en el que realizó la última consulta	Especialidades por zonas dominio								
	Obstetricia/ Ginecología			Pediatria			Clínico de Familia		
	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3	Z1	Z2	Z3
Centro de salud	13,8%	47,9%	63,5%	6,2%	42,0%	59,5%	9,2%	43,7%	61,5%
Hospital público SF	1,5%	7,6%	3,6%	3,1%	1,7%	2,4%	4,6%	9,2%	7,5%
Otro hospital público	3,1%	5,9%	2,0%	0%	1,7%	1,2%	1,5%	5,9%	4,8%
Clínica o sanatorio privado	32,3%	25,2%	19,0%	9,2%	16,8%	10,7%	47,7%	21,0%	18,7%
Consultorio particular	38,5%	11,8%	5,2%	18,5%	8,4%	2,8%	18,5%	12,6%	6,7%
En su domicilio	0%	0%	0,4%	0%	0%	0,4%	0%	0,8%	0,4%
Ns/Nc	3,1%	0,8%	2,8%	9,2%	5,9%	4,8%	1,5%	1,7%	0%
No consultó	7,7%	0,8%	3,6%	53,8%	23,5%	18,3%	16,9%	5,0%	0,4%
Total	100% (65)	100% (119)	100% (252)	100% (65)	100% (119)	100% (252)	100% (65)	100% (119)	100% (252)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

VII. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LA POBLACIÓN USUARIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Un 52,4% de la población NBI consulta los centros de salud, aunque un importante porcentaje de población que no tiene NBI (28,6%) es también usuaria de los centros; una situación similar se encuentra en relación a la población sin cobertura, ya que el 61,2% de dicha población es usuaria de los centros de salud.

Siguiendo la pauta de distribución de la oferta, la utilización de los centros de salud encuentra brechas considerables según la zona de residencia: mientras en la zona 3 el 45,2% de la población utiliza los centros de salud, el porcentaje baja levemente (8 puntos) en la zona 2, mientras en la zona 1 sólo un 9,2% de la población es usuaria de los centros de salud.

Cuadro VII.1. Utilización de centros de salud en las últimas consultas según condición de pobreza estructural del hogar (NBI), cobertura social y zona dominio. San Fernando, 2008

Características del hogar		Consulta en Centro de Salud		Total
		Centro de Salud	Otros efectores	
NBI	Si	52,4%	47,6%	100% (166)
	No	28,6%	71,1%	100% (269)
Cobertura	Si	15,8%	84,2%	100% (228)
	No	61,2%	38,8%	100% (206)
Zona	Z1	9,2%	90,8%	100% (65)
	Z2	37,0%	63,0%	100% (119)
	Z3	45,2%	54,8%	100% (252)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Esta tendencia se profundiza al indagar la consulta habitual. Allí se incrementan los porcentajes de población que consulta habitualmente en el centro de salud respecto de aquellos que realizaron allí su última consulta. Lo mismo sucede en relación a la falta de otra cobertura de salud y también según la zona de residencia. En todos los casos, la habitualidad refuerza -- entre estos grupos poblacionales -- la utilización del centro de salud.

Es de destacar que en la población sin NBI, en la población sin cobertura y, algo más cercano el valor, entre la población que habita en la zona 1, los porcentajes de población

que utiliza habitualmente el centro de salud es también más elevada que aquella que hizo uso en las últimas consultas.

Cuadro VII.2. Utilización de centros de salud en las últimas consultas según condición de pobreza estructural del hogar (NBI), cobertura social y zona dominio. San Fernando, 2008

Características del hogar		Consulta en Centro de Salud		Total
		Centro Salud	Otros efectores	
NBI	Si	63,9%	36,1%	100% (166)
	No	32,3%	67,7%	100% (269)
Cobertura	Si	21,5%	78,5%	100% (228)
	No	68,9%	31,1%	100% (166)
Zona	Z1	10,8%	89,2%	100% (65)
	Z2	40,3%	59,7%	100% (119)
	Z3	54,8%	45,2%	100% (252)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Una de las preocupaciones que anima este estudio se orienta a conocer cómo la población combina la utilización de prestadores públicos con otros correspondientes a otros subsectores. Los datos arrojan diferentes patrones según las distintas variables de corte.

Un 63% de la población con cobertura de obra social y medicina privada tiende a combinar efectores de distintos subsectores; la carencia de otra cobertura da lugar a combinaciones entre el centro de salud exclusivamente (dominante) y el hospital en un 80%.

La población pobre utiliza en un 70% los efectores del subsector público; mientras que la población no pobre lo hace en un 40%, el resto combina distintos efectores por fuera del subsector público.

Los centros de salud son utilizados mayoritariamente por población sin cobertura y con NBI en las zonas 2 y 3.

El hospital de manera exclusiva es usado muy marginalmente por todas las poblaciones, los valores se elevan levemente al considerar la combinación hospital + centro de salud; el valor más elevado de uso exclusivo del hospital es aquel que representa el 5% de la población sin cobertura de obra social y medicina privada.

En cualquiera de las categorías de población (cobertura de obra social, condición de pobreza y zona de residencia) las combinaciones de efectores públicos (centro de salud u hospital) con otros efectores no parece tener demasiada relevancia; a excepción de alrededor del 10% de población que teniendo obra social combina centro de salud con otra prestación.

A nivel de la atención parece haber pocas zonas grises en el uso de subsectores.

Cuadro VII.3. Efectores utilizados en las últimas consultas según condición de pobreza estructural del hogar (NBI), cobertura social y zona dominio. San Fernando, 2008

Efectores utilizados en las últimas consultas	Características de los de hogares						
	Cobertura		NBI		Zona		
	Si	No	Si	No	Zona 1	Zona 2	Zona 3
Centro de Salud	15,8%	61,2%	52,4%	28,6%	9,2%	37,0%	45,2%
Hospital	0,9%	4,9%	2,4%	3,0%	1,5%	3,4%	2,8%
Otros	46,9%	3,9%	11,4%	35,7%	70,8%	25,2%	15,5%
Centro de Salud + Hospital	8,8%	15,5%	14,5%	10,0%	0%	13,4%	14,3%
Centro de Salud + otros	9,2%	6,3%	9,0%	7,1%	4,6%	4,2%	10,3%
Hospital + Otros	3,9%	1,9%	2,4%	3,3%	3,1%	6,7%	1,2%
Centro de salud + Hospital + Otros	3,1%	2,4%	1,8%	3,3%	0%	2,5%	3,6%
Ns/Nc	11,4%	3,9%	6,0%	8,9%	10,8%	7,6%	7,1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(228)	(206)	(166)	(269)	(65)	(119)	(252)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Las tendencias antes referidas, se refuerzan al interrogar acerca del prestador utilizado habitualmente.

Cuadro VII.4. Efectores utilizados habitualmente según condición de pobreza estructural del hogar (NBI), cobertura social y zona dominio. San Fernando, 2008

Efectores utilizados habitualmente	Características de los de hogares						
	Cobertura		NBI		Zona Dominio		
	Si	No	Si	No	Zona 1	Zona 2	Zona 3
Centro de Salud	21,5%	68,9%	63,9%	32,3%	10,8%	40,3%	54,8%
Hospital	1,8%	4,9%	3,0%	3,3%	1,5%	4,2%	3,2%
Otros	50,4%	4,9%	11,4%	39,4%	69,2%	28,6%	18,3%
Centro de Salud + Hospital	4,8%	13,1%	9,0%	8,2%	0%	10,9%	9,9%
Centro de Salud + otros	5,3%	3,4%	4,8%	4,1%	1,5%	4,2%	5,2%
Hospital + Otros	3,5%	2,4%	1,8%	3,7%	4,6%	5,0%	1,6%
Centro de salud + Hospital + Otros	1,3%	1,0%	1,2%	1,1%	1,5%	1,7%	0,8%
Ns/Nc	11,4%	1,5%	4,8%	7,8%	10,8%	5,0%	6,3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(228)	(206)	(166)	(269)	(65)	(119)	(252)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

El análisis del lugar en el que está situado el prestador utilizado habitualmente muestra un comportamiento muy endógeno de la demanda. Entre aquellos que se atienden habitualmente en los centros de salud, el 55,4% lo hace en el partido de San Fernando;

situación similar se advierte entre aquellos que combinan centro de salud con hospital y otros prestadores, así como los que combinan hospital con otros prestadores. Sin embargo, entre los que se atienden exclusivamente en un hospital lo hacen en la misma proporción en el hospital de San Fernando y en otro hospital fuera del partido (23%).

Cuadro VII.5. Efactor habitualmente utilizado que se encuentra en el municipio de San Fernando según condición de pobreza estructural del hogar (NBI). San Fernando, 2008.*

Efactor habitual se encuentra en el municipio de San Fernando	Condición de pobreza estructural del hogar (NBI)				Total
	SI	NO	Ns/Nc	No Consulto	
Centro de Salud	55,4%	2,0%	0,6%	42,0%	100% (965)
Hospital	22,9%	22,9%	4,3%	50,0%	100% (70)
Otros	21,6%	31,5%	0,6%	46,2%	100% (625)
Centro de Salud + Hospital	47,9%	7,4%	1,6%	43,2%	100% (190)
Centro de Salud + otros	44,2%	12,4%	1,1%	42,1%	100% (95)
Hospital + Otros	40,0%	12,3%	0%	47,7%	100% (65)
Centro de salud + Hospital + Otros	52,0%	12,0%	0%	36,0%	100% (25)
Ns/Nc	25,5%	11,7%	22,8%	40,0%	100% (145)
Total	(895)	(286)	(50)	(949)	(2180)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

*Los porcentajes se basan en cantidad de respuestas

Los efectores del partido son utilizados en su mayoría por la población sin cobertura, por un porcentaje similar de población con NBI y carente de servicios. Sin embargo, más allá de esta tendencia endógena de los sectores que se encuentran en peores condiciones sociales y económicas, es notable que otro segmento de la población (con cobertura, no es pobre y con servicios) utiliza habitualmente prestadores localizados en el partido en alrededor del 65%. Probablemente remita a la utilización de la red de policlínicos que ha ido creciendo en la última década.

Cuadro VII.6. Efactor habitualmente utilizado se encuentra en el municipio de San Fernando según si el responsable posee (o no) cobertura social, pobreza estructural del hogar (NBI), carencia de servicios básicos y zona geográfica de residencia. San Fernando, 2008.

Efactor habitualmente utilizado se encuentra en el municipio de San Fernando	Características del hogares*								
	Cobertura social		NBI		Carencia de Servicios		Zonas domino		
	Si	No	Si	No	Si	No	Zona 1	Zona 2	Zona 3
Si	57,3%	88,7%	83,5%	65,8%	81,3%	67,5%	54,9%	72,9%	77,0%
No	36,9%	8,9%	13,1%	29,7%	16,1%	27,6%	38,9%	23,6%	19,2%
Ns/Nc	5,7%	2,3%	3,4%	4,5%	2,6%	4,9%	6,3%	3,5%	3,8%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(630)	(594)	(474)	(754)	(459)	(769)	(175)	(339)	(717)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

*Los porcentajes se basan en cantidad de respuestas

VIII. PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA A LOS SERVICIOS DE SALUD

El análisis realizado hasta ahora, debe complementarse con las causas que llevan a los hogares a consultar y cómo organizan la utilización de los prestadores conforme las distintas necesidades que le dan origen.

La mayor parte de las consultas a los servicios de salud (57,5 %) se originan en motivos de control y/o de prevención, lo que estaría dando cuenta una aproximación de tipo preventiva por sobre la atención curativa. Igualmente, esta última mantiene un registro relevante si se considera en forma agregada los motivos de enfermedad y urgencia que juntos alcanzan un 24,4 %.

Cuadro VIII.1. Motivo de su última consulta. San Fernando, 2008.

Motivo de ultima consulta unificada	Respuestas*	
	Numero	Porcentaje
Por prevención / control	707	57,5%
Por urgencia	82	6,7%
Por enfermedad	217	17,7%
Por tratamiento continuado	93	7,6%
Por enfermedad crónica	66	5,4%
Otras	8	0,7%
Ns / Nc	56	4,6%
Total	1229	100%

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

*Los porcentajes se basan en cantidad de respuestas

Cuando se considera la incidencia en los motivos de consulta dada por variables socioeconómicas que definen la situación del responsable del cuidado de la salud de los otros miembros del hogar, el clima educativo aparece como el factor que presenta mayor incidencia, particularmente en las consultas por prevención/control, donde la brecha entre “alto” y “bajo” se extiende a 8 puntos porcentuales a favor de los hogares con clima educativo alto (lo que apoya aquellas perspectivas que adjudican importancia a la educación formal para incidir en aspectos de cuidados preventivos de la salud); mientras que la brecha se desnivela levemente a favor de los hogares con clima educativo “bajo” cuando se trata de enfermedad (la brecha es de 3,1 puntos porcentuales) y de tratamiento continuado (allí hay 5,9 puntos porcentuales de distancia).

Por su parte, poseer cobertura social no muestra incidencia en las consultas por prevención/control, mientras sí lo hace cuando se trata de enfermedad (donde las consultas aumentan –brecha de 8 puntos porcentuales- en quienes no tienen cobertura) y de enfermedad crónica (donde aparece un uso mayor de quienes sí cuentan con cobertura). En los casos de urgencias, la condición de NBI del hogar muestra una leve

incidencia en el mayor uso del servicio; mientras que el signo de esta incidencia, aunque levemente, se invierte en los casos de tratamiento continuado y enfermedad crónica.

Finalmente, la carencia de servicios básicos se presenta como el factor que menos incide de los aquí ponderados, presentando una brecha levemente significativa sólo en las consultas por enfermedad crónica.

Cuadro VIII.2. Motivo de su última consulta unificada según si el responsable posee (o no) cobertura social, pobreza estructural del hogar (NBI), carencia de servicios básicos y clima educativo. San Fernando, 2008.

Motivo de su última consulta unificada	Características de los hogares*							
	Cobertura social		NBI		Carencia de servicios		Clima educativo	
	Si	No	Si	No	Si	No	Bajo	Alto
Por prevención / control	57,3%	57,8%	57,8%	57,4%	58,6%	57,0%	53,5%	61,5%
Por urgencia	7,1%	5,7%	8,5%	5,6%	7,8%	6,0%	6,4%	5,8%
Por enfermedad	13,8%	22,0%	18,2%	17,1%	18,5%	16,9%	18,2%	15,1%
Por tratamiento continuado	7,6%	7,6%	6,6%	8,2%	7,6%	7,6%	10,2%	4,3%
Por enfermedad crónica	7,8%	2,9%	4,0%	6,2%	3,1%	6,8%	4,3%	8,3%
Otras	0,6%	0,7%	0,8%	0,5%	0,9%	0,5%	0,8%	0,7%
Ns / Nc	5,7%	3,4%	4,0%	4,9%	3,5%	5,2%	6,6%	4,3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(630)	(592)	(472)	(754)	(459)	(767)	(488)	(278)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

*Los porcentajes se basan en cantidad de respuestas

Cuando se considera la incidencia para las consultas obstétricas y/o ginecológicas de este mismo conjunto de variables en la condición del responsable, nuevamente es el clima educativo el que presenta niveles de mayor significación, particularmente en las consultas de prevención y control donde se presenta una brecha de 11 puntos porcentuales a favor de quienes provienen de hogares con clima educativo más alto.

Cuadro VIII.3. Motivo de la última consulta al Ginecólogo / Obstetra según si el responsable posee (o no) cobertura social, pobreza estructural del hogar (NBI), carencia de servicios básicos y clima educativo. San Fernando, 2008.

Motivo de su última consulta unificada	Características de los hogares							
	Cobertura social		NBI		Carencia de servicios		Clima educativo	
	Si	No	Si	No	Si	No	Bajo	Alto
Por prevención / control	85,5%	87,4%	86,3%	87,0%	87,0%	86,0%	78,1%	89,1%
Por urgencia	1,4%	1,5%	1,8%	1,1%	1,9%	1,1%	2,4%	1,1%
Por enfermedad	4,5%	4,0%	3,0%	5,0%	1,9%	5,7%	5,3%	8,7%
Por tratamiento continuado	1,4%	4,5%	2,4%	3,1%	3,2%	2,6%	4,7%	0%
Por enfermedad crónica	0,5%	0%	0,6%	0%	0,6%	0%	0,0%	0%
Otras	1,4%	1,0%	1,2%	1,1%	1,3%	1,1%	1,8%	1,1%
Ns / Nc	5,5%	1,55	4,8%	2,7%	3,9%	3,4%	7,7%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(220)	(98)	(158)	(261)	(265)	(154)	(169)	(92)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

En cuanto a las consultas pediátricas se observa que el clima educativo “alto” favorece las consultas por prevención y/o control, mientras que esa relación se invierte en el caso de consultas por enfermedad.

Por su parte, las consultas pediátricas por enfermedad resultan más elevadas entre la población sin cobertura, allí la brecha es de 10 puntos porcentuales a favor de quienes no cuentan con cobertura; mientras que el sentido de la brecha se invierte (aunque más reducida) cuando se trata de consultas motivadas en prevención o control. En este último tipo de consultas se evidencia un mayor uso del servicio por parte de aquellos hogares carecen de los servicios básicos y se encuentran en situación de NBI. Cabe destacar que uno de los problemas ya reiterados tiene que ver con las dificultades para cubrir los cargos de pediatra; en ese contexto, cuando se producen licencias o vacantes no cubiertas, se prioriza en el momento de otorgar el turno a la atención de la enfermedad respecto del control del niño sano.

Cuadro VIII.4. Motivo de la última consulta Pediátrica según si el responsable posee (o no) cobertura social, pobreza estructural del hogar (NBI), carencia de servicios básicos y clima educativo. San Fernando, 2008.

Motivo de la última consulta Pediátrica	Características de los hogares							
	Cobertura social		NBI		Carencia de servicios		Clima educativo	
	Si	No	Si	No	Si	No	Bajo	Alto
Por prevención / control	65,1%	62,5%	66,9%	61,5%	67,2%	61,4%	62,3%	68,8
Por urgencia	8,1%	5,1%	7,2%	6,4%	7,3%	6,3%	3,3%	5,2
Por enfermedad	10,7%	20,5%	16,5%	15,0%	16,8%	14,8%	16,4%	9,1
Por tratamiento continuado	4,0%	4,5%	3,6%	4,8%	2,2%	5,8%	6,6%	3,9
Por enfermedad crónica	1,3	0,6%	0,7%	1,1%	0,7%	1,1%	0,0%	1,3
Otras	0%	0,6%	0,7%	0%	0,7%	0%	0,8%	0,0
Ns / Nc	10,7%	6,3%	4,3%	11,2%	5,1%	10,9%	10,7%	11,7
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(149)	(176)	(139)	(187)	(137)	(189)	(122)	(77)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Las consultas a los médicos clínicos revisten gran importancia en los centros de salud ya que suelen funcionar como los médicos generalistas que hacen de nexo al interior del sistema. Las 4 variables socioeconómicas aquí consideradas presentan disímiles niveles de incidencia.

La cobertura social es la variable que presenta mayor incidencia; quienes carecen de algún sistema de protección realizan – en términos relativos – un mayor porcentaje de consultas por enfermedad; esta orientación se observa también en la incidencia en el mismo tipo de consultas que presentan los casos con NBI, carencia de servicios y bajo clima educativo, aunque con diferencias mucho menores.

El sentido de esta brecha se invierte cuando se trata de consultas a clínico por prevención o control, al igual que en los casos de urgencia y de enfermedad crónica donde resulta mayor la población con cobertura. El clima educativo alto muestra incidencia en las consultas por prevención y en las enfermedades crónicas.

Cuadro VIII.5. Motivo de la última consulta a un clínico de familia según si el responsable posee (o no) cobertura social, pobreza estructural del hogar (NBI), carencia de servicios básicos y clima educativo. San Fernando, 2008.

Motivo de la última consulta a un clínico de familia	Características de los hogares							
	Cobertura social		NBI		Carencia de servicios		Clima educativo	
	Si	No	Si	No	Si	No	Bajo	Alto
Por prevención / control	30,4%	26,9%	26,1%	30,6%	25,5%	30,9%	26,3%	32,2%
Por urgencia	13,6%	10,9%	16,1%	10,2%	14,6%	11,2%	12,9%	12,2%
Por enfermedad	27,1%	41,3%	35,4%	32,5%	37,6%	31,3%	34,5%	27,8%
Por tratamiento continuado	11,2%	12,9%	11,8%	12,2%	14,6%	10,4%	16,4%	6,7%
Por enfermedad crónica	16,8%	6,5%	9,9%	12,9%	7,0%	14,7%	9,4%	18,9%
Ns / Nc	0,9%	1,5%	0,6%	1,6%	0,6%	1,5%	0,6%	2,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(214)	(201)	(161)	(255)	(157)	(259)	(171)	(90)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

En las consultas al especialista en tercera edad nuevamente se destaca un mayor uso de la población sin cobertura cuando se trata de enfermedad, mientras que la situación se revierte cuando se trata de tratamiento continuado. En este rubro, sin embargo, la carencia de servicios y la situación de NBI también muestran incidencia en el mayor uso del servicio. Por su parte, el mayor nivel educativo vuelve a mostrar una incidencia a favor de las consultas de tipo preventivo.

Cuadro VIII.6. Motivo de la última consulta al especialista en adultos mayores según si el responsable posee (o no) cobertura social, pobreza estructural del hogar (NBI), carencia de servicios básicos y clima educativo. San Fernando, 2008.

Motivo de la última consulta	Características de los hogares							
	Cobertura social		NBI		Carencia de servicios		Clima educativo	
	Si	No	Si	No	Si	No	Bajo	Alto
Por prevención / control	22,6%	20,0%	14,3%	23,5%	20,0%	22,2%	25,5%	36,4%
Por enfermedad	6,5%	30,0%	14,3%	11,8%	0%	13,9%	5,0%	9,1%
Por tratamiento continuado	38,7%	0%	42,9%	26,5%	60,0%	25,0%	30,0%	9,1%
Por enfermedad crónica	29,0%	30,0%	14,3%	32,4%	0%	33,3%	25,0%	45,5%
Ns / Nc	3,2%	20,0%	14,3%	5,9%	20,0%	5,6%	15,0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(31)	(10)	(7)	(34)	(5)	(36)	(20)	(11)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

El clima educativo del hogar no muestra una incidencia lineal en el uso de los servicios. Lo que sí se presenta como una constante es que en todas las especialidades, salvo la de

adolescencia, el mayor clima educativo del hogar eleva las consultas de tipo preventivo o de control por parte de las familias.

Cuadro VIII.7. Motivo de la última consulta a las especialidades básicas según clima educativo de hogar. San Fernando, 2008.

Motivo de la última consulta	Clima Educativo									
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Especialista en Adolescencia		Clínico de Familia		Atención adultos mayores	
	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Por prevención / control	78,1%	89,1%	62,3%	68,8	50,0%	11,1%	26,3%	32,2%	25,5%	36,4%
Por urgencia	2,4%	1,1%	3,3%	5,2	17,0%	0%	12,9%	12,2%	0%	0%
Por enfermedad	5,3%	8,7%	16,4%	9,1	0%	0%	34,5%	27,8%	5,0%	9,1%
Por tratamiento continuado	4,7%	0%	6,6%	3,9	0%	33,3%	16,4%	6,7%	30,0%	9,1%
Por enfermedad crónica	0,0%	0%	0,0%	1,3	0%	11,1%	9,4%	18,9%	25,0%	45,5%
Otras	1,8%	1,1%	0,8%	0,0	0%	11,1%	0%	0%	0%	0%
Ns / Nc	7,7%	0%	10,7%	11,7	33,0%	33,3%	0,6%	2,2%	15,0%	0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(169)	(92)	(122)	(77)	(6)	(9)	(171)	(90)	(20)	(11)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

La población en situación de NBI no muestra un mayor uso de los servicios, salvo en los casos de pediatría para las consultas preventivas, en consultas de adultos mayores para el tratamiento continuado, y en la especialidad adolescencia y clínica para las urgencias.

Cuadro VIII.8. Motivo de la última consulta a las especialidades básicas según condición de pobreza estructural del hogar (NBI). San Fernando, 2008.

Motivo de la última consulta	Necesidades Básicas Insatisfechas									
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Especialista en Adolescencia		Clínico de Familia		Atención adultos mayores	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Por prevención / control	86,3%	87,0%	66,9%	61,5%	28,6%	29,4%	26,1%	30,6%	14,3%	23,5%
Por urgencia	1,8%	1,1%	7,2%	6,4%	14,3%	5,9%	16,1%	10,2%	0%	0%
Por enfermedad	3,0%	5,0%	16,5%	15,0%	0%	5,9%	35,4%	32,5%	14,3%	11,8%
Por tratamiento continuado	2,4%	3,1%	3,6%	4,8%	0%	29,4%	11,8%	12,2%	42,9%	26,5%
Por enfermedad crónica	0,6%	0%	0,7%	1,1%	0%	5,9%	9,9%	12,9%	14,3%	32,4%
Otras	1,2%	1,1%	0,7%	0%	14,3%	5,9%	0%	0%	0%	0%
Ns / Nc	4,8%	2,7%	4,3%	11,2%	42,9%	17,6%	0,6%	1,6%	14,3%	5,9%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(158)	(261)	(139)	(187)	(7)	(17)	(161)	(255)	(7)	(34)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

En forma similar, la población que carece de servicios tampoco muestra hacer un mayor uso de los servicios por encontrarse en esta situación; aunque vale mencionar el caso de las consultas de adultos mayores para los tratamientos continuados donde sí se presenta un sesgo significativo por parte de esta población.

Cuadro VIII.9. Motivo de la última consulta a las especialidades básicas según vivienda con carencia de servicios básicos. San Fernando, 2008.

Motivo de la última consulta	Carencia de servicios básicos									
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Especialista en Adolescencia		Clínico de Familia		Atención adultos mayores	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Por prevención / control	87,0%	86,0%	67,2%	61,4%	33,3%	27,8%	25,5%	30,9%	20,0%	22,2%
Por urgencia	1,9%	1,1%	7,3%	6,3%	0%	11,1%	14,6%	11,2%	0%	0%
Por enfermedad	1,9%	5,7%	16,8%	14,8%	0%	5,6%	37,6%	31,3%	0%	13,9%
Por tratamiento continuado	3,2%	2,6%	2,2%	5,8%	16,7%	22,2%	14,6%	10,4%	60,0%	25,0%
Por enfermedad crónica	0,6%	0%	0,7%	1,1%	16,7%	0%	7,0%	14,7%	0%	33,3%
Otras	1,3%	1,1%	0,7%	0%	16,7%	5,6%	0%	0%	0%	0%
Ns / Nc	3,9%	3,4%	5,1%	10,9%	16,7%	27,8%	0,6%	1,5%	20,0%	5,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(265)	(154)	(137)	(189)	(6)	(18)	(157)	(259)	(5)	(36)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

La situación de contar o no con cobertura social no parece ser un factor determinante en el uso de los servicios que brindan los Centros de Salud. Igualmente, se observa un mayor uso por parte de la población sin cobertura en la atención de enfermedades para las especialidades de pediatría y clínica, lo mismo que en ‘adolescencia’ tanto en la prevención como en el tratamiento continuado.

Cuadro VIII.10. Motivo de la última consulta a las especialidades básicas según si el responsable posee (o no) cobertura social. San Fernando, 2008.

Motivo de la última consulta	Especialidad y cobertura social del responsable									
	Obstetricia/ Ginecología		Pediatría		Especialista en Adolescencia		Clínico de Familia		Atención adultos mayores	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Por prevención / control	85,5%	87,4%	65,1%	62,5%	25,0%	50,0%	30,4%	26,9%	22,6%	20,0%
Por urgencia	1,4%	1,5%	8,1%	5,1%	6,3%	0%	13,6%	10,9%	0%	0%
Por enfermedad	4,5%	4,0%	10,7%	20,5%	6,3%	0%	27,1%	41,3%	6,5%	30,0%
Por tratamiento continuado	1,4%	4,5%	4,0%	4,5%	18,8%	33,3%	11,2%	12,9%	38,7%	0%
Por enfermedad crónica	0,5%	0%	1,3	0,6%	6,3%	0%	16,8%	6,5%	29,0%	30,0%
Otras	1,4%	1,0%	0%	0,6%	6,3%	16,7%	0%	0%	0%	0%
Ns / Nc	5,5%	1,55	10,7%	6,3%	31,3%	16,7%	0,9%	1,5%	3,2%	20,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(220)	(98)	(149)	(176)	(16)	(7)	(214)	(201)	(31)	(10)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

El servicio de odontología registra un mayor uso por parte de la población en las zonas 2 y 3, mientras se reduce en la 1; asimismo muestra un mayor uso del servicio por parte de quienes tienen un nivel educativo alto y no presenta una incidencia significativa la condición de NBI o el carecer de cobertura social.

Cuadro VIII.11. Consulta odontológica unificada según zona geográfica, (o no) cobertura social, pobreza estructural del hogar (NBI), y clima educativo. San Fernando, 2008.

Realiza consulta odontológica	Características del hogares*								
	Cobertura social		NBI		Clima educativo		Zona dominio		
	Si	No	Si	No	Bajo	Alto	Z1	Z2	Z3
Si	50,2%	51,2%	47,9%	52,6	40,7%	57,4%	42,3%	52,1%	52,2%
No	49,6%	48,8%	51,8%	47,4	59,0%	42,6%	57,7%	47,5%	47,8%
Ns / Nc	0,2%	0%	0,3%	0%	0,3%	0%	0%	0,4%	0%
Total	100% (456)	100% (412)	100% (332)	100% (538)	100% (354)	100% (190)	100% (130)	100% (238)	100% (504)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

*Los porcentajes se basan en cantidad de respuestas

Por su parte, el uso del servicio de odontología muestra un perfil diferente según se trate de adultos o de niños; mientras los primeros presentan niveles similares de consulta por prevención, urgencia y tratamiento continuado, en el caso de los niños se destaca el mayor índice de consultas por prevención y control.

Cuadro VIII.12. Motivo de realización de consulta odontológica de niños y adultos de hogares. San Fernando, 2008.

Motivo de realización de consulta odontológica	Realización de consulta en*	
	Adultos	Niños
Por prevención / control	30,1%	46,2%
Por urgencia	27,5%	11,6%
Por enfermedad	5,9%	2,9%
Por tratamiento continuado	33,8%	33,5%
Por enfermedad crónica	0,4%	0%
Otras	2,2%	5,8%
Total	100% (269)	100% (173)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

El clima educativo del hogar muestra una alta incidencia en las consultas por prevención y control, tanto en niños como en adultos; mientras que el uso de los servicios aumenta

por parte de los hogares con bajo nivel educativo en los casos de urgencia y de tratamiento prolongado.

Cuadro VIII.13. Motivo de realización de consulta odontológica de niños y adultos según clima educativo de hogares. San Fernando, 2008.

Motivo de realización de consulta odontológica	Clima Educativo			
	Adultos		Niños	
	Bajo	Alto	Bajo	Alto
Por prevención / control	18,9%	55,1%	35,2%	70,0%
Por urgencia	30,0%	17,4%	20,4%	5,0%
Por enfermedad	5,6%	5,8%	1,9%	5,0%
Por tratamiento continuado	40,0%	18,8%	35,2%	20,0%
Por enfermedad crónica	1,1%	0%	0%	0%
Otras	4,4%	2,9%	7,4%	0%
Total	100% (90)	100% (69)	100% (54)	100% (40)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Los servicios de odontología son utilizados por un mayor porcentaje de población sin cobertura social cuando se trata de urgencias en el caso de los adultos y de tratamiento continuado en el caso de los niños; mientras que este signo se invierte cuando se trata de consultas por prevención y control donde acceden mayoritariamente población con cobertura social tanto en niños como en adultos.

Cuadro VIII.14. Motivo de realización de consulta odontológica de niños y adultos según si el responsable posee (o no) cobertura social. San Fernando, 2008.

Motivo de realización de consulta odontológica	Cobertura Social			
	Adultos		Niños	
	Si	No	Si	No
Por prevención / control	39,4%	24,4%	55,0%	39,1%
Por urgencia	20,8%	36,1%	11,3%	12,0%
Por enfermedad	4,7%	7,6%	3,8%	2,2%
Por tratamiento continuado	35,6%	31,1%	26,3%	39,1%
Por enfermedad crónica	0,7%	0%	0%	0%
Otras	3,4%	0,8%	3,8%	7,6%
Total	100% (149)	100% (119)	100% (80)	100% (92)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Cuando se analiza la realización de consultas odontológicas según zona geográfica, ésta muestra un uso relativamente similar en las tres áreas con predominio del tipo de consulta por prevención o control. Sin embargo, hay importantes variaciones en cuanto al tipo de efector del sistema de salud más utilizado por la población. Mientras que en la zona 1 el hospital se presenta como el ámbito de mayor atención, en la zona 2 hay un uso más equilibrado con leve predominio de los centros de salud, mientras que en la zona 3 es mayor el uso del primer nivel de atención por parte de la población.

Cuadro VIII.15. Motivo de realización de última consulta, según zona geográfica de residencia y tipo de efector utilizado. San Fernando, 2008

Zonas Dominio	Motivo de última consulta unificada	Efectores utilizados en las últimas consultas*								Total
		Centro de Salud	Hospital	Otros	Centro de Salud + Otros	Hospital + Otros	No contesta	Centro de salud + Hospital	Centro de salud + Hospital + Otros	
Zona 1	Por prevención / control	23,3%	40,0%	35,2%	26,7%	30,6%	20,0%	-	-	32,0%
	Por urgencia	13,3%	20,0%	0%	0%	10,0%	2,9%	-	-	2,2%
	Por enfermedad	13,3%	0%	5,7%	6,7%	0%	8,6%	-	-	6,5%
	Por tratamiento continuado	0%	0%	3,0%	13,3%	0%	2,9%	-	-	3,1%
	Por enfermedad crónica	0%	0%	7,8%	6,7%	10,0%	2,9%	-	-	6,5%
	Otras	0%	0%	0%	0%	0%	2,9%	-	-	0,3%
	Ns/Nc	3,3%	0%	0%	0%	0%	25,7%	-	-	3,4%
	No consulta	46,7%	40,7%	47,8%	46,7%	50,0%	34,3%	-	-	46,2%
	Total	100% (30)	100% (5)	100% (230)	100% (15)	100% (10)	100% (5)	-	-	100% (325)
Zona 2	Por prevención / control	37,7%	35,0%	37,3%	40,0%	32,5%	26,7%	36,3%	20,0%	35,8%
	Por urgencia	6,8%	0%	7,3%	0%	2,5%	2,2%	2,5%	33,3%	5,9%
	Por enfermedad	6,8%	5,0%	7,3%	8,0%	2,5%	0%	6,3%	0%	5,9%
	Por tratamiento continuado	2,7%	5,0%	2,7%	12,0%	12,5%	2,2%	3,8%	0%	3,9%
	Por enfermedad crónica	1,8%	5,0%	1,3%	0%	0%	11,1%	3,8%	13,3%	2,9%
	Otras	0,5%	5,0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0,3%

Zonas Dominio	Motivo de ultima consulta unificada	Efectores utilizados en las ultimas consultas*								Total
		Centro de Salud	Hospital	Otros	Centro de Salud + Otros	Hospital + Otros	No contesta	Centro de salud + Hospital	Centro de salud + Hospital + Otros	
Zona 3	Ns/Nc	0,5%	5,0%	0%	0%	2,5%	24,4%	0%	0%	2,4%
	No consulta	43,2%	40,0%	44,0%	40,0%	47,5%	33,3%	47,5%	33,3%	43,0%
	Total	100% (220)	100% (20)	100% (150)	100% (25)	100% (40)	100% (45)	100% (80)	100% (15)	100% (595)
	Por prevención / control	34,9%	20,0%	33,3%	32,3%	33,3%	15,6%	27,2%	31,1%	31,0%
	Por urgencia	3,5%	2,9%	2,1%	3,1%	0%	5,6%	2,2%	4,4%	3,2%
	Por enfermedad	13,3%	5,7%	9,2%	14,6%	6,7%	4,4%	20,0%	11,1%	12,8%
	Por tratamiento continuado	3,3%	11,4%	4,6%	3,8%	0%	5,6%	6,1%	15,6%	4,8%
	Por enfermedad crónica	1,9%	0%	2,6%	2,3%	6,7%	2,2%	3,3%	0%	2,2%
	Otras	0,4%	0%	0,5%	0%	6,7%	0%	0,6%	0%	0,4%
	Ns/Nc	0,9%	2,9%	1,0%	1,5%	0%	20,0%	0,6%	4,4	2,5%
	No consulta	42,6%	57,1%	46,7%	42,3%	46,7%	46,7%	40,0%	33,3%	43,3%
	Total	100% (570)	100% (35)	100% (195)	100% (130)	100% (15)	100% (90)	100% (180)	100% (45)	100% (1260)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

*Los porcentajes se basan en cantidad de respuestas

La atención (leída desde las consultas unificadas) presenta un perfil donde el mayor porcentaje de ellas se originan en motivos de prevención y control (en torno a la tercera parte) mientras que alrededor de un 10% son motivadas por enfermedades. El clima educativo del hogar incide en acentuar este predominio de las consultas por prevención (que llega al 36% en el nivel educativo alto, mientras sólo alcanza el 29,5% en el más bajo). Por su parte, los centros de salud cobran mayor relevancia para los niveles educativos bajo y medio, mientras que el hospital lo hace para los de clima educativo más elevado. Asimismo, las familias de bajo clima educativo aparecen algo relegadas cuando la atención es articulada entre centro de salud y hospital (lo mismo que entre ambos y algún otro efector).

Cuadro VIII.16. Motivo de realización de última consulta, según clima educativo de hogar y tipo de efector utilizado. San Fernando, 2008.

Clima Educativo	Motivo de última consulta unificada	Efectores utilizados en las últimas consultas*								Total
		Centro de Salud	Hospital	Otros	Centro de Salud + Otros	Hospital + Otros	No contesta	Centro de salud + Hospital	Centro de salud + Hospital + Otros	
Bajo	Por prevención / control	34,1%	20,0%	31,7%	29,0%	25,0%	26,7%	20,0%	14,7%	29,5%
	Por urgencia	3,9%	4,0%	1,4%	3,0%	3,3%	0%	10,0%	5,3%	3,5%
	Por enfermedad	12,4%	4,0%	4,1%	16,0%	16,7%	0%	5,0%	4,2%	10,1%
	Por tratamiento continuado	3,7%	16,0%	6,9%	4,0%	8,3%	13,3%	20,0%	4,2%	5,6%
	Por enfermedad crónica	1,7%	4,0%	2,8%	3,0%	0%	3,3%	0%	5,3%	2,4%
	Otras	0,5%	0%	0%	1,0%	0%	3,3%	0%	0%	0,5%
	Ns/Nc	0,7%	4,0%	0,7%	1,0%	1,7%	3,3%	10,0%	23,2%	3,6%
	No consulto	42,9%	48,0%	52,4%	43,0%	45,0%	50,0%	35,0%	43,2%	44,9%
	Total	100% (410)	100% (25)	100% (145)	100% (100)	100% (60)	100% (30)	100% (20)	100% (95)	100% (885)
	Medio	Por prevención / control	34,5%	13,3%	34,4%	30,8%	37,6%	40,0%	33,3%	24,0%
Por urgencia		5,2%	0%	3,9%	1,7%	2,4%	0%	13,3%	0%	4,0%
Por enfermedad		11,2%	6,7%	8,9%	16,7%	8,2%	6,7%	10,0%	4,0%	10,8%
Por tratamiento continuado		2,1%	6,7%	2,8%	5,8%	4,7%	6,7%	10,0%	12,0%	3,9%
Por enfermedad crónica		2,1%	0%	3,3%	3,3%	4,7%	0%	0%	0%	2,6%
Otras		0,3%	0%	0,6%	0%	0%	0%	0%	0%	0,3%
Ns/Nc		0,9%	6,7%	0,6%	0%	1,2%	0%	0%	20,0%	1,4%
No consulto		43,6%	66,7%	45,6%	41,7%	41,2%	46,7%	33,3%	40,0%	43,5%
Total		100% (330)	100% (15)	100% (180)	100% (120)	100% (85)	100% (15)	100% (30)	100% (25)	100% (800)
Alto		Por prevención / control	38,7%	45,0%	37,9%	30,0%	36,0%	35,0%	30,0%	24,4%
	Por urgencia	4,0%	5,0%	2,5%	2,5%	0%	10,0%	10,0%	4,4%	3,4%

Clima Educativo	Motivo de ultima consulta unificada	Efectores utilizados en las ultimas consultas*								Total
		Centro de Salud	Hospital	Otros	Centro de Salud + Otros	Hospital + Otros	No contesta	Centro de salud + Hospital	Centro de salud + Hospital + Otros	
	Por enfermedad	9,3%	5,0%	8,3%	12,5%	20,0%	5,0%	10,0%	4,4%	8,8%
	Por tratamiento continuado	4,0%	0%	2,1%	7,5%	4,0%	0%	0%	0%	2,5%
	Por enfermedad crónica	1,3%	0%	5,8%	5,0%	0%	5,0%	20,0%	6,7%	4,8%
	Otras	0%	5,0%	0%	0%	0%	0%	0%	2,2%	0,4%
	Ns/Nc	1,3%	0%	0,4%	0%	0%	0%	0%	22,2%	2,5%
	No consulto	41,3%	40,0%	42,9%	42,5%	40,0%	45,0%	30,0%	35,6%	41,5%
	Total	100% (75)	100% (20)	100% (240)	100% (40)	100% (25)	100% (20)	100% (10)	100% (45)	100% 475

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

*Los porcentajes se basan en cantidad de respuestas

El análisis de la consulta unificada no muestra un perfil de atención que evidencie un mayor uso por parte de la población con NBI. Sin embargo, sí debe destacarse el mayor uso del servicio hospitalario por parte de la población con NBI a través de esta modalidad de atención en las consultas por motivos de prevención/control.

Cuadro VIII. 7. Motivo de realización de última consulta, según condición de pobreza estructural del hogar (NBI). San Fernando, 2008.y utilización de prestadores. San Fernando, 2008.

Necesidades Básicas Insatisfechas	Motivo de ultima consulta unificada	Efectores utilizados en las ultimas consultas*								Cantidad de respuestas
		Centro de Salud	Hospital	Otros	Centro de Salud + Otros	Hospital + Otros	No contesta	Centro de salud + Hospital	Centro de salud + Hospital + Otros	
Si	Por prevención / control	33,8%	30,0%	35,4%	25,2%	35,8%	33,3%	26,7%	21,7%	433
	Por urgencia	3,9%	2,5%	1,7%	2,2%	2,1%	4,4%	15,6%	3,3%	42
	Por enfermedad	12,2%	5,0%	7,5%	16,3%	12,6%	2,2%	6,7%	5,0%	129
	Por tratamiento continuado	3,9%	5,0%	3,8%	5,9%	5,3%	8,9%	11,1%	4,2%	62
	Por enfermedad crónica	1,3%	2,5%	4,6%	6,7%	1,1%	2,2%	4,4%	5,0%	47

Necesidades Básicas Insatisfechas	Motivo de última consulta unificada	Efectores utilizados en las últimas consultas*								Cantidad de respuestas
		Centro de Salud	Hospital	Otros	Centro de Salud + Otros	Hospital + Otros	No contesta	Centro de salud + Hospital	Centro de salud + Hospital + Otros	
No	Otras	0,3%	2,5%	0%	0,7%	0%	0%	0%	0,8%	4
	Ns/Nc	1,0%	2,5%	0,4%	0,7%	0%	0%	4,4%	22,5%	37
	No consulto	43,6%	50,0%	46,7%	42,2%	43,2%	48,9%	31,1%	37,5%	591
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	poner el n
	Por prevención / control	35,4%	20,0%	33,7%	35,8%	29,3%	30,0%	33,3%	14,0%	273
	Por urgencia	5,5%	5,0%	7,4%	2,5%	2,7%	0%	0%	6,0%	40
	Por enfermedad	11,0%	5,0%	6,3%	14,2%	13,3%	5,0%	13,3%	2,0%	86
	Por tratamiento continuado	2,3%	15,0%	2,1%	5,0%	6,7%	5,0%	13,3%	4,0%	31
	Por enfermedad crónica	2,3%	0%	3,2%	0%	4,0%	5,0%	0%	4,0%	19
	Otras	0,5%	0%	1,1%	0%	0%	5,0%	0%	0%	4
	Ns/Nc	0,7%	5,0%	1,1%	0%	2,7%	5,0%	0%	22,0%	19
	No consulto	42,3%	50,0%	45,3%	42,5%	41,3%	45,0%	40,0%	48,0%	358
	Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	poner el n

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

*Los porcentajes se basan en cantidad de respuestas

IX. VÍNCULO PROFESIONAL / PACIENTE

El vínculo profesional-paciente es un aspecto central en la calidad de la atención y en el logro de resultados efectivos en la salud de la población.

En lo que respecta a la atención infantil, los centros de salud muestran una labor satisfactoria desde la perspectiva de la población: el 84,5 % declara que los profesionales identifican claramente los síntomas, que dedican el tiempo suficiente (75,47%), casi la mitad considera que también toma en cuenta otros factores al evaluar la salud de los niños y niñas, a la vez que una amplia mayoría (85,5%) valora como adecuada la formación y el conocimiento de los profesionales, así como reconoce un vínculo de confianza (casi el 88% cree que el profesional guarda el secreto) y que la consulta es un espacio propicio donde puede detectarse un nuevo problema. Como ‘llamado de atención’ cabe mencionar que 1 de cada 3 personas considera que no se ponderan otros factores y que los centros de salud no cuentan con recursos materiales suficientes.

Cuadro IX.1. Hogares que concurren al centro de salud para la atención de niños, según atributos de la consulta. San Fernando, 2008.

Atributos al concurrir a la atención en centros de salud	Atención de Niños			
	Si	No	Ns/Nc	Total
Identifican los síntomas	84,5%	14,5%	1,0%	100% (207)
Dedican tiempo	75,4%	22,7%	1,9%	100% (207)
Tiene en cuenta otros factores	62,3%	33,8%	3,9%	100% (207)
El medico esta formado	85,5%	12,6%	1,9%	100% (207)
Cuenta con saberes y experiencia	85,5%	12,1%	2,4%	100% (207)
Cuenta con recursos materiales ⁴⁸	65,7%	31,9%	2,4%	100% (207)
El profesional guarda el secreto	87,9%	6,3%	5,8%	100% (207)
Se puede detectar un nuevo problema	78,3%	17,9%	3,9%	100% (207)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

⁴⁸ La pregunta remite a si “siente que el profesional cuenta con los recursos materiales necesarios para realizar curaciones, otorgar medicamentos, antibióticos, etc.”. Cabe destacar que la pregunta releva la percepción del responsable, no permite por tanto relevar aspectos de hecho sobre la existencia (o no) de recursos materiales sino juicios de valor.

En concordancia con otros desempeños ya referidos, la atención de las mujeres los centros de salud muestran su mejor performance desde la percepción de la población, allí los índices son muy elevados en todas las variables ponderadas dando cuenta de un vínculo de confianza con los profesionales y de un espacio altamente valorado por las usuarias tanto en la consideración de los médicos como en los aspectos materiales del servicio. Al igual que en la atención de niños, aunque con porcentajes algo menores, hay un sector minoritario de la población que considera que los profesionales no ponderan otros factores (1 de cada 4) y que no cuenta con los recursos suficientes (21,8%).

Cuadro IX.2. Hogares que concurren al centro de salud para la atención en ginecología, según atributos de la consulta. San Fernando, 2008.

Atributos al concurrir a la atención en centros de salud	Atención en Ginecología			
	Si	No	Ns/Nc	Total
Identifican los síntomas	93,0%	5,7%	1,3%	100% (229)
Dedican tiempo	88,2%	10,9%	0,9%	100% (229)
Tiene en cuenta otros factores	71,2%	25,8%	3,1%	100% (229)
El medico esta formado	93,9%	3,5%	2,6%	100% (229)
Cuenta con saberes y experiencia	91,7%	6,6%	1,7%	100% (229)
Cuenta con recursos materiales	76,9%	21,8%	1,3%	100% (229)
El profesional guarda el secreto	89,5%	6,6%	3,9%	100% (229)
Se puede detectar un nuevo problema	87,3%	9,6%	3,1%	100% (229)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

La atención de las embarazadas en los centros de salud también aparece con alta valoración por parte de la población, donde además de contar en todos los ítems con porcentajes positivos de más del 80%, se destacan los bajos índices de quienes contestaron por la negativa. En contraste con los servicios de ginecología y de niños, en la atención de embarazadas sólo 11,4% contestó que no se cuenta con los recursos materiales necesarios.

Cuadro IX.3. Hogares que concurren al centro de salud para la atención de embarazadas, según atributos de la consulta. San Fernando, 2008.

Atributos al concurrir a la atención en centros de salud	Atención de Embarazadas			
	Si	No	Ns/Nc	Total
Identifican los síntomas	88,6%	7,4%	4,0%	100% (175)
Dedican tiempo	89,1%	8,6%	2,3%	100% (175)
Tiene en cuenta otros factores	80,0%	17,7%	2,3%	100% (175)
El medico esta formado	93,7%	4,6%	1,7%	100% (175)
Cuenta con saberes y experiencia	90,9%	6,3%	2,9%	100% (175)
Cuenta con recursos materiales	84,6%	11,4%	4,0%	100% (175)
El profesional guarda el secreto	89,7%	5,1%	5,1%	100% (175)
Se puede detectar un nuevo problema	92,6%	3,4%	4,0%	100% (175)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

La atención de enfermos crónicos en los centros de salud también fue valorada positivamente, mientras que en este caso el déficit de recursos materiales fue señalado por el 23%.

Cuadro IX.4. Hogares que concurren al centro de salud para la atención de enfermos crónicos /discapacitados, según atributos de la consulta. San Fernando, 2008.

Atributos al concurrir a la atención en centros de salud	Atención de Enfermos Crónicos/Discapacitados			
	Si	No	Ns/Nc	Total
Identifican los síntomas	90,2%	5,7%	4,1%	100% (122)
Dedican tiempo	86,9%	9,0%	4,1%	100% (122)
Tiene en cuenta otros factores	78,7%	14,8%	6,6%	100% (122)
El medico esta formado	88,5%	6,6%	7,4%	100% (122)
Cuenta con saberes y experiencia	86,1%	6,6%	7,4%	100% (122)
Cuenta con recursos materiales	71,3%	23,0%	5,7%	100% (122)
El profesional guarda el secreto	88,5%	4,1%	7,4%	100% (122)
Se puede detectar un nuevo problema	82,8%	7,4%	9,8%	100% (122)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Como ya fue señalado, las especialidades que se brindan en los centros de salud aquí consideradas son valoradas positivamente por la población. Igualmente al trazar comparaciones entre las ponderaciones negativas a cada servicio, resulta llamativo que la atención de niños tienen los mayores porcentajes de respuestas negativas en todos los rubros.

Cuadro IX.5. Hogares que concurren al centro de salud y se atienden en especialidades, según los atributos de la consulta. San Fernando, 2008.

Atributos al concurrir a la atención en centros de salud	Atención de especialidades							
	Atención de Niños		Atención en Ginecología		Atención de Embarazadas		Atención de Enfermos Crónicos	
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
Identifican los síntomas	84,5%	14,5%	93,0%	5,7%	88,6%	7,4%	90,2%	5,7%
Dedican tiempo	75,4%	22,7%	88,2%	10,9%	89,1%	8,6%	86,9%	9,0%
Tiene en cuenta otros factores	62,3%	33,8%	71,2%	25,8%	80,0%	17,7%	78,7%	14,8%
El médico esta formado	85,5%	12,6%	93,9%	3,5%	93,7%	4,6%	88,5%	6,6%
Cuenta con saberes y experiencia	85,5%	12,1%	91,7%	6,6%	90,9%	6,3%	86,1%	6,6%
Cuenta con recursos materiales	65,7%	31,9%	76,9%	21,8%	84,6%	11,4%	71,3%	23,0%
El profesional guarda el secreto	87,9%	6,3%	89,5%	6,6%	89,7%	5,1%	88,5%	4,1%
Se puede detectar un nuevo problema	78,3%	17,9%	87,3%	9,6%	92,6%	3,4%	82,8%	7,4%

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

X. MODALIDADES DE ACCESO A LA ATENCIÓN EN LOS CENTROS DE SALUD Y VALORACIÓN DEL FONOTURNO

Tal como se viene analizando el acceso a los centros de salud por parte de la población del partido, reconoce diferencias según disponibilidad de cobertura, clima educativo y zona de residencia.

La atención está centrada en los hogares de la zona 3 (71,3%) y entre los hogares de clima educativo medio y bajo (alrededor del 89%) y un 67% de población sin cobertura de obra social y medicina privada.

Cuadro X.1. Hogares cuyos integrantes asisten a centros de salud según clima educativo de hogares, si el responsable posee (o no) cobertura social y zona geográfica de residencia. San Fernando, 2008.

		Hogares cuyos integrantes son atendidos en centros de salud
Zona	Zona 1	3,3%
	Zona 2	25,5%
	Zona 3	71,3%
Clima educativo	Bajo	46,9%
	Medio	41,5%
	Alto	11,7%
Cobertura social	Si	31,6%
	No	67,6%
	Ns/Nc	0,7%

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

La modalidad de acceso está muy marcada por las políticas locales implementadas en los últimos años⁴⁹: mientras el 77,4% lo hace telefónicamente, un 20% pide turno personalmente y sólo un 1.5% concurre sin turno o lo hace a través de alguna persona conocida. La solicitud de turnos personalmente en el centro es más elevada entre los hogares con clima educativo bajo que entre aquellos de clima educativo alto; en consecuencia, el uso del Fonoturno crece entre aquellos hogares con clima educativo alto; una situación similar sucede en la posibilidad de concurrir sin turno al centro de salud. En oportunidad del análisis de los datos, los funcionarios municipales consignaron que en la actualidad se avanzaba a niveles mayores de demanda espontánea que, sin desplazar la modalidad de acceso al turno por vía telefónica, permite un mayor nivel de captación de pacientes.

⁴⁹ Ver capítulo IV de este informe.

Cuadro X.2. Forma en la que los hogares buscan ser atendidos en el centro de salud según clima educativo. San Fernando, 2008.

Cómo hace para ser atendido en el centro de salud	Clima educativo			Total
	Bajo	Medio	Alto	
Pide turno personalmente	24,0%	19,3%	6,5%	20,1%
Pide turno telefónicamente	73,6%	78,1%	90,3%	77,4%
Concorre sin turno	0,8%	1,8%	3,2%	1,5%
A través de una persona conocida	1,6%	0,9%	0%	1,1%
Total	100%	100%	100%	100%
	(129)	(114)	(31)	(274)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Esta distribución del modo de acceso al centro de salud, supone un alto conocimiento del Fonoturno. Este relevamiento da cuenta que un 90% de la población conoce el mecanismo y un porcentaje algo mayor declara haberlo utilizarlo en el último año. El conocimiento se dio a través de los carteles en la vía pública y por referencias de amigos y familiares.

Cuadro X.3. Hogares cuyos integrantes asisten a centros de salud mediante el fonoturno según la forma en la que se enteraron del servicio y su utilización el último año. San Fernando, 2008.

Hogares cuyos integrantes son atendidos en centros de salud		
Conocimiento del fonoturno	Si	90,9%
	No	9,1%
Forma en la que se enteró del fonoturno	Cartel en la vía pública	21,2%
	TV	4,0%
	Radio	1,2%
	Por vecinos o familiares	30,0%
	Pasacalle	3,2%
	Otros	40,0%
	Ns/Nc	0,4%
Utilización del fonoturno en el último año	Si	92,4%
	No	7,2%
	Ns/Nc	0,4%

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Dado el alto porcentaje de utilización que tiene este mecanismo de obtención de turnos, se reproducen los sesgos propios de la población usuaria de centros de salud en clima educativo, cobertura de obra social y medicina privada y zona de residencia.

Cuadro X.4. Utilización del fonoturno según clima educativo, condición de pobreza estructural del hogar (NBI), cobertura social, condición de actividad del responsable y zona dominio. San Fernando, 2008.

Hogares que utilizan el fonoturno		
Clima educativo	Bajo	43,7%
	Medio	44,6%
	Alto	11,7%
NBI	Si	52,4%
	No	47,6%
Cobertura	Si	30,7%
	No	68,4%
Zona	Z1	3,0%
	Z2	26,0%
	Z3	71,0%
Condición del actividad del responsable	Ocupado	42,0%
	Desocupado	3,0%
	Inactivo	54,1%
	Ns/Nc	0,9%

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Las valoraciones de la población usuaria del Fonoturno son, en general positivas, alrededor del 80% lo valora como “muy bueno” y “bueno” y el 90,4% dice que demora menos de 5 minutos en comunicarse y que no existe ninguna franja horaria en la que haya dificultades para comunicarse.

Es llamativo el alto porcentaje de población (43,7%) que declara que le han modificado el turno. Otro aspecto llamativo es que un 20% no logra ser atendido cuando concurre a la fecha, no resolviendo el problema en el 80% de esos casos.

Cuadro X.5. Evaluación del servicio de fonoturno, demora en la comunicación y franja horaria con mayor dificultad para comunicarse. San Fernando, 2008.

Hogares que utilizan el fonoturno		
Evaluación del servicio	Muy Bueno	16,5%
	Bueno	62,3%
	Regular	16,5%
	Malo	4,8%
Demora en la comunicación	Menos de 5 minutos	90,4%
	Más de 5 minutos pero menos de 10 minutos	6,5%
	Más de 15 pero menos de 30 minutos	1,3%
	Más de 30 pero menos de 60 minutos	0,4%
	Más de 1 hora	0,9%
	Ns/Nc	0,4%
Existencia de franja horaria de mayor dificultad en la comunicación	Si	12,6%
	No	84,4%
	Ns/Nc	3,0%
Modificación de la fecha y hora del turno	Si	43,7%
	No	55,8%
	Ns/Nc	0,4%
Siempre logró ser atendido	Si	80,1%
	No	19,9%
Forma en la que resolvió el problema	Pide otro turno	10,0%
	Va a la guardia del hospital	5,2%
	Pide otro turno en el hospital	0,4%
	Lama a la secretaria de salud del municipio	0,4%
	Va la clínica privada	0,9%
	Va a un consultorio privado	0,9%
	Otros	0,4%
	Ns/Nc	1,7%
No resuelve el problema	80,1%	

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Un 36% de la población fue atendida puntualmente y un 26% en menos de media hora. Otro porcentaje similar tuvo que una espera entre media hora y una hora. El estudio muestra también que un 46,64% de los usuarios del servicio pueden elegir día y horario de consulta.

Cuadro X.6. Servicio de fonoturno: tiempo de espera y opciones de elección de horario de consulta. San Fernando, 2008.

Hogares que utilizan el fonoturno		
Opciones para elegir día y horario de consulta	Si	46,64%
	No	52,24%
	Ns/Nc	1,12%
	Total	100%
		(268)
Tiempo de espera	Atención puntual	36,8%
	Menos de ½ hora de retraso	26,0%
	Entre ½ hora y 1 hora de retraso	23,8%
	Entre 1 y 2 horas de retraso	9,5%
	Más de 2 horas de retraso	3,5%
	Ns/Nc	0,4%

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Una situación algo diferente presenta la población que acude al centro de salud a solicitar personalmente turno. El relevamiento muestra que solo un 32,7% puede elegir día y horario de la consulta, y la espera es menor a media hora en el 50% de los casos y 12% entre media hora y una hora. El porcentaje de espera mayor es muy superior a aquellos que utilizan el Fonoturno (25,5%) y también es mayor el porcentaje que no puede elegir día y horario.

Cuadro X.7. Hogares cuyos integrantes asisten a centros de salud mediante el pedido de turno personal del responsable, según el tiempo de espera para que le den el turno y las opciones para elegir el día y horario. San Fernando, 2008.

Hogares cuyos integrantes son atendidos en centros de salud y piden turno personalmente		
Opciones para elegir día y horario de la consulta	Si	32,7%
	No	65,5%
	Ns / Nc	1,8%
	Total	100%
		(55)
Tiempo de espera para que le den el turno	Menos de 1/2 hora	50,9%
	Entre ½ hora y 1 hora	12,7%
	Mas de 1 hora pero menos de 2	7,3%
	Mas de 2 horas	25,5%
	Ns /Nc	3,6%
	Total	100%
		(55)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Del total de los hogares que se atienden habitualmente en los centros de salud del partido, solo un 3,6% declaró haber tenido que pagar para ser atendido. El 95,6% declara no haber tenido que pagar para que lo atendieran en el centro de salud.

Cuadro X.8. Pago de bonos de los hogares que son atendidos en el centro de salud. San Fernando, 2008.

Pagó para ser atendido en un centro de salud	
Si	3,6%
No	95,6%
Ns / Nc	0,7%
Total	100%
	(275)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

XI. ACCESO A MEDICAMENTOS

La recepción de los medicamentos prescritos completa, para algunos sectores sociales, la capacidad de resolución del servicio en lo referido a recursos para tratamiento.

Según los datos de este estudio, alrededor de un 60% de la población que se atiende en los centros de salud declara haber recibido de forma gratuita los medicamentos prescritos y alrededor de un 30% en ocasiones. Un 8,7% declara no haber recibido los medicamentos.

Este valor desciende en dos puntos entre aquella población que carece de obra social o medicina privada: el 6,5% de los casos no recibió la medicación prescrita en forma gratuita y llega a la mitad (4,3%) entre aquella población que tiene NBI.

La zona de dominio muestra leves brechas que pueden explicarse por la demanda diferencial que enfrentan los servicios en los centros de salud. Mientras en la zona 1 (con apenas 9 casos) la cobertura gratuita es al 100% de la población que se atiende allí, en la zona 2 un 64,3% declara haber recibido los medicamentos y un 25,7% en ocasiones; mientras que en la zona 3 la composición varía entre el 56,1% que recibe los medicamentos y el 35,2% que lo hace en ocasiones. Cabe destacar que en los CAPS se entregan medicamentos correspondientes a las especialidades básicas y que aquellos que corresponden con enfermedades crónicas no son entregados desde ese efector.

Es llamativo que es mayor el porcentaje de hogares que han recibido medicamentos en forma gratuita entre aquellos cuyo responsable está ocupado (60,7%) que entre aquellos en los que el responsable – que en la mayoría de los casos son las madres amas de casa -- se encuentra desocupado (55,6%) o inactivo (58,5%).

Cuadro XI.1. Recepción de medicamentos de hogares que concurren al centro de salud según zona geográfica, (o no) cobertura social, pobreza estructural del hogar (NBI), y condición de actividad del responsable. San Fernando, 2008.

Recepción de medicación de los hogares		Entrega de medicación en forma gratuita			Total
		Si	No	En ocasiones/ según el caso	
Recibió medicación en forma gratuita		59,6%	8,7%	31,6%	100% (275)
Cobertura Social	Si	51,7%	13,8%	34,5%	100% (87)
	No	62,9%	6,5%	30,6%	100% (186)
	Ns/Nc	100%	0%	0%	100% (2)
NBI	Si	58,3%	4,3%	37,4%	100% (139)
	No	60,7%	13,3%	25,9%	100% (135)
	Ns/Nc	100%	0%	0%	100% (1)
Zona Dominio	Z1	100%	0%	0%	100% (9)
	Z2	64,3%	10,0%	25,7%	100% (70)
	Z3	56,1%	8,7%	35,2%	100% (196)
Condición de actividad del responsable	Ocupado	60,7%	7,7%	31,6%	100% (117)
	Desocupado	55,6%	11,1%	33,3%	100% (9)
	Inactivo	58,5%	9,5%	32,0%	100% (147)
	Ns/NC	100%	0%	0%	100% (2)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

De ese 8,7% de población que no recibe los medicamentos de forma gratuita, la mayor parte la compra 83,3% y un 8,3% lo compra en la secretaría. Es muy bajo el porcentaje de población que declara apelar a relaciones personales para adquirir los medicamentos (4,2%).

Cuadro X.2. Forma en la que busca conseguir el medicamento en hogares que concurren a centro de salud y no les dan medicamentos gratis. San Fernando, 2008.

Forma en la que busca conseguir el medicamento	Porcentaje de Hogares
Lo compra	83,3%
Lo busca en la Secretaría de salud del municipio	8,3%
Le pide a alguien que se lo consiga	4,2%
Ns/Nc	4,2%
Total	100% (24)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Cuadro X.3. Hogares que concurren a centro de salud y les dan medicamentos gratis según condición de pobreza estructural del hogar (NBI), cobertura social y condición de actividad del responsable. San Fernando, 2008.

Hogares que concurren a centro de salud y les dan medicamentos gratis	Porcentaje de Hogares	
NBI	Si	49,4%
	No	50,0%
	Ns/Nc	0,6%
Cobertura Social	Si	27,4%
	No	71,3%
	Ns/Nc	1,2%
Condición de actividad del responsable	Ocupado	43,3%
	Desocupado	3,0%
	Inactivo	52,4%
	Ns/Nc	1,3%

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

XII. COORDINACIÓN Y TRÁNSITO

El seguimiento de los problemas de salud de los pacientes a lo largo del tiempo a través de un equipo habitual es uno de los aspectos que dan cuenta del desempeño del sistema y de su articulación. El mismo supone integración y continuidad en la atención del paciente, así como de la disponibilidad de información acerca de sus problemas y de los servicios por él utilizados.

Dado que en el partido de San Fernando conviven dos jurisdicciones a cargo del sistema, hospital bajo jurisdicción provincial y centros de salud y Postas bajo jurisdicción municipal, es importante indagar desde los hogares cómo funcionan los mecanismos descriptos a propósito del análisis de los sistemas de referencia y contrareferencia.

En relación a esta última, es importante destacar que el 63,9% de los hogares cuyos integrantes se atienden en los centros de salud y tuvieron que atenderse por un especialista en el hospital, regresaron al centro en todos los casos y un 17,4% “a veces”. Un 14,6% declara no haberlo hecho nunca. Las acciones desarrolladas por el equipo de la denominada “oficina 5” en el Hospital de San Fernando se expresan en estos indicadores de desempeño.⁵⁰

Cuadro XII.1. Hogares cuyos integrantes regresaron al profesional que hizo la derivación a un especialista en el hospital. San Fernando, 2008

Hogares que regresaron al profesional que los derivó	
Siempre	63,9%
Nunca	14,6%
A veces	17,4%
Ns / Nc	4,2%
Total	100%
	(144)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Aunque con diferencias poco pronunciadas, el clima educativo del grupo familiar marca también brechas entre las distintas situaciones: en contexto de hogares con clima educativo bajo es un 16,7% el porcentaje de la población que no regresa nunca al centro, mientras que en los hogares con clima educativo alto, ese porcentaje se reduce en 6 puntos.

La contrareferencia muestra situaciones levemente diferentes según zona de dominio. Mientras casi el 60% (con muy pocos casos) en la zona 1 regresa al profesional que lo

⁵⁰ El equipo cuenta con una trabajadora social, una administrativa y un médico.

derivó, este porcentaje asciende al 67,5% en la zona 2 y desciende levemente al 62,6% en la zona 3.

En el caso particular del “retorno de puérperas”, se ha trabajado particularmente en promover el regreso de la madre a la atención en los CAPS y si bien es una estrategia que debe ser sostenida en el tiempo (a juicio de sus actores) muestra – en parte – resultados en estos indicadores.

Cuadro XII.2. Hogares cuyos integrantes regresaron al profesional que hizo la derivación a un especialista en el hospital según clima educativo y zona geográfica de residencia. San Fernando, 2008.

Regresó al profesional que lo derivó	Clima educativo		Zona Dominio		
	Bajo	Alto	Zona 1	Zona 2	Zona 3
Siempre	62,1%	65,0%	60,0%	67,5%	62,6%
Nunca	16,7%	10,0%	0%	17,5%	14,1%
A veces	16,7%	20,0%	40,0%	10,0%	19,2%
Ns / Nc	4,5%	5,0%	0%	5,0%	4,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%
	(66)	(20)	(5)	(40)	(99)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

Un emergente particular del funcionamiento de los mecanismos de contrareferencia lo constituye la población que no regresa al profesional que hizo la derivación. Ahondando solo en aquellos atributos de los hogares, un 52,4% tiene un clima educativo bajo, el 66,7% reside en la zona 3 y un 57,1% se encuentra inactivo. La condición de pobreza (medida según las necesidades básicas insatisfechas) no parece marcar demasiadas diferencias.

Cuadro XII.3. Caracterización de los hogares cuyos integrantes nunca regresaron al profesional que hizo la derivación a un especialista en el hospital según zona geográfica, pobreza estructural del hogar (NBI), clima educativo y condición de actividad del responsable. San Fernando, 2008.

Hogares cuyos integrantes nunca regresaron	Porcentaje	
Clima educativo	Bajo	52,4%
	Medio	38,1%
	Alto	9,5%
NBI	Si	52,4%
	No	47,6%
Zona Dominio	Zona 1	0%
	Zona 2	33,3%
	Zona 3	66,7%
Condición de actividad del responsable	Ocupado	42,9%
	Inactivo	57,1%

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

La contrareferencia vista desde los hogares muestra diferentes desempeños según las distintas especialidades básicas relevadas. Mientras que en atención ginecológica es el 70,1% de los casos, este porcentaje desciende en la atención de los niños (67,7%). Una situación de particular preocupación presenta la atención del embarazo y parto: en esa especialidad un 52,8% declara que regresa a ser atendida en el centro de salud mientras que entre la atención de los enfermos crónicos es el 53,5%.

Cuadro XII.4. Hogares cuyos integrantes regresaron al profesional que hizo la derivación al hospital según especialidad. San Fernando, 2008.

Regreso por especialidad	Especialidades básicas			
	Atención de niños	Atención ginecológica	Atención de embarazo y parto	Atención de enfermo crónico
Si	67,7%	70,1%	52,8%	53,5%
No	2,1%	2,8%	0,7%	4,2%
Ns/ Nc	0,7%	2,8%	0%	0%
No consultó	29,9%	24,3%	46,5%	42,4%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

XIII. ATENCIÓN DE LA EMBARAZADA

El control del embarazo ha sido uno de los ejes más priorizados por la política sanitaria local. En relación a esta dimensión tan relevante para la atención primaria, este estudio puso el foco en el análisis del perfil de las mujeres embarazadas y su relación con los servicios.

El perfil de las embarazadas pone en evidencia el tipo de dificultades con que se enfrentan para cuidar su embarazo, dentro de lo cual se encuentran los controles. El 8,3% de las embarazadas tienen menos de 18 años; se trata de un valor muy inferior al que presentaba el partido de San Fernando en el año 2005 (22%)⁵¹. El 8,3% es mayor de 40 años. Un 37,2% trabaja y el 57,9% no tiene otra cobertura que la del subsector público.

Un dato a destacar es que el 64,1% de las embarazadas se concentran en la zona 3 del partido. Es notable que el 96,6% se encontraba realizando sus controles.

Cuadro XIII.1. Perfil de las embarazadas a partir de la distribución de embarazos según edad, situación laboral, afiliación a obra social, zonas geográficas de residencia y control de embarazo. San Fernando, 2008

	Perfil de embarazadas	Porcentaje
Edad	Entre 14 a 18 años	8,3%
	Entre 19 a 24 años	33,1%
	Entre 25 a 29 años	23,4%
	Entre 30 a 39 años	26,9%
	Entre 40 y mas años	8,3%
	Total	100%
Situación laboral	Trabaja	37,2%
	No trabaja	62,8%
	Total	100%
Afiliación a obra social	Si	41,4%
	No	57,9%
	Ns/Nc	0,7%
	Total	100%
Zonas dominio	Zona 1	6,2%
	Zona 2	29,7%
	Zona 3	64,1%
	Total	100%
Control de embarazo	Si	96,6%
	No	3,4%
	Total	100%
		(145)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud – CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando.

⁵¹ Chiara y Reymondi, 2007.

La estructura de edades de las embarazadas muestra diferenciales según las condiciones de vida y la zona de residencia. Las condiciones de vida parecen incidir en la edad en que las mujeres transitan el embarazo. Mientras más del 70% de las embarazadas pobres se concentran en la franja etaria que va de los 14 a los 29 años, entre las embarazadas no pobres (medidas según NBI) esta población alcanza al 56%. La diferencia también es notable entre las embarazadas que trabajan y las que no trabajan, en particular en la franja etárea entre 40 años y más: entre las embarazadas que trabajan alcanza al 11,1% mientras que entre aquellas que no trabajan llega al 6,6%.

La zona de residencia marca diferenciales también: mientras un 11% (con apenas 9 casos) es menor a 29 años, en la zona 2 alcanza al 62,8% y en la zona 3 al 70,9%.

Cuadro XIII.2. Distribución de embarazos según edad, condición de pobreza estructural del hogar, situación laboral de la embarazada y ubicación geográfica. San Fernando, 2008

Edad de la embarazada	Perfil de embarazada						
	NBI		Situación laboral		Zona dominio		
	Si	No	Trabaja	No trabaja	Zona 1	Zona 2	Zona 3
Entre 14 a 18 años	8,4%	8,1%	3,7%	11,0%	0%	7,0%	9,71%
Entre 19 a 24 años	37,3%	27,4%	33,0%	33,3%	0%	34,9%	35,5%
Entre 25 a 29 años	25,3%	21,0%	18,5%	26,4%	11,1%	20,9%	25,8%
Entre 30 a 39 años	21,7%	33,9%	33,3%	23,1%	77,8%	30,2%	20,4%
Entre 40 y mas años	7,2%	9,7%	11,1%	6,6%	11,1%	7,0%	8,6%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	(83)	(62)	(54)	(91)	(9)	(43)	(93)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

Aunque la realización de controles corresponde a un porcentaje muy elevado de las entrevistadas (96,6%), cabe destacar que ese valor desciende levemente (al 89,5%) entre aquellas embarazadas menores de 19 años y muy levemente aquellas que viven en situación de pobreza (95,8%) respecto de aquellas que no son pobres (97,6%).

La zona que más porcentaje de embarazadas concentra es aquella en la que se verifica el mayor porcentaje de controles: el 97% de las embarazadas están controlando su embarazo.

Cuadro XIII.3. Realización de controles según edad de la madre, condición de pobreza estructural del hogar y ubicación geográfica. San Fernando, 2008.

Perfil de embarazada		Realización de controles de embarazadas		
		Si	No	Total
Edad	Entre 14 a 18 años	91,7%	8,3%	100% (12)
	Entre 19 a 24 años	93,8%	6,3%	100% (48)
	Entre 25 a 29 años	100%	0%	100% (34)
	Entre 30 a 39 años	97,4%	2,6%	100% (39)
	Entre 40 y mas años	100%	0%	100% (12)
	Total	96,6%	3,4%	100% (145)
NBI	Si	95,2%	4,8%	100% (62)
	No	97,6%	2,4%	100% (83)
	Total	96,6%	3,4%	100% (145)
Zona Dominio	Zona 1	88,9%	11,1%	100% (9)
	Zona 2	95,3%	4,7%	100% (43)
	Zona 3	97,8%	2,2%	100% (93)
	Total	96,6%	3,4%	100% (145)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud - CIC/UNGS/Municipalidad de San Fernando

XIV. CONCLUSIONES

La trama de relaciones que se establece en el municipio de San Fernando entre los hogares y los servicios de salud es compleja tanto por la diversidad de especialidades y grupos poblacionales a los que refieren, así como por las condiciones de partida (pobreza, clima educativo, zona de residencia, cobertura de obra social) desde los cuales se organiza la estrategia de acceso y uso. En este marco, vale la pena pasar revista sobre algunos de los interrogantes que impulsaron el desarrollo de esta investigación ¿son los centros de salud el primer punto de contacto entre la población y el sistema de salud? ¿Son la puerta de entrada al sistema sanitario? ¿Cómo utiliza la población los servicios de los centros? ¿Qué servicios se utilizan? ¿Existen patrones de uso? ¿Cuáles son las modalidades de acceso de la población al centro? ¿Cuales los factores (sistema de turnos, horarios y días de atención, aseguramiento en salud, bonos para la consulta, etc.) que condicionan el acceso de los usuarios a los centros?

→ *Acceso al sistema de salud*

En San Fernando, los centros de salud y los policlínicos privados son los lugares privilegiados de acceso al sistema de salud entre aquellos hogares en los cuales alguno de sus miembros realizó al menos una consulta en el último año. Quienes consultaron en servicios de obstetricia/ginecología lo hicieron mayoritariamente en los centros de salud (53,3%) y, en segundo lugar, en clínica o sanatorio privado (24,8%). Los porcentajes en relación a las consultas pediátricas se elevan a favor de los centros de salud (66,7%) y le siguen en segundo lugar también las policlínicos privados (18,1%); mientras que la consulta a clínicos se realiza en un 46% en centros de salud y un 27,8% en policlínicos privados. Por su parte, las consultas de adolescentes y de adultos mayores presentan una estructura de preferencias diferente: mientras en el caso de los adolescentes consultan un 35,3% en los centros de salud, el 23,5% lo hace en consultorio particular; los adultos mayores se concentran en policlínicos privados (43,6%) y en consultorio particular (35,9%) probablemente por la incidencia de la cobertura de prestadores de PAMI en esta franja etaria.

El hospital público es escasamente utilizado como puerta de entrada. La consulta en efectores del segundo nivel de atención es baja en términos generales y la realizada en otro hospital público es muy baja, en particular en las especialidades donde se concentran la mayor cantidad de consultas.

Los lugares -públicos o privados- en donde se realizan las consultas parecen estar sesgados fuertemente por la disponibilidad o no de cobertura de obra social o medicina privada. No obstante, hay que destacar que existe un porcentaje importante de población con

algunos niveles de aseguramiento (alrededor del 20% de la población con cobertura con variaciones para cada especialidad) que están siendo atendidos en los centros de salud y en el hospital de San Fernando. A diferencia de esta situación, en los policlínicos y consultorios particulares, atienden casi exclusivamente a población con algún nivel de aseguramiento.

La jerarquía de los centros de salud como “puerta de entrada” al sistema, varía según las zonas de residencia y la especialidad. Mientras que en la zona 3 realizaron la última consulta en el centro de salud más del 60% de las consultas obstétricas, en la zona 1 ese valor desciende al 13,8%. Un fenómeno similar sucede con las consultas pediátricas y de clínica. Más errático es el comportamiento de las consultas en centros de salud entre adolescentes y adultos mayores.

➔ *Percepciones sobre el estado de salud*

La percepción sobre el propio estado de salud de la población pone en juego uno de los aspectos claves en la estructuración de la demanda. Al respecto, un 76,3% de los responsables del cuidado de la salud de los miembros del hogar percibe que el estado de salud de la familia es bueno. Allí se observa que el clima educativo del hogar condiciona las percepciones que tienen los responsables acerca del estado de salud de los miembros, los responsables que conviven en hogares con clima educativo bajo son los que perciben en mayor proporción déficits en el estado de salud de sus miembros.

Por su parte, entre aquellos responsables que realizaron consultas en el último año, el 80% percibe que el estado de salud de los miembros del hogar es entre “muy bueno” y “bueno”, con muy pocas variaciones por especialista consultado. Los matices según especialista consultado se hacen más evidentes cuando se trata de población que “nunca consultó”. En estos casos, se advierte que aquellos responsables que conviven en hogares que nunca consultaron a los servicios de “obstetricia/ginecología” o “pediatría”, perciben un peor estado de salud de los integrantes del grupo familiar.

Disponer de otra cobertura de salud no introduce variaciones en la percepción de los responsables sobre el estado de salud de los miembros del hogar.

➔ *Utilización de los efectores de salud*

El lugar donde se realizó la última consulta según cada especialidad por condición de pobreza (NBI) permite afirmar que en las tres especialidades mencionadas, los centros de salud atienden mayoritariamente a población NBI (alrededor del 60% para las tres especialidades). Sin embargo y rescatando los principios de universalidad del sistema, se advierte también un importante porcentaje de población sin NBI que se atiende en los centros de salud para cada una de estas especialidades básicas: 42,8% para ginecología/obstetricia, 34,2% en pediatría; y 35,7% en clínica. Un dato a destacar es la existencia en un porcentaje menor pero significativo de alrededor del 10% según

especialidad de población con NBI que se atiende en clínicas y sanatorios privados, probablemente se trate de población con cobertura de obra social.

Al profundizar en el análisis del lugar en el que habitualmente se atienden los problemas de salud de la familia, se delinearán ciertas trayectorias de la población según cobertura y especialidades. Entre los hogares sin cobertura, los lugares habituales de realización de consulta obstétrica/ginecológica son el centro de salud (79,1%), seguido muy por debajo el hospital público de San Fernando, otro hospital público y clínica o sanatorio privado (todos alrededor del 4%); una distribución similar presenta la consulta habitual en clínica médica con un 75,2% en los centros de salud, 9,2% en el hospital público de San Fernando, 6,3% en otro hospital público y 4,9% en clínica privada o sanatorio. En pediatría, se advierte que entre los hogares cuyos responsables no tienen otra cobertura que la ofrecida por el subsector público, las preferencias se distribuyen entre el centro de salud (73,3%) o simplemente, no consulta (34,6%). Los altos niveles de cobertura de la obra social de jubilados y pensionados y la escasa presencia de miembros pertenecientes a estos grupos en los hogares relevados explican la distribución de las consultas entre esta población: 5,3% en clínica y sanatorio privado y 4,8% en consultorio particular. La proporción de hogares cuyos adolescentes y adultos mayores se atendieron en los centros de salud es muy baja.

Entre aquellos que disponen de cobertura alternativa a la del subsector público, el 63% combina efectores de distintos subsectores: los policonsultorios privados, el centro de salud y el consultorio particular, con distintas proporciones según especialidad.

Por su parte, la zona de residencia define patrones diferentes en la utilización de los servicios: en zona 1 combinan clínica y/o policonsultorios con consultorio particular; en zona 2: los centros de salud concentran algo menos de la mitad de las consultas que realizan los hogares, alternando con el uso de policonsultorios en alrededor del 20% de los casos; en zona 3, la opción mayoritaria es el centro de salud (60%).

→ *Principales motivos de consulta*

La mayor parte de las consultas corresponden a prevención y control (57 %), mientras que 1 de cada 4 atenciones se originan en motivos vinculados a urgencia y enfermedad. En la conformación de esta demanda, el clima educativo es la variable que muestra mayor incidencia. Los hogares con clima educativo más elevado usan más las consultas de prevención; mientras que los de clima educativo bajo usan más las consultas por enfermedad y tratamiento continuado. Por su parte, no poseer cobertura de salud incide en el aumento de las consultas por enfermedad y enfermedad crónica.

Cuando se analiza por especialidad, carecer de cobertura social presenta una alta incidencia en las consultas por motivos de enfermedad en pediatría, médicos clínicos (allí también incide aunque en menor medida carecer de servicios básicos, NBI y bajo nivel educativo) y consultas a la tercera edad. Mientras que la situación de NBI incide en el mayor uso de los servicios de urgencia.

➔ *Combinación de efectores (patrones de uso)*

Una de las preocupaciones que animó este estudio fue conocer cómo la población combina la utilización de prestadores públicos con otros correspondientes a otros subsectores. Los datos arrojan diferentes patrones según las distintas variables de corte. Un 63% de la población con cobertura de obra social y medicina privada tiende a combinar efectores de distintos subsectores; la carencia de otra cobertura da lugar a combinaciones entre el centro de salud exclusivamente (dominante) y el hospital en un 80%.

La población con NBI tiene mayoritariamente (70%) a los centros de salud como referencia habitual para los problemas de tienen que ver con gineco/obstetricia, pediatría y clínica; mientras que la población no pobre lo hace en un 40%.

El hospital de manera exclusiva es usado muy marginalmente por todas las poblaciones, los valores se elevan levemente al considerar la combinación hospital + centro de salud; el valor más elevado de uso exclusivo del hospital es aquel que representa el 5% de la población sin cobertura de obra social y medicina privada.

En cualquiera de las categorías de población (cobertura de obra social, condición de pobreza y zona de residencia) las combinaciones de efectores públicos (centro de salud u hospital) con otros efectores no parece tener demasiada relevancia; a excepción de alrededor del 10% de población que teniendo obra social combina centro de salud con otra prestación.

El análisis del lugar en el que está situado el prestador utilizado habitualmente muestra un comportamiento territorialmente muy endógeno de la demanda. Entre aquellos que se atienden habitualmente en los centros de salud, el 55,4% lo hace en el partido de San Fernando; situación similar se advierte entre aquellos que combinan centro de salud con hospital y otros prestadores, así como los que combinan hospital con otros prestadores. Sin embargo, entre los que se atienden exclusivamente en un hospital lo hacen en la misma proporción en el hospital de San Fernando y en otro hospital fuera del partido (23%).

Es notable que el segmento de la población no pobre, con cobertura y con servicios, utilice habitualmente prestadores públicos localizados en el partido en alrededor del 65%. Esto se explica, en parte, por la carencia de establecimientos privados en el partido.

➔ *Formas de acceso y valoración del fonoturno*

La modalidad de acceso está muy marcada por las políticas locales implementadas en los últimos años: mientras el 77,4% lo hace telefónicamente, un 20% pide turno personalmente y sólo un 1.5% concurre sin turno o lo hace a través de alguna persona conocida. La solicitud de turnos personalmente en el centro es más elevada entre los hogares con clima educativo bajo que entre aquellos de clima educativo alto; en consecuencia, el uso del Fonoturno crece entre aquellos hogares con clima educativo alto; una situación similar sucede en la posibilidad de concurrir sin turno al centro de salud.

Esta distribución del modo de acceso al centro de salud, supone un alto conocimiento del Fonoturno. Un 90% de la población conoce el mecanismo y un porcentaje algo mayor declara haberlo utilizarlo en el último año. El conocimiento se dio a través de los carteles en la vía pública y por referencias de amigos y familiares. Las valoraciones de la población usuaria del Fonoturno son, en general positivas, alrededor del 80% lo valora como “muy bueno” y “bueno” y el 90,4% dice que demora menos de 5 minutos en comunicarse y que no existe ninguna franja horaria en la que haya dificultades para comunicarse. Es llamativo el alto porcentaje de población (43,7%) que declara que le han modificado el turno. Otro aspecto llamativo es que un 20% no logra ser atendido cuando concurre a la visita reprogramada, no resolviendo el problema en el 80% de esos casos.

Finalmente, del total de los hogares que se atienden habitualmente en los centros de salud del partido, solo un 3,6% declaró haber tenido que pagar para ser atendido. El 95,6% declara no haber tenido que pagar para que lo atendieran en el centro de salud.

➔ *La atención pero desde la perspectiva de los destinatarios*

El estudio del cual es tributario este trabajo buscó mirar la atención pero desde la perspectiva de los destinatarios en aquella zona de interfase que se constituye en la relación con los servicios; para ello, y retomando los aportes de la literatura, se recuperaron y analizaron las percepciones de la población usuaria de los CAPS sobre un conjunto de dimensiones comprendidas en el proceso de la atención de la salud: *vínculo con el usuario; continuidad; enfoque familiar; integralidad; capacidad resolutive y coordinación*. Veamos, entonces, cómo son evaluado el desempeño de los servicios sanitarios en el nivel local, desde la perspectiva de los propios usuarios, cuando tenemos en cuenta estas dimensiones.

El *vínculo profesional /usuario* que se establece en la situación de consulta no sólo es un aspecto central en la calidad de la atención, sino que nos permite indagar en el grado de *aceptabilidad*⁵² que expresan los usuarios respecto a la atención experimentada en los servicios.

Al indagar sobre un conjunto de aspectos que refieren la situación de consulta, el vínculo con el/la profesional se presenta –en general – en el municipio de San Fernando como positivo; la atención de los niños, la atención ginecológica y de embarazadas, son las especialidades en donde se manifiestan los mejores valores.

- Del total de los encuestados que asisten a los CAPS, más del 84,5 % declara que los profesionales dedicados a la atención pediátrica identifican claramente los síntomas en la atención de sus hijos y que, a su vez, estos profesionales cuentan con los saberes y la experiencia necesarios para prestarles ayuda. En consonancia con lo anterior, un porcentaje similar reconoce poseer un vínculo de confianza con sus profesionales, quienes destinan el tiempo necesario a la situación de consulta.

⁵² Ver cap II.

- En el mismo sentido, fue considerado positivamente el vínculo entre los/las profesionales y las usuarias en la atención ginecológica. Se desprende del análisis una alta valoración de las usuarias de los CAPS sobre los conocimientos médicos (91,7%) y respecto a la capacidad de los profesionales para identificar los síntomas (93%). Se destaca, además, la confianza construida con los profesionales y la dedicación sobre los tiempos asignados a la consulta.
- La evaluación de las usuarias de los CAPS sobre el vínculo con el/la profesional también es favorable en relación a la atención del embarazo. Se evidencian porcentajes altos (en torno al 90%) en las opiniones referidas a la idoneidad en la identificaciones de los síntomas, a la confidencialidad guardada por el profesional y al tiempo dedicado en la consulta.

Otro aspecto del vínculo, es aquel que puede detectarse desde la percepción que tienen los usuarios de los CAPS en relación a la utilización de un *enfoque familiar*⁵³ por parte de los profesionales: los resultados de la encuesta pusieron en evidencia que la mayoría de los usuarios de CAPS encuestados considera que en oportunidad de la atención de las mujeres -tanto en el control del embarazo (80%) como a nivel ginecológico (71,2%)- se ponderan factores como el ambiente familiar y el contexto social en la situación de consulta. Esta percepción es algo menos favorable en relación a la atención de los niños donde el 60% de los usuarios de CAPS considera que el/la profesional tiene en cuenta este tipo de factores.

También los resultados del estudio mostraron qué tipo de servicios y prestaciones esperan recibir de un CAPS los responsables de la salud en el hogar:

- Una primera cuestión a destacar es que, al conjunto de especialidades consideradas como básicas (vacunación, pediatría, control prenatal y atención clínica de adultos), se suma un conjunto de prestaciones relacionadas con los “determinantes sociales”, tales como: la atención de las adicciones, alcoholismo/tabaquismo y situaciones vinculadas con violencia doméstica. Este conjunto prestaciones superó el 75% de las preferencias.
- La particular dotación de servicios de odontología distribuidos en los distintos establecimientos del primer nivel municipal, explica que el 80% de los encuestados haya manifestado que la atención odontológica es una de las prestaciones correspondientes a ese nivel. Similares valores presenta la provisión gratuita de medicamentos.

La *disponibilidad* de recursos materiales e insumos para la atención de la población también da cuenta de la *capacidad resolutive* de los CAPS. Aproximadamente la mitad de los encuestados que acuden a los CAPS reconoce que este tipo de recursos se encuentra a disposición de los profesionales en el caso de la atención de los niños y las embarazadas. Sin embargo, las percepciones mejoran (64%) cuando se interroga en relación a la atención ginecológica.

⁵³ Analizado en el cap II.

Por su parte, en cuanto al acceso a medicamentos, aproximadamente el 60% de la población que se atiende en centros de salud recibió en forma gratuita los medicamentos, mientras que un 30% declara haberlos recibido en ocasiones. Mientras que sólo un 8,7% declara no haber recibido los medicamentos; este valor desciende en dos puntos entre aquella población que carece de obra social o medicina privada (6,5%) y llega a la mitad (4,3%) entre aquella población que tiene NBI.

Otro aspecto importante para dar cuenta del desempeño del sistema local es su *coordinación* que implica el *seguimiento* de los problemas de salud de los usuarios a lo largo del tiempo y a través de un equipo habitual. A su vez, la *coordinación*, supone también *continuidad e integración* en la atención del usuario en su tránsito por el sistema, y requiere de disponibilidad de información acerca de sus problemas de salud y de los servicios por él utilizados (tal como se analizó en el capítulo II). Aquí, se vuelve primordial el funcionamiento de los mecanismos de referencia y contrareferencia para articular los distintos niveles y estructuras sanitarias del sistema.

En relación al funcionamiento de estos mecanismos, la mirada de los hogares en el municipio de San Fernando devela un conjunto de aspectos a destacar:

- El 63,9% de los hogares cuyos integrantes se atienden en los CAPS y que, a su vez, tuvieron que atenderse por un especialista en el hospital, expresan haber regresado -- en todos los casos -- al centro, mientras que un 17,4% lo hizo sólo “a veces”. En contraste, sólo un 14,6% declara que “nunca ha regresado”.
- Asimismo, la contrareferencia muestra situaciones levemente diferentes según las zonas (1, 2, y 3) en que está dividido el partido. Mientras casi el 60% (con muy pocos casos) en la zona 1 regresa al profesional que lo derivó, este porcentaje asciende al 67,5% en la zona 2 y desciende levemente al 62,6% en la zona 3.
- El capital cultural medido desde el indicador de “clima educativo” muestra también en el tránsito en el sistema diferencias. Mientras en los hogares con clima educativo bajo la población que “nunca regresó” al CAPS es del 16,7%, en los hogares con clima educativo alto, ese porcentaje se reduce en 6 puntos.

Nudos problemáticos para seguir pensando

Una de las cuestiones que el estudio pone en evidencia, cuando se recupera la perspectiva de los usuarios, es el buen desempeño que parece tener el sistema de salud local; en particular en especialidades críticas de la APS como son la clínica, la ginecología, la obstetricia y la pediatría. Entonces ¿cuáles son los desafíos que enfrenta la agenda local en salud de aquí en adelante?

- En un contexto de importantes demandas hacia el subsector público – efectores locales -- y en el marco de una cultura de usos de servicios altamente endógena, una de las cuestiones que emerge como crítica es la organización y distribución de los servicios en el territorio. Cómo continuar garantizando la accesibilidad con estándares

de calidad elevados, economizando esfuerzos y requerimientos de recurso humano parece constituir uno de los ejes de la agenda local en salud.

- Asimismo, resulta un aspecto crítico la relación y articulación con el subsector de obras sociales, en particular, aquellas que cubren los requerimientos de salud de trabajadores de las industrias que son fuertes en el distrito.
- Si bien en el Municipio se puso en marcha el sistema de FONOTURNO con vistas a aumentar el acceso de pacientes y optimizar las horas profesionales disponibles, el desafío parece ser sostener la atención de la demanda espontánea y consolidar la red de centros de salud de modo tal de asegurar niveles más o menos equitativos de complejidad y calidad de atención.



BIBLIOGRAFÍA

Almeida, C.: “Health system reform and equity in Latin América and the Caribbean: lessons learned from the 1980s and 1990s”, en *Cad. Saúde Publica*, 18 (4), 2002.

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

Belmartino, S.: “La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación”, en *Gestión Local en Salud: conceptos y experiencias*, Magdalena Chiara, María Mercedes Di Virgilio, Arnaldo Medina y Marina Miraglia (Organizadores), INSTITUTO DEL CONURBANO – UNGS, www.ungs.edu.ar/publicaciones/ges_loca.html, 2008.

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

Centro de Estudios para el Desarrollo Argentino (CENDA). “Documentos de Trabajo”. Año 2008. <http://www.cenda.org.ar/index.html>

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

Coyne, J.; Hilsenrath, P.: “The World Health Report 2000: Can Health Care System Be Compared Using a Single Measure of Performance”, *American Journal of Public Health* 92 (1), January 2002.

Chiara, M.; “Gestión Local y Política Social en el Gran Buenos Aires: Una mirada sobre el papel de los municipios en el tránsito de la crisis” Panel: “Políticas Sociais no Ambito Local: iniciativas edesempenhos. Seminario Internacional Governo Local e Política Urbana e Social na América do Sul, Programa de Pos-graduacao em Ciências Sociais da PUC Minas. Belo Horizonte, 4 y 5 de junio. Año 2007.

Chiara M. y Di Virgilio, M. M.; “Gestión social y municipios, de los escritos del banco mundial a los barrios del Gran Buenos Aires”. Buenos Aires. UNGS –PROMETEO. Año 2005.

Chiara M., Di Virgilio M., Cravino M., Catenazzi A.: “La gestión del subsector público de salud en el nivel local”. Buenos Aires. UNGS. Año 1999.

Chiara, M.; Reimondi, R y otros (2007) *Informe final Condiciones de vida y control de embarazo, Provincia de Buenos Aires: la construcción de indicadores como herramienta para la enseñanza y la gestión de políticas sociales*. ICO/UNGS- Región Sanitaria V. Proyecto Financiado por la CIC (Comisión de Investigaciones Científicas del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires) www.ungs.edu.ar/publicaciones

Di Pace, M.; “Diagnóstico ambiental del municipio de San Fernando”. En *Medio Ambiente y Urbanización*, año 12, n° 47/48. IIED-AL. Buenos Aires. 1994.

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

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

Macinko, J.; Starfield, B.; Shi, L.: The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998, *Health Services Research*, V. 38, N.3, 2003.

Mogollón – Pérez, A.; Vázquez, M.: “Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia”. En: *Cad Saúde Pública* Río de Janeiro, 24 (4), 2008.

OMS y UNICEF: “Atención primaria de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URRS. Salud para todos en el año 200: Estrategias”, 1978.

OMS: Informe sobre la salud en el mundo 2000. *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Génova, 2000.

OMS: Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: informe del Grupo de Examen Científico Colegiado, 8 de mayo del 2002.

OPS: Consulta Regional sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud. Temas críticos en la evaluación del desempeño de los sistemas de salud. Washington D.C., mayo 2001.

OPS: Reunión consultiva regional de las Américas sobre la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, Rv. Panam Salud Pública, 2001.

OPS: Grupo de trabajo de la región de las Américas sobre desempeño de los sistemas de salud. Informe de la 1era reunión en Ottawa, setiembre 2001.

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

Reese, E. (2001); “Asistencia Técnica al Municipio de San Fernando (Buenos Aires) en materia de Planificación y Gestión Urbana”. IIED – AL (Instituto Internacional del Medio Ambiente y Desarrollo – América Latina). Buenos Aires. Mimeo.

Rodrigáñez Ricchieri, P. y Tobar, F.; “El Consejo Federal de Salud (CO.FE.SA)”. Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Año 2003

Saltaman, R.: “Drawing the strands together: primary care in perspective”, en Saltaman, R.; Rico, A.; Boerma, W. (Coord), Primary care on the driver’s seat?. European Observatory of Health Systems and Policies Series, Glasgow, Bell & Bain Ltd, 2006.

Schapochnik, N.: “Indicadores de efectividad del proceso de atención primaria de la salud”, en Revista Gestión en Salud, año 2, número 6, octubre 2003.

Starfield, B.: Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología, Editorial Mason, 2001.

Starfield, B.; Shi, L.; Macinko, J.: “Contribution of primary care to health system and health. *The Milbank Quarterly*, 83 (3), 2005.

Tobar, F; “Herramientas para el análisis del sector salud”. Mimeo. Buenos Aires. Año 2000.

Vega Romero, R.; Carrillo Franco, J. “APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia”. en Revista Espacio Abierto. 2006.

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