

**Terceras Jornadas de Sociología de la Facultad de Ciencias Políticas
y Sociales de la**

Universidad Nacional de Cuyo

Pre-ALAS de la Provincia de Mendoza, República Argentina

**Ofensiva neoliberal en “Toda la piel de
América”:**

**El Estado en el centro del debate
sociológico.**

Título de la ponencia:

Accesibilidad a los programas Nacer-Sumar y Médicos Comunitarios del Plan Federal de Salud: la perspectiva de los gestores en la provincia de Mendoza.

Nombre de la autora:

Lic. Leticia Araya Peleitay

Pertenencia institucional de la autora:

Maestría en Políticas y Planificación Social Facultad de Ciencias Políticas y Sociales; UNCuyo.

Mail: letihuarpe@yahoo.com.ar

Mesa Temática N° 43:

“Los mercaderes del templo: la salud en tiempos de capitalismo global”.

Disciplinas (áreas del conocimiento):

Salud pública, Política Pública, Sociología, Rol del estado, Gestión de Políticas Públicas.

Palabras claves: políticas públicas, rol del Estado, gestión, políticas de salud, accesibilidad, implementación, gestores, rol político, Programa Médicos Comunitarios, Plan Nacer/Sumar.

Resumen:

La accesibilidad es uno de los atributos clave de las políticas de salud que procuran equidad. El propósito de esta ponencia es comprender y analizar de qué manera los responsables de comandar la implementación de los programas nacionales Médicos Comunitarios y Nacer/Sumar, en diferentes niveles del sistema de salud de Mendoza conciben y valoran los logros y problemas encontrados para avanzar en la accesibilidad sanitaria en la provincia, a través de estos dos programas.

Ambas políticas se formulan en el contexto del Plan Federal de Salud, que opera como marco de estos programas desde principios de la década pasada, situándolos como expresión de un nuevo rol del Estado en salud, luego de las reformas neoliberales de los 90". Se propone identificar las dimensiones o formas contempladas en la noción de accesibilidad que son puestas de relieve por los funcionarios y capacitadores que participaron de la implementación de los programas a nivel local, además se indagan en las restricciones para la puesta en marcha en dichos programas que limitaron la accesibilidad a los servicios de salud en Mendoza, desde la perspectiva de esos actores.

Este estudio es novedoso para entender cómo juegan estos conceptos en la mirada de los que llevan a cabo la implementación de la política pública, permite comprender el rol político, la importancia de la gestión, como juegan las interjurisdicciones que abarcan las políticas sociales Nación-Provincia, Provincia-Municipio. Esta investigación, se basó en análisis de documentos relacionados con el tema de estudio y en entrevistas semiestructuradas a responsables de la implementación de los programas Médicos Comunitarios y Nacer Sumar, en Mendoza entre 2005 y 2015.

- La pregunta que orientó la investigación fue responder a la incógnita ¿ De qué manera los responsables de comandar la implementación de los programas nacionales Médicos Comunitarios y Nacer/Sumar en diferentes niveles del sistema de salud de Mendoza conciben y valoran los logros y problemas encontrados para avanzar en la accesibilidad sanitaria en la provincia, a través de esos programas?. Para dar respuesta a este problema se intento responder a distintos interrogantes que ayudaron a la investigación, como ser ¿Cómo presentan y procuran la accesibilidad los diseños del Plan Nacer/Sumar y el Programa Médicos Comunitarios?; ¿Qué dimensiones/ aspectos/formas contempladas en la noción de accesibilidad son puestos de relieve por los funcionarios y capacitadores que participaron de la implementación de los programas a nivel local?; ¿Cuáles son, según estos actores, restricciones para la puesta en marcha de los programas que limitaron la accesibilidad a los servicios de salud en Mendoza?

Por ello y para indagar en la respuesta de estas incógnitas es que se pensó en el diseño de objetivos y anticipaciones de sentido que ayudaron a relevar estos interrogantes.

1. Objetivo General de la Investigación:

Indagar los modos mediante los cuales el Plan Nacer/ Sumar y el Programa Médicos Comunitarios, que forman parte del Plan Federal de Salud, posibilitaron la accesibilidad sanitaria en el periodo 2004 a 2015 en la Provincia de Mendoza, a partir de la perspectiva de actores con posiciones relevantes en la implementación de esos programas, en el plano local.

1.1 Objetivos Específicos:

- Describir el contexto de surgimiento y los contenidos del Plan Nacer - Sumar y el Programa Médicos Comunitarios y los factores que intervinieron en su implementación, en la provincia de Mendoza.
- Comprender los modos en que actores locales, en diferentes niveles de decisión, conciben la accesibilidad en esos programas, en sus distintas formas y/o dimensiones.
- Identificar barreras y/o restricciones de accesibilidad en la implementación del Plan Nacer - Sumar y el Programa Médicos Comunitarios en la Provincia de Mendoza, desde la perspectiva de actores que participaron en su puesta en marcha, en el período en estudio, en el plano local.

1.2 Anticipaciones de sentido o Hipótesis

- Desde la perspectiva de los implementadores locales el "Plan Nacer - Sumar" y el Programa "Médicos Comunitarios" contribuyeron a generar accesibilidad a través de la financiación de servicios y de personal de salud de la Provincia de Mendoza, lo que posibilitó ampliar la oferta

prestacional, pero no afectaron aspectos claves del modelo de atención que interfieren en la accesibilidad.

- La accesibilidad es predominantemente comprendida por los implementadores locales como un atributo de la oferta de servicios asistenciales.
- Las principales restricciones identificadas por los decisores locales para avanzar en la accesibilidad a los servicios remiten a distintos entendimientos en torno a los alcances de los programas, a problemas de coordinación entre las jurisdicciones involucradas y a disonancias en las expectativas de las autoridades políticas, territoriales, sanitarias y los equipos locales de salud con respecto a las metas a alcanzar con ambos programas.

2. Marco Teórico

2.1 Conceptos sobre la Accesibilidad:

La accesibilidad es una preocupación central de los sistemas sanitarios que procuran la equidad y uno de los atributos clave de la estrategia de atención primaria de la salud, tal como fue definida en la Declaración de Alma-Ata en 1978 y reafirmada por la Organización Panamericana de la Salud en 2007.

Con diferencia de matices, los organismos internacionales de asistencia técnica y financiera que gravitan en el sector salud convienen por estos días en que el acceso y la cobertura universal deben orientar las intervenciones de los Estados en el sector sanitario. Para ello proponen distintos arreglos financieros y organizacionales con potencialidades para proteger a toda la población y para eliminar la capacidad de pago como barrera de acceso a los servicios de salud.

Como producto de las reformas neoliberales de la década pasada,

casi sin excepciones, los países latinoamericanos profundizaron las desigualdades sanitarias existentes y el desmejoraron sus ya débiles capacidades regulatorias y resolutorias en materia de servicios de salud. La recuperación en lo que va de este siglo del papel del Estado en la economía y la sociedad ha llevado a una vuelta de la puesta en valor del tema de la equidad y el diseño de políticas dirigidas al logro de sistemas de salud más equitativos y accesibles, pasó a ser considerado esencial para un desarrollo regional integral y sustentado (Almeida, 2006, 2005).

En este contexto, la accesibilidad, en sus diferentes formas y/o dimensiones, está muy presente en la literatura académica sectorial y los enunciados de políticas y programas de salud. La accesibilidad es un concepto polisémico sobre la que parece primar, sin embargo, un sentido común (Landini, González y D'Amore, 2014; Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008). Tal situación da lugar a ambigüedades cuando se trata de operacionalizarla y más aún de evaluarla.

Esta ponencia recupera dos de los programas que se formularon como parte del Plan Federal de Salud, que se puso en marcha en Argentina en 2004, para indagar los modos en que las autoridades sanitarias de la provincia de Mendoza y actores clave en la implementación, interpretan los logros alcanzados en materia de accesibilidad. A través del análisis de aristas relacionadas con la ejecución de esas propuestas en el plano local, se pretende reflexionar sobre las contribuciones a la accesibilidad posibilitada por el Programa Médicos Comunitarios y el Plan Nacer / Sumar, desde la perspectiva de decisores ministeriales, directivos de servicios de salud y referentes académicos que participaron de instancias de capacitación contempladas en dichos programas.

El Ministerio de Salud de la Nación diseñó el Plan Federal de Salud con el propósito de revertir situaciones históricas de inequidad y fragmentación el sistema de salud argentino, que se habían profundizado como producto de la crisis del año 2001 y la aplicación de las políticas

neoliberales implementadas desde fines de los 80 del siglo pasado. Con consenso de todas las provincias aglutinadas en el Consejo Federal de Salud (COFESA), el Plan enunció un conjunto de prioridades sanitarias, muchas de las cuales fueron traducidas en planes, programas y proyectos especialmente destinados a los grupos de población más vulnerables.

En muchos casos valiéndose de mecanismos que contrastan cumplimientos de metas con transferencias financieras desde la Nación a las jurisdicciones provinciales y municipales, los programas del Plan Federal se presentaron como una nueva forma de garantizar el acceso a la salud a la población. Este tipo de operatorias, denominadas genéricamente "políticas de transferencia condicionada", es alentada en la última década en diferentes países de América Latina, por organismos como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

2.2 Conceptos sobre los Programas Médicos Comunitarios (PMC) y Nacer/Sumar:

El Programa Médicos Comunitarios, vigente en Mendoza desde 2005, persigue mejorar los resultados de los servicios del primer nivel de atención mediante la capacitación y asignación de profesionales a centros integradores comunitarios y centros de salud, trabajando con un enfoque social y de redes de servicios. Asimismo, se exhibe como una herramienta para favorecer la llegada al territorio de otros lineamientos de la política nacional de salud como la prevención del Chagas y el dengue, la prevención de la mortalidad materna e infantil, la salud de los pueblos originarios y la estrategia de municipios saludables, entre otros.

El Plan Nacer por su parte, se originó en 2004 como un seguro público de salud para embarazadas y niños menores de 5 años. Comenzó a implementarse en Mendoza en 2007 y en 2012 se amplió a adolescentes y adultos sin obra social, a nivel nacional y en la provincia. Tiene como metas centrales mejorar indicadores de salud materno- infantil y, en el caso de los mayores, prevenir problemas de salud específicos, como el cáncer femenino. Planteado desde un enfoque de derechos, este seguro público

explicita las protecciones a las que los beneficiarios tienen acceso y los modos de acceder a esos cuidados. Una herramienta clave en este sentido es un nomenclador de servicios denominado "Nomenclador Único, Programa de Desarrollo de Seguros Provinciales de Salud" (PDSPS)

El financiamiento del seguro se basa en resultados, lo cual supone una forma de relación entre la Nación, las provincias, los municipios y los servicios de salud diferente de las que convencionalmente se utilizaban en política social en el país.

El Plan Nacer fue premiado por el Grupo de Evaluación Independiente del Banco Mundial con la distinción a las Mejores Prácticas 2011 (*Good Practice Project Award 2011*), por su diseño, resultados, sistema de monitoreo y evidencia de impacto (FLACSO, 2013). Además, ha sido presentado por sus características innovadoras de financiamiento de salud basado en resultados, ante expertos y líderes de la salud de todo el mundo.

Tanto Médicos Comunitarios como Nacer-Sumar ponen énfasis en la accesibilidad como eje de los programas. Diferentes trabajos han destacado los logros alcanzados por ellos en términos de ampliación de cobertura y de mejora de indicadores sanitarios, pero no se han identificado estudios que indaguen específicamente en las diferentes dimensiones de la accesibilidad, de la manera en que las interpretan los responsables de poner en marcha los programas en las jurisdicciones provinciales. Esta tesis propone ser una contribución en ese sentido.

3. La importancia de la relación Accesibilidad-Implementación:

El trabajo no pretende evaluar el impacto sanitario de los Programas estudiados, ni pone en juicio las acciones llevadas a cabo por los diferentes actores con injerencia en su implementación. Se vale de ambos programas para explorar cómo entienden y valoran la accesibilidad los funcionarios locales. Se vale de ambos programas para explorar cómo entienden y valoran la accesibilidad los funcionarios locales.

El estudio pone foco en la accesibilidad atendiendo a lo sugerido por Carballeda, para quien: "la noción de accesibilidad se presenta como una vía de entrada para repensar las políticas sociales y las de salud (...) En principio, la accesibilidad, se cimienta como una vinculación, es decir como un lazo social entre el sistema de salud o de acción social y los usuarios de éste. De ese modo, puede ser entendida como una relación cargada de significados que relaciona a las políticas, las instituciones y a la sociedad" Carballeda (2013: 109).

Se puede afirmar que la componente técnica es necesaria que esté presente en los niveles de calidad, cuestión que no debe ignorarse. Otra situación es desconocer la dimensión política de las políticas públicas, que tiene que ver con el diseño y ejecución, así como con los escenarios en que ambas se llevan a cabo.

Se detiene en la implementación desde la perspectiva de actores de la política en el nivel subnacional por entender, en consonancia con Vilas (2011) que es importante poner énfasis en la configuración de los escenarios institucionales, internos y externos en los que las políticas se ponen en funcionamiento y en los actores de dichos escenarios, porque muy frecuentemente son éstos, factores y actores, más que la calidad técnica de las propias políticas, los que deciden su éxito o su fracaso.

La implementación es un proceso de permanente negociación y disputa entre los diferentes niveles de gobierno implicados en las políticas. Bernan (1993) afirma que el estudio de la implementación, en tanto que proceso, es esencial para identificar los mecanismos políticos fundamentales que operan en la arena de la política social. El análisis de la implementación es el estudio de por qué las decisiones provenientes de la autoridad (políticas, planes, leyes u otras) no conducen necesariamente al logro de los resultados previstos. La microimplementación se refiere al diseño y ejecución de las políticas que internamente las organizaciones prestadoras de servicios locales tienen que llevar adelante para cumplir con los objetivos de las políticas generales.

Según Bernan, en respuesta a las acciones federales, las organizaciones locales tienen que diseñar y poner en ejecución sus propias políticas internas; "a éste lo llamamos el problema de la microimplementación" (Bernan, 1993, p.292).

El núcleo del problema de la microimplementación, para éste politólogo, tiene que ver con la manera en que las organizaciones procesan las operaciones que demanda la ejecución de la política. Esto es: "lo que ocurre con un proyecto depende no solamente de las características de ese proyecto y de las de la organización que lo ejecuta, sino también de lo que ocurre con la propia organización como consecuencia del proyecto y de la manera en la que se implementa el proyecto (Bernan, 1993, p. 305).

De acuerdo con Vilas (2011) toda política pública, no importa cuán circunscripta o específica sea, repercute casi siempre en una variedad de ámbitos y grupos, lo cual vuelve aconsejable sean tenidos en consideración, hasta donde sea posible, por quienes formulan y ejecutan las políticas. Esto implica, siguiendo al politólogo, la necesidad de embarcarse en negociaciones y construir acuerdos que modifican el diseño original de la política, pero que incrementan sus probabilidades de aceptación y por lo tanto de implementación.

A la hora de la implementación, continua Vilas (2011), una política que no tenga en cuenta los relieves del mapa político nacional, provincial, municipal y la diversidad de intereses de actores afectados, tiene pocas probabilidades de ser eficaz en el logro de sus objetivos, con independencia de la calidad de su diseño técnico e incluso de la movilización de los recursos coercitivos.

En cuanto a la literatura sanitaria distingue diferentes dimensiones o formas de accesibilidad. (OMS, 2015; Henrique y Calvo en Figueroa Pedraza y Cavalcanti Costa, 2014, p.269; Ferrara, 1987, p. 41). El enfoque sanitario basado en los derechos humanos delineado por la OMS en 2015 propone intervenir a partir de principios y normas rigurosas que incluyen la accesibilidad y detalla cuatro dimensiones superpuestas como parte de la

misma noción. Estas dimensiones son la no discriminación, la accesibilidad física, la accesibilidad económica (o asequibilidad) y el acceso a la información.

Para Henrique y Calvo (2014) y para Ferrara (1987) en tanto, el concepto de accesibilidad tiene dimensiones de orden geográfico (debe medirse en función del tiempo y la distancia necesaria para obtener la asistencia de salud utilizando los medios habituales de transporte), organizacional o administrativa (refiere los obstáculos que se originan en los modos de organización de los recursos de asistencia a la salud), sociocultural o cultural/simbólica (refiere la apreciación de los fenómenos que determinan la búsqueda de asistencia de salud tales como: percepción sobre el cuerpo y enfermedad, creencias relativas a la salud, tolerancia al dolor y credibilidad en los servicios de salud, entre otros) y económica (posibilidad de acceso en función de los recursos económicos disponibles).

Según Ferrara (1987) en la accesibilidad cultural/simbólica estarían en juego cuestiones que se refieren a la relación médico paciente. La accesibilidad administrativa, en cambio, se relaciona con la organización de los servicios de salud, los horarios de atención, la disponibilidad de turnos y demás aspectos organizacionales. Esto afecta cuestiones implicadas en la noción de modelo de atención.

El estudio de la accesibilidad e implantación nos permite conocer como estas variables juegan en la arena de lo concreto y se disputan entre sí espacios de poder en forma permanente.

4. Estrategia Metodológica de la investigación:

El desarrollo de la ponencia se despliega, en una perspectiva teórico-metodológica del cómo y para qué se estudia la implementación o puesta en marcha de los programas, atendiendo a la accesibilidad y reconociendo las barreras que la limitan. Esta información es construida a partir del análisis de las entrevistas a los implementadores de las políticas públicas en la Provincia de Mendoza. Esta etapa de recolección y análisis de datos

empleadas se describe en un trabajo de campo que fue indexado por variables o categorías que ayudaron a la etapa de análisis de datos, atendiendo a los criterios de validez y rigor que demanda la investigación cualitativa.

La pregunta que orientó el estudio es: ¿De qué manera los responsables de comandar la implementación de los programas nacionales Médicos Comunitarios y Nacer/Sumar en diferentes niveles del sistema de salud de Mendoza conciben y valoran los logros y problemas encontrados para avanzar en la accesibilidad sanitaria en la provincia, a través de esos programas?

El trabajo de campo se llevo a cabo mediante preguntas que orientaban a conocer la accesibilidad, las barreras y las sugerencias que pudieran mejorar la implementación de ambos programas.

Luego se describe y analiza cómo conciben la accesibilidad los responsables de implementar en distintos niveles de la red de servicios de salud de la provincia de Mendoza, los Programa Médicos Comunitarios y Nacer/Sumar. Se exponen las barreras que, a su juicio, interfieren en los vínculos entre los servicios de salud y los usuarios y los factores con los que relacionan esas barreras.

4.1 Técnica de recolección de datos utilizada:

Para alcanzar el primer objetivo específico del estudio se analizaron documentos sobre el Plan Federal de Salud y los programas estudiados cuya autoría pertenece al Ministerio de Salud de la Nación, declaraciones y evaluaciones de organismos internacionales como el BM y la OMS, evaluaciones de grupos de investigación de procedencia universitaria y decretos provinciales. El análisis documental se combinó con entrevistas a expertos y referentes provinciales que han tenido incidencia en la puesta en marcha de la operatoria de los programas seleccionados. La complementación de las técnicas, recomendada para procurar la validez externa de la investigación cualitativa, permitió acrecentar información en

los distintos momentos del trabajo de campo. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a los mismos actores, los ejes de indagación de estas entrevistas fueron:

- Posición actual y trayectoria del entrevistado en relación a los programas Médicos Comunitarios y Nacer/Sumar en el periodo de vigencia de esos programas en la provincia.
- Ideas generales sobre los contenidos y alcances de esos programas. Opiniones sobre los problemas que se presentaron en la implementación y sobre los factores que ayudaron a sobrellevarlos.
- Valoraciones sobre los modos en que los programas favorecieron/dificultaron la accesibilidad.
- Cambios en la operatoria de los programas en el periodo analizado

Los documentos identificados para alcanzar el objetivo específico 1 se analizaron orientados por la técnica de análisis cualitativo de contenidos. Esta técnica consiste en "una aproximación empírica, de análisis metodológicamente controlado de textos al interior de sus contextos de comunicación, siguiendo reglas analíticas de contenido y modelos paso a paso, sin cuantificación de por medio" (Mayring, 2000, párrafo 4 en Cáceres, 2003, p.56).

El análisis cualitativo de contenidos permite reelaborar los datos brutos agrupando material de similar sentido a través de pasos sucesivos hasta llegar a un criterio que justifique su agrupamiento e integrar esos datos a interpretaciones que permiten establecer relaciones e inferencias entre los temas analizados y de éstos con teoría previa (Mayring, 2000). Asimismo, permite generar información válida y confiable, comprensible intersubjetivamente, para comparar los propios resultados con otras investigaciones (Cáceres, 2003, p.57).

Atento a los planteos previos, la información documental se procesó guiada por una grilla analítica que tuvo en cuenta los contenidos explícitos de los programas en cuanto a: objetivos, metas, coordinación con otros programas, lugar que ocupa la accesibilidad en su formulación y

mecanismos previstos para implementarlos. Se incorporó, como fuente documental la lectura del Nomenclador Único, que prevé las prestaciones que brinda el Plan Nacer/ Sumar

El material obtenido en las entrevistas (opiniones y reflexiones acerca de la accesibilidad en la operatoria a los programas estudiados) destinado a dar cumplimiento a los objetivos específicos 2 y 3 se procesó en base al Analysis Framework. Este procedimiento de análisis de datos cualitativos fue diseñado por Jane Ritchie y Liz Spencer en 1994, para describir e interpretar lo que sucede en las organizaciones de política social (Srivastava y Thomson, 2009).

El análisis del marco es apto para trabajar con diseños flexibles como los que guían los estudios cualitativos y admite incorporar los hallazgos que se realizan durante la investigación. Es un proceso analítico más explícito y más fuertemente informado por los objetivos de investigación priorizados que otros métodos de análisis cualitativo como la teoría fundamentada. Esto permite guiar los análisis de la información que resultan de preguntas específicas que explícitamente se quieren formular (Ritchie y Spencer, 1994 en Srivastava y Thomson 2009, p. 73).

Como ventaja del método se menciona que, al proponer etapas sistemáticas de análisis, permite identificar relaciones entre datos y resultados y visualizar cómo se llega a las interpretaciones. Es por ello que según esta propuesta de análisis los textos se transcriben y se organizaron en forma provisoria a partir de los objetivos que guían la investigación. Luego se separan los datos de su contexto textual original y se construye un marco temático en el que se enlazan las ideas claves de los entrevistados con las cuestiones que explícitamente se busca conocer (Srivastava y Thomson, 2009). A partir del etiquetado de secciones de datos agrupadas por temas se produce un índice temático y luego los datos indexados se ordenan para reportar la investigación. La interpretación está condicionada por los objetivos originales de la investigación y por temas que surgen durante las entrevistas.

4.2 El trabajo de campo

El trabajo se llevó a cabo entre julio de 2015 y febrero de 2016. En una primera etapa se trabajó sobre la información documental, lo cual permitió ajustar los ejes de indagación de las entrevistas. A continuación se elaboró un listado de referentes locales por cada uno de los programas del estudio o que pudieran hablar de los dos. Se tuvieron en cuenta las posiciones posibles a lo largo de los años de operatoria de cada plan y la necesidad de indagar en los procesos en las distintas regiones de la provincia. Luego se los contactó a través de correo electrónico y/o por vía telefónica para invitarlos a participar del estudio.

A partir del listado tentativo inicial, parte de quienes aceptaron la convocatoria señalaron la conveniencia de consultar a otros pares que tuvieron papeles importantes en relación a los programas, con lo cual, mediante la técnica "bola de nieve" se completó la muestra final. Esta quedó conformada por 20 directores y referentes del programa Nacer/Sumar de 6 hospitales de la Provincia: el hospital Dr. Luis Lagomaggiore (que tiene la maternidad más compleja de Mendoza y es centro de referencia para la atención materna a nivel provincial); el hospital Perrupato, centro de referencia regional en la zona Este; el hospital Dr. Teodoro Schestakov, de referencia para la zona sur.; el hospital Dr. Crvabalowski, ubicado en la zona de alta montaña, el hospital Dr. José Néstor Lencinas y dos centros de salud de Gran Mendoza. Se entrevistó también a ministros y subsecretarios, coordinadores de Plan Nacer - Sumar y Programa Médicos Comunitarios durante el período de estudio y docentes y tutores del Programa Médicos Comunitarios (detalle en Anexo N° 2).

La mayor parte de las entrevistas se realizó en forma personal con una duración que varió entre los 40 a 60 minutos; tres se realizaron telefónicamente y otras se llevaron a cabo vía correo electrónico, ya que se ofreció esa opción. Se estima que esta alternativa de aplicación de la técnica no resintió la calidad de la información obtenida y permitió incorporar a expertos de zonas alejadas y/o que argumentando falta de tiempo, no hubiera sido posible abordar en forma personal.

Las opiniones fueron grabadas y transcritas, salvo en los casos telefónicos que fueron escritas inmediatamente concluida la comunicación. A pedido de algunos entrevistados se les envió la transcripción para que verificaran los contenidos, logrando conformidad con los mismos.

Las entrevistas más extensas fueron con los responsables de la coordinación de ambos programas. El nivel de responsabilidad de varios de los sujetos entrevistados obligó a disponer un tiempo considerable para el traslado y las esperas, hasta llegar al momento de la entrevista en sus lugares de trabajo y/o residencia.

Para el caso de los docentes y tutores del Programa de Médicos Comunitarios, se contactó inicialmente docentes de la Universidad Nacional de Cuyo, los cuales mostraron amplio interés de participar y entregar sus opiniones.

En todos los casos las entrevistas respetaron los ejes de indagación recién presentados. No obstante en las entrevistas que se realizaron en forma personal se incluyeron preguntas abiertas y se introdujeron interrogantes a partir de lo que previamente habían expresado otros pares, tal como admite la perspectiva que sustenta este trabajo.

Siguiendo los pasos propuestos por el Análisis del marco, luego de la transcripción de las entrevistas y una lectura global, se analizaron las homogeneidades internas de las opiniones de los entrevistados con el fin de identificar temas recurrentes y contradicciones no captadas durante el trabajo de campo. La información se indexó y organizó luego atendiendo a los principales emergentes y a los conceptos que orientan el análisis. Este reordenamiento fue chequeado por un segundo lector, quién ayudó a la identificación de los contenidos relevantes, desde distintas perspectivas relacionadas con el tema de estudio.

5. Conclusiones:

Para ello, antes de avanzar se recupera la pregunta central que guió el escrito y se transcriben los interrogantes intermedios. Ellos fueron:

¿De qué manera responsables claves de la implementación de los programas nacionales Médicos Comunitarios y Nacer/Sumar en diferentes niveles del sistema de salud de Mendoza conciben y valoran los logros y problemas para avanzar en la accesibilidad sanitaria en la provincia, a través de esos programas? Para dar respuesta al problema de investigación se trató de responder a los siguientes interrogantes intermedios:

✓ ¿Cómo presentan y procuran la accesibilidad los diseños del Plan Nacer/Sumar y el Programa Médicos Comunitarios?

✓ ¿Qué dimensiones/ aspectos/formas contempladas en la noción de accesibilidad son puestos de relieve por los funcionarios y capacitadores que participaron de la implementación de los programas a nivel local?

✓ ¿Cuáles son, según estos actores, restricciones para la puesta en marcha de los programas que limitaron la accesibilidad a los servicios de salud en Mendoza?

Las conclusiones se presentan siguiendo la secuencia de estos tres interrogantes.

1. ¿Cómo presentan y procuran la accesibilidad los diseños del Plan Nacer/Sumar y el Programa Médicos Comunitarios?

El Programa MC y el Plan Nacer/ Sumar nacieron como parte del Plan Federal de Salud, acordado entre la Nación y los ministerios de salud de todas las provincias, en 2004, en un contexto de puesta en valor de rol del Estado Nacional en el sector salud, después de décadas donde primó la descentralización y la focalización a partir de la confianza en el estado

mínimo.

En lo que va de este siglo, hay cierto consenso internacional y en Latinoamérica de que la cobertura universal, la equidad y la accesibilidad en salud deben guiar las políticas de salud enfocadas a garantizar derechos al conjunto de la ciudadanía. A partir de ese acuerdo básico los países ensayan diferentes mecanismos para procurar la salud de las mayorías, siendo uno de los más extendidos los seguros públicos de salud y las políticas de transferencia de ingresos condicionadas.

En Argentina, los desafíos políticos en torno a la salud son también desafíos conceptuales. El derecho a la salud ¿es el derecho a recibir atención médica en iguales condiciones para todos los ciudadanos?; Pensar la salud en relación a factores histórico- sociales, económicos y culturales e incorporar la participación social en su consecución ¿implica comprometer en el tema a otras áreas de política pública además del sistema de servicios médicos?. Estos interrogantes, a la vez, tensionan las conceptualizaciones vigentes y futuras en torno a la accesibilidad. Estas van, según se presentó teórica y empíricamente, atendiendo a las respuestas de los entrevistados, desde la idea que la accesibilidad es una cuestión que se resuelve fortaleciendo la oferta de servicios a otra más amplia, que considera el acceso a la salud como una cuestión ligada al ejercicio de ciudadanía, lo cual demanda enfoques multisectoriales, multitécnicos y multiculturales, como plantea, por ejemplo, el esquema de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

El Programa Médicos Comunitarios, que es tributario de la estrategia de APS, se propone como principal objetivo “fortalecer la conformación de equipos de salud del primer nivel de atención con la incorporación y el financiamiento de recursos humanos para mejorar la oferta de servicios, con mayor amplitud horaria y mejor calidad”.

El Plan Nacer/ Sumar SUMAR, por su parte, procura “generar conciencia en la población acerca de la importancia del cuidado de la salud, empoderarla para el ejercicio efectivo de su derecho y potenciar su vínculo

con el sistema sanitario". La concepción relacional de la accesibilidad que promueve buena parte de la literatura consultada a propósito de esta tesis, está claramente presente en la formulación del SUMAR.

Asimismo el Nomenclador que explicita las prestaciones del programa es sin duda, una herramienta diseñada para posibilitar la accesibilidad y equidad. Esto porque tiene potencialidades para alinear formas de cuidar y tratar los problemas de salud/ enfermedad de grupos de población específicos, con independencia de la provincia / municipio en el que residen o el servicio de salud al que asistan y acotar la discrecionalidad de los equipos de salud locales. Es también un instrumento que, en teoría, incentivaría que se hagan prestaciones y que se registren, como condición excluyente para acceder al financiamiento nacional, lo que la autoridad sanitaria nacional considera mínimos básicos para garantizar el derecho a la salud, en el caso puntual del Nacer/Sumar, de embarazadas, niños de hasta 19 años y mujeres adultas.

Como reflejaron las entrevistas a los funcionarios con los que se dialogó a propósito de esta tesis, ambos programas, formulados a nivel nacional, fueron resignificados a nivel local. Tal cuestión no es extraña. Es más bien un supuesto de los teóricos de la implementación que se alejan de las concepciones más normativistas o "de arriba hacia abajo". Como afirma Berman (1993, p.305) "lo que ocurre con un proyecto depende no solamente de las características de éste y de la organización que lo ejecuta, sino también de lo que ocurre con la propia organización como consecuencia del proyecto y de la manera en la que se implementa el mismo". También en palabras de Vilas (2011) toda política, con independencia de la solidez técnica con la que es formulada se modifica a partir de los escenarios sociales o políticos en los que se implementan

2. ¿Qué dimensiones/aspectos/formas contempladas en la noción de accesibilidad son relevantes desde la perspectiva de los funcionarios y capacitadores que participaron de la implementación de los programas a nivel local?

El Plan Nacer - Sumar y el Programa Médicos Comunitarios en Mendoza desde la óptica de los implementadores incidieron en ciertos aspectos de la accesibilidad. Su lectura sobre los alcances de la accesibilidad fue, en general, mucho más acotada que las dimensiones que presentamos en el apartado teórico de la tesis.

En el caso del Nacer/Sumar la mayoría de los consultados solo pusieron énfasis en los logros evidentes, que tuvieron a partir del ingreso de recurso, para mejorar la infraestructura y equipamiento de sus centros de atención, lo cual repercutió en la mejora de las prestaciones en los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios. Valoraron también, los incentivos hacia el equipo de salud, incorporados en los diseños de los programas para llevar a cabo sus tareas cotidianas, haciendo propios como logros personales los alcanzados por los servicios de salud.

En el caso del Programa Médicos Comunitarios se apreciaron los contenidos, la formación y capacitación de los equipos de atención primaria, de manera diferente según la posición de los entrevistados, algunos más desde lo académico, en otros casos más desde el trabajo comunitario. Los docentes entrevistados vieron como importante la participación de la universidad como la formadora y quien daba el respaldo institucional de esa formación. Sin embargo la mayoría de los formadores manifestaron que, a pesar de tener en cuenta el esfuerzo del programa por acercarse conceptualmente y a través de herramientas a la comunidad, se ve opacado por la falta e iniciativa de los equipos para trabajar "puertas afuera" de los Centros de salud, lo cual como señala la literatura, es un condimento para afianzar la accesibilidad.

Por parte de los referentes locales permite identificar que prevalece, mayoritariamente, la idea de que la accesibilidad se logra cuando se mejoran las condiciones para producir servicios, a partir de atributos de la propia oferta asistencial. La adecuación de esa oferta a características específicas de las poblaciones a las que está dirigida, tiene menos cabida entre los entrevistados. Está más presente en el horizonte de los formadores del Programa Médicos Comunitarios, pero se habría visto

limitado por la forma de contratar y asignar profesionales a los territorios. Parte de los docentes y tutores comparten que si bien hay esfuerzos por vincularse con la comunidad, el propio sistema tensiona para restringirse en la resolución de los problemas asistenciales puntuales, sin atender a los perfiles y particularidades de los sujetos a quienes se pretende beneficiar.

Las máximas autoridades de la provincia, entrevistadas a propósitos de este estudio, acordaron en que los problemas en la coordinación interjurisdiccional provincia-nación y provincia-municipios, operaron como obstáculos importantes para mejorar la distribución del programa, atendiendo a las realidades territoriales y a las necesidades sanitarias de la población. No interpretaron esas trabas, que atribuyeron a tensiones, pujas políticas y a diferentes criterios de priorización, como barreras a la accesibilidad, aun cuando conceptualmente lo sean.

De acuerdo a lo expuesto anteriormente se puede inferir que según los implementadores locales, la accesibilidad es básicamente una cuestión que se resuelve ampliando la oferta local y, desde esa óptica, los programas posibilitaron disponer de recursos financieros, de tecnología y de mano de obra capacitada y necesaria para cumplir con algunos objetivos trazados. Pensar a accesibilidad "como un encuentro, como un lazo entre los sujetos y los servicios de salud" en los términos que sugiere Carballeda, Comez y otros autores consultados, está fuera de su marco interpretativo. Como consecuencia no valoran modos posibles en que Nacer/ Sumar y Médicos Comunitarios hayan contribuido a acercar sujetos y servicios.

3. ¿Cuáles son, en la concepción de los actores locales, restricciones en la implementación de los programas que limitaron la accesibilidad a los servicios de salud en Mendoza?

Las máximas autoridades de la política de salud en Mendoza, manifestaron en sus discursos, una marcada visibilidad de la fragmentación del sistema de salud provincial. En referencia a que la operatoria de los planes quedó reducida al sistema público de salud provincial, no se pudieron abrir a los otros sistemas, algo así como "un sistema dentro de sistemitas", como

sugirió uno de los funcionarios entrevistados en el estudio. No fue posible trabajar en red con todos los sistemas de salud provincial, desestimando la capacidad instalada de servicios de salud en sectores vulnerables y más alejados del Gran Mendoza, donde en ciertos casos existe cobertura de las obras sociales, por ejemplo la obra social provincial.

También pusieron de manifiesto el juego de roles, donde cada actor juega y hace jugar de acuerdo a su rol de poder y donde se ponen de manifiesto los intereses de las corporaciones profesionales, gremiales y hasta de política partidaria, restringiendo en consecuencia la mejora de posibilidades de acceso que ofrecen los programas.

En cuanto a la dinámica de ingreso de los servicios de salud, se encuentran obstaculizadas por barreras o restricciones que estuvieron presentes en ambos programas. Los expertos coincidieron independientemente del nivel de ejecución que tuvieron, que debieron hacer frente a diversas limitaciones de tipo sociocultural, geográfico, administrativo, burocrático, político, siendo estas últimas muy sentidas por la mayoría. También se pusieron de manifiesto las restricciones dadas por las subjetividades, respecto al criterio de poner en juego la accesibilidad de los programas, siendo éste un espacio conflictivo en el que se articula los diferentes sentidos de pertenencia, roles y configuraciones de los actores acerca de cómo debería ser la operatoria de los programas analizados.

En síntesis: se puede repensar la noción de accesibilidad en las políticas de salud en Mendoza, como la construcción de un puente entre la política de salud y los sujetos sociales, con relación a su situación y visión del proceso salud - enfermedad, que tienda las vías donde pueda transitar diariamente el tren, que permita alcanzar la accesibilidad-equidad. Esta es aún una tarea pendiente de hacer y un desafío para las futuras intervenciones de estos programas.

6. Bibliografía:

ACUÑA, C y CHUDNOVSKY, M (2002). El sistema de salud en Argentina. Disponible en:

<http://www.bibleduc.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>

AGUILAR IDAÑEZ, M (2001). La participación comunitaria en salud. ¿Mito o realidad? Madrid: Ediciones Díaz de Santos SA.

ALMEIDA, C (2006) Reforma del sector salud en America Latina y el Caribe: el papel de los organismos internacionales al formular las agendas y al implementar las políticas. Bienestar y política social 2 (1), 135-175

ALMEIDA C (2005) Reforma del Sector Salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelo y algunos resultados de implementación. Conferencia en el Foro de la Reforma de salud de la República dominicana, 1989-2005. Trabajo presentado en Primera cátedra abierta de reforma en salud y seguridad social del Instituto Tecnológico de Santo Domingo (Intec), Área de Ciencias de la Salud, Programa Intec en Seguridad Social.

ARTIGAS - LELONG, B y BENNASAR-VENY, M (2009). La salud en el siglo XXI: el reto de los cuidados multiculturales. Revista Index de Enfermería; 18:42-6.

BERENGUERA A., FERNÁNDEZ DE SANMAMED M.J., PONS M., PUJOL E., RODRÍGUEZ D., SAURA S. (2014) Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), Recuperado el 16/8/2015 de <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>

BERMAN, P. (1993). El estudio de la macro y microimplementación. En L. Aguilar Villanueva (ed.). La implementación de las políticas (pp. 281-322). México: Miguel Ángel Porrúa Grupo editorial. 1ª impresión.

BERTALANFFY, L (1976). Teoría general de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.

BIRKLAND, Thomas (2011). An Introduction to the Policy Process: Theories, Concepts, and Models of Public Policy Making. New York: Taylor & Francis Group. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/282172059/An-Introduction-to-the-Policy-Process-BIRKLAND>

BISANG, R y CETRÁNGOLO, O (1997). Descentralización de los servicios de salud en la Argentina. Disponible en:

<http://archivo.cepal.org/pdfs/1997/S9700018.pdf>

BRICIO, C (2013). Atención Primaria: Eficiencia, Equidad y Salud. En SCHIAVONE, M y RIOS, J (2013). Economía y financiamiento de la salud. Buenos Aires: Editorial DUNKEN.

CÁCERES, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una alternativa metodológica alcanzable Psicoperspectivas II, 53 - 82 consultado en <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>

CARBALLEDA, A (2013) La accesibilidad y las políticas de salud. En C. Krmpotic, M. Mitjavila y MM Saizar (editoras). (Sub) Culturas profesionales. Poder y prácticas en salud. Buenos Aires. Miño y Dávila.

CASAS, J (2000). Los retos de la Bioética en América Latina: equidad, salud y derechos humanos. En OPS/OMS, Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos. Disponible en: <http://docplayer.es/14613178-Bioetica-y-cuidado-de-la-salud-equidad-calidad-derechos.html>

CETRANGOLO, O (2011) Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros / 1ª ed. Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD 2011. Disponible en <http://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/.html>

COHEN, D. & CRABTREE, B. (2008). Evaluative criteria for Qualitative research in health care: controversies and recommendations. *Annals of Family Medicine* 6 (4): 331-339.

COMES, Y; SOLITARIO, R; GARBUS, P; MAURO, M; CZERNIECKI, S; VÁZQUEZ, A; SOTELO, R y STOLKINER, A (2007). El concepto de accesibilidad: perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Buenos Aires, UBA, Secretaría de Investigaciones. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>

COMES, Y y STOLKINER, A (2004). Si pudiera pagaría: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Buenos Aires, UBA, Secretaría de Investigaciones, Vol. XII, pp. 137-143.

CORTÉS, R y MARSHALL, A (1999). Estrategia Económica, instituciones y negociación política en la reforma social de los '90, en la revista *Desarrollo Económico*, Vol. 39 N° 154 (julio-septiembre de 1999). Buenos Aires.

CORZO, J (2012). Diseño de Políticas públicas. México: IEXE.

CHIARA, M. (comp.) (2012). Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento. 1ª ed.

DELGADO, L (2009). Las políticas públicas. El ciclo de las políticas públicas. Clases de políticas públicas. Eficacia, legalidad y control. Indicadores de gestión. Disponible en:

http://empleopublico.castillalamancha.es/empleopublico/c/document_libRARY/get_file?uuid=49a4638b-b064-44a6-b640-97e52ea0da7c&groupId=10129

ELÍAS, J (2007). Morfología del mercado de salud en argentina: evolución histórica y análisis comparativo con un mercado local. Tesis presentada como requisito parcial para la obtención del título de: Magíster en Economía y Gestión de la Salud. Disponible en:

<http://www.isalud.edu.ar/biblioteca/pdf/tesis-elias.pdf>

ELOLA, J (2001). Política Sanitaria Española. Madrid, España: Editorial Díaz de Santos.

FIGUEROA PEDRAZA y CAVALCANTI COSTA, (2014). Accesibilidade aos serviços públicos de saúde: a visão dos usuários da Estratégia Saúde da Família. Revista Electrónica Trimestral de Enfermería N° 33 Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/170901/157211>

FERRARA, F (1987). Teoría Social y Salud. Buenos Aires: Editorial Catálogos.

FLACSO ARGENTINA (octubre de 2013). DOCUMENTO DE TRABAJO ESPECÍFICO N° 2 Monitoreo, luego aprendo. Los aprendizajes en la implementación de relaciones intergubernamentales basadas en desempeños del sector salud. La experiencia argentina a través del Plan Nacer. Disponible en:

<http://flacso.org.ar/wp-content/uploads/2013/10/Monitoreo-y-evaluaci%C3%B3n-de-Plan-Nacer.pdf>

FLEURY, S (1999). Políticas sociales y ciudadanía. Disponible en: <http://www.inau.gub.uy/biblioteca/inde.pdf>

FLORES SANDI, G (2012) Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud. Acta Médica Costarricense. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. ISSN 0001-6002/2012/54/3/181-188

GILSON, L. (ed.) (2012). Health policy and systems research: A methodology reader. Geneve: Alliance for Health Policy and Systems

Research. World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/alliance-hpsr/resources/alliancehpsr_reader.pdf

HIRMAS, M; POFFALD, L; JASMEN, A; AGUILERA, X; DELGADO I. y VEGA, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*; 33(3): 223–9.

ISUANI, E y MERCER, H (1985). *La Fragmentación Institucional del Sector Salud en Argentina. ¿Pluralismo o Irracionalidad?* Buenos Aires: Mimeo

LANDINI, F; GONZALEZ, V. y D'AMORE, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *REVISÃO REVIEW* 231. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(2):231-244.

MARTÍNEZ NOGUEIRA, R (1997). *Análisis de Políticas Públicas*. Buenos Aires: Editorial INAP.

MENÉNDEZ, E (1998). Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social, *Cuadernos Médicos Sociales*, Rosario, 1998; 73:5-22.

MINAYO, M.C. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

MISHIMA S; CAMPOS, A; MATUMOTO, S y FORTUNA, C (2016). La asistencia en la salud de la familia bajo la perspectiva de los usuarios. *Revista Latino-Am. Enfermagem*. Disponible en:

http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-02674.pdf

MOLINA, C (2015) *Entre lo técnico y lo político: los médicos en la descentralización de los hospitales públicos de Mendoza, Argentina*. Tesis de Doctorado UNCuyo.

OLESKER, D (2015). *Igualdad, universalidad y accesibilidad: economía política y estado actual de la política pública de salud*. Disponible en:

http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=467&Itemid=241

PARODI, C. Perú 1960-2000. (2003). *Políticas económicas y sociales en entornos cambiantes*. Perú, Lima: Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico.

PARODI, C (1997). *Economía de las políticas sociales*. Disponible en: <http://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/257/economia%20de%20las%20politicassociales.pdf?sequence=1>

PERRONE, N. y TEIXIDÓ, L. (2007). Estado y salud en la Argentina. Buenos Aires: Mimeo. Disponible en:

http://salud.ciee.flacso.org.ar/flacso/ESTADO%20Y%20SECTOR%20SALUD%20EN%20LA%20ARGENTINA_NP_LT.pdf

POPE, C. & MAYS, N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health services research. *British Medical Journal* 311: 42-45. 2/10/2015 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2550091/pdf/bmj00599-0046.pdf>

RAMÍREZ-SÁNCHEZ, T; NÁJERA, P. y NIGENDA, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Pública México* 1998; 40:3-12.

REPETTO, F. (2001). Descentralización de la salud pública en los noventa: una reforma a mitad de camino. Coordinador de la investigación: Fabián Repetto. Equipo de investigación: Karina Ansolabehere, Gustavo Dufour, Carina Lupica y Fernanda Potenza Asesor: Horacio Rodríguez Larreta Documento 55 Octubre de 2001. Disponible en: <http://faculty.udes.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt55.PDF>

SALAS ZAPATA W, RIOS SORIO L, GOMEZ ARIAS, RB y ÁLVREZ DEL CASTILLO X. (2012) Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: limitaciones y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Publica*. 32(1), 77-81.

SCHIAVONE, Miguel y RÍOS, Jorge (2013). Economía y financiamiento de la salud. Buenos Aires: Editorial DUNKEN.

SRIVASTAVA, A. & THOMSON, S. B. (2009). Framework Analysis: A Qualitative Methodology for Applied Research Note Policy Research. *JOAAG* 4 (2), 73-79

SEN, Amartya (2002). ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública* vol.11 n.5-6

SOLITARIO, Romina; GARBUS, Pamela y Stolkiner, Alicia (2008). Derechos, ciudadanía y articulación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigación de la Facultad de Psicología*, Buenos Aires UBA.

SONIS, Abraam (2001). Equidad y salud. Disponible en:

<http://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2001/253.pdf> en:

http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500005

SPINELLI, H (2010) Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva. Buenos Aires 6 (3) 275-293 Disponible en: <http://wulna.edu.ar/saludcolectiva/revista18/3.pdf>

STARFIELD, Bárbara (2001). Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. En Revista Gerencia y Políticas de Salud. Disponible en:

<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/starfield.pdf>

STOLKINER, A (2010) Derechos humanos y derecho a la salud en América Latina: la doble faz de una idea potente. Medicina Social 5, (89) Disponible en: <http://www.medicinasocial.info>.

STOLKINER y otros (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso. La Salud en Crisis - Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Buenos Aires: Dunken.

TAMAYO, Manuel (1997). EL ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS. En Bañón, R. y Carrillo, E. (Compiladores). La nueva Administración Pública. Recuperado el 14 de mayo de 2016, de

http://politicas.typepad.com/files/tamayo_el-analisis.pdf

TOBAR, F (2015) Derechos y deberes de los ciudadanos en salud. Obtenido de <https://www.inclusionosalud.org/2015/12/28/816/>

TOBAR, Federico (2012). Políticas de salud: Conceptos y herramientas En: Garay, O (Coordinador) Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal. Buenos Aires. La Editorial La Ley.

TOBAR, F. (2010). ¿Qué aprendimos de las reformas en salud? Evidencias de la experiencia internacional y propuestas para Argentina. Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes. 1ª ed.

TOBAR, Federico (2000). Herramientas para el análisis del sector salud. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-139.pdf>

VALDÉS, Juan y ESPINA, Mayra (2011). Política social y políticas públicas. América Latina y el Caribe: La política social en el nuevo contexto - Enfoques y experiencias Editores: Juan Valdés Paz y Mayra Espina. Disponible en:

http://www.unesco.org/uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/Repensar_LAC-Volumen_2.pdf

VARGAS, Alejo. (2000). Notas sobre el Estado y las políticas públicas.

Bogotá: Almudena Editores.

VEGA, Jeanette; SOLAR, Orielle e IRWIN, Alec (2005). Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Jadue L. y Fabiola M., eds. Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad. Chile: Iniciativa Chilena de Equidad en Salud (ICES); 2005. Pp. 9-18. Disponible en:

https://docs.google.com/document/d/1YEw1H5GJ_bKry15_LbtLuq-oqcf1jD19Ywm3eMdvjXE/edit?pref=2&pli=1

VILAS, Carlos (2011) Política y políticas públicas en América Latina en Cristina Fioramonti y Paula Anaya, comps. El Estado y las políticas públicas en América latina. La Plata: AECID/COPPPAL/Honorable Cámara de Senadores de la provincia de Buenos Aires – pag. 37-74.

WHITEHEAD, Margaret (1991). Los conceptos y principios de la equidad en salud. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en:

https://cursos.campusvirtualesp.org/repository/coursefilearea/file.php/61/bibli/m1-Whitehead_M-conceptos_y_principios_de_equidad_en_salud_-_OPS_1991.pdf

ZEBALLOS, José (2003). Argentina: Efectos sociosanitarios de la crisis, 2001-2003. Representación de la OPS/OMS Argentina Consultor Sistemas de Salud Atención a las Emergencias y Desastres. -1ª. ed.- Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud, 2003. Disponible en:

http://new.paho.org/arg/publicaciones/pubOPS_ARG/Pub57.pdf

Documentos

ANSES (2011). Plan Nacer. Disponible en:

<http://www.anses.gob.ar/blogdeldirector/archives/tag/plan-nacer>

AUDITORÍA GENERAL DE LA NACIÓN (diciembre 2012). Informe de Auditoría de Gestión del Plan Nacer. Disponible en:

http://www.agn.gov.ar/files/informes/2013_184info.pdf

BANCO MUNDIAL (2013). Argentina, Plan Nacer: Resultados concretos para la madre y el niño. Disponible en:

<http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2013/09/24/argentina-plan-nacer-resultados-concretos-para-la-madre-nino>

BIBLIOTECA DEL CONGRESO DE LA NACIÓN (2015). DECRETOS DE NECESIDAD Y URGENCIA 1994 - 2014 Legislación Nacional. Doctrina y

Jurisprudencia. Disponible en: <http://www.bcnbib.gov.ar/uploads/dossier-leg-n-72-dnyu-19942014-leg-doc-juris.pdf>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2015). Nomenclador Sumar en más salud pública. Obtenido de <http://www.msal.gov.ar/sumar/images/sotries/pdf/nomenclador.pdf>

<http://www.msal.gov.ar/sumar/index.php/informacion-equipos-de-salud/faturacion-de-prestaciones>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2014). Programa Médicos Comunitarios. Resultados de gestión. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/resultados-de-gestion>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2013). Programa Sumar 2013 Memoria Anual. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/memoria-anual-sumar-2013.pdf>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2012). Programa SUMAR, la ampliación del Plan Nacer. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/brochure.pdf>

MINISTERIO DE SALUD de LA NACION (2011). Equipos comunitarios. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/0-800-salud-respondede/79-equipos-comunitarios>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2011). Programa Médicos Comunitarios. ¿Qué es el PMC? Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/ique-es-el-pmc>

[msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/ique-es-el-pmc](http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/ique-es-el-pmc)

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2011). Programa Médicos Comunitarios. ¿Quiénes integran la red comunitaria? Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/iquien-es-integran-la-redes-comunitarias>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2011). Programa Médicos Comunitarios. Objetivos. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/objetivos>

vos

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2011). Programa Médicos Comunitarios. Estrategias. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/estrategias>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2011). Programa Médicos Comunitarios. Destinatarios. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/destinatarios>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2011). Programa Médicos Comunitarios. Articulaciones institucionales. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/articulaciones-institucionales>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2011). Programa Médicos Comunitarios. Área de salud indígena. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/area-de-salud-indigena>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2011). Programa Médicos Comunitarios. Cronología. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/cronologia>

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. Consejo Federal de Salud. (2004) Bases del plan federal de salud 2004-2007. Recuperado de

http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Políticas_Nacionales_Salud-Argentina_2004-2007.pdf

MINISTERIO DE SALUD de LA NACION (2002). Salud Pública. Resolución 201/2002. Disponible en:

http://www.sssalud.gov.ar/pmo/res_s_02_201.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015) Salud y derechos humanos. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2011). El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos

futuros / 1a ed. - Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo - PNUD, 2011. 88 p.; 28x21 cm. Disponible en:

<http://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2008). Subsana las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.

http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos - Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala. Disponible en:

<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2958s/6.html>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la Salud en el Mundo (2000). Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, Disponible en:

<http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/presentacion.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD ALMA MATA (1978). Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39244/1/9243541358.pdf>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2012). Salud en las Américas. <http://www2.paho.org/saludenlasamericas/dmdocuments/sa-2012-capitulo-5.pdf>

OPS/OMS (1999). Principios y conceptos básicos de equidad y salud División de Salud y Desarrollo Humano OPS/OMS Octubre, 1999.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (SIN AÑO) Atención Primaria de la Salud.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4306%3A2008-atencion-primaria-salud&catid=3176%3Aprimary-health-care&Itemid=3536&lang=es

Provincia de Mendoza 2012. DECRETO 2071/2012. Disponible en <http://www.tribunet.com.ar>

SPINELLI, H (2016) Volver a pensar en salud: programas y territorios. Salud colectiva Universidad nacional de Lanús. Buenos Aires. Argentina Revista Salud colectiva. Vol 12, Número 2 (2016). Disponible en <http://www.revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/976>