

# ARTÍCULOS ORIGINALES

## EVALUACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD Y LA ESTRATEGIA DE APS

### Evaluation of health care systems and primary health care strategy

JOSÉ M. PAGANINI\*, GRACIELA S. ETCHEGOYEN\*, ANA BO\*\*, ANA M. RUBIO\*\*\*, JUAN J. STIVAL\*\*\*, ABEL FREDEIMBERG\*\*\*\*, GRACIELA MATKOVIC\*\*\*\*\*, ADRIANA HIPPERDINGER\*\*\*\*\*, ALICIA PÉREZ RAVENTÓS\*\*\*\*\*, MÓNICA GONZÁLEZ\*\*\*\*\*, ADRIÁN ZELAYETA\*

**RESUMEN.** OBJETIVO: evaluar la calidad de los sistemas de salud y la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en distintas áreas geográficas del país. MÉTODO: estudio de corte transversal con abordaje metodológico triangular que involucró: a) encuestas a las personas que demandan la atención, b) entrevistas a referentes claves del equipo de salud y c) grupos focales con los equipos de salud. Los componentes de estructura, proceso y resultados de los sistemas de salud basados en APS se evaluaron por medio de indicadores específicos. RESULTADOS: el análisis de la información muestra un déficit evidente de la integración del equipo profesional, principalmente en la actividad comunitaria y social, la carencia de normativas adecuadas y problemas de accesibilidad estructural para población discapacitada. Se destaca, además, el alto porcentaje de personal que desconoce los programas en ejecución dentro de la institución, así como la falta de un sistema de información adecuado sobre la población del área y de registros de los procesos de gestión en la mayoría de las unidades analizadas. CONCLUSIÓN: a pesar de los esfuerzos para definir y ejecutar la estrategia de APS, los centros de salud continúan realizando sus actividades en base al modelo tradicional de atención exclusiva de la demanda.

**ABSTRACT.** OBJECTIVE: the aim of this project was to evaluate the quality of health care systems based on the strategy of Primary Health Care in different areas of the country. METHOD: cross-sectional study with a triangular approach, including a) a survey to the population demanding care, b) interviews to key referents of the health team, and c) health team focus groups. The components of structure, process and outcomes of the health system based on PHC were evaluated by specific indicators. RESULTS: the analysis of the information shows an evident deficit of the integration of the professional team, mainly in the activities towards community, the lack of norms and lack of facilities for disable people. It must be noted also the high percentage of the health care team that does not know about current institutional health programs and the lack of an adequate information system for the area population and for the administrative process in most of the sites studied. CONCLUSION: in spite of the efforts to implement the PHC strategy, most of health centers evaluated are still providing care based on the traditional model oriented to the demands of care.

**PALABRAS CLAVE:** Atención Primaria de la Salud - Calidad de atención- Evaluación - Sistema de salud

**KEY WORDS:** Primary Health Care- Quality of health care- Evaluation- Health system

\* Centro Interdisciplinario Universitario para la Salud (INUS).

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Argentina.

\*\* Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria. Facultad de Ciencias Médicas. UNLP.

\*\*\* Centro de Investigación y Desarrollo del Medio Ambiente. Universidad Blas Pascal. Córdoba. Argentina.

\*\*\*\* Instituto Atenea. Mendoza. Argentina.

\*\*\*\*\* Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas (IDIP).

Hospital de Niños Sor María Ludovica. La Plata. Argentina.

\*\*\*\*\* Asociación Civil: Un Techo para mi Hermano. General Roca. Argentina.

#### FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

Beca "Carrillo-Oñativia", Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

**FECHA DE ENVÍO:** 14 de diciembre de 2009

**FECHA DE ACEPTACIÓN:** 03 de febrero de 2010

#### CORRESPONDENCIA A:

José María Paganini

E-mail: paganini@netverk.com.ar

## INTRODUCCIÓN

En los Objetivos de Desarrollo del Milenio se plantea que el camino más adecuado para lograrlos es sustentando los sistemas de salud en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). En ese sentido, entendemos dicha estrategia como un enfoque integral comunitario, basado en los principios de equidad y solidaridad y orientado a resolver las necesidades básicas de salud de un grupo de población. Para ello, se promueven procesos de responsabilidad profesional, trabajo en equipo, accesibilidad geográfica, cobertura efectiva de los programas y evaluación permanente. El resultado de un modelo de atención de esta naturaleza será el nivel de salud más alto posible, promoviendo la equidad mediante la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población.<sup>1</sup>

En 1978, la conferencia mundial realizada en Alma-Ata definió a la Atención Primaria de Salud como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la

comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar".<sup>2</sup>

El campo de la salud puso en marcha mecanismos muy heterogéneos para su implementación. Se formaron recursos humanos (RRHH) específicos para operativizar la estrategia: el médico general y comunitario.<sup>3</sup> Se establecieron actividades prioritarias: "promoción de la salud, suministro de alimentos para una nutrición apropiada, abastecimiento de agua potable para toda la población y saneamiento básico, asistencia materno infantil e inmunizaciones, prevención de enfermedades endémicas crónicas y prevalentes, cobertura universal y acceso a medicamentos esenciales."<sup>2</sup> De esta manera, se planteó un cambio en el modelo de prestación de servicios y se adelantó a los procesos de racionalización, al proponer tecnología apropiada y prestaciones esenciales para la salud, incorporar la participación social y comunitaria y la coordinación intersectorial y desmedicalizar la salud pública.<sup>4</sup>

El impacto de la APS ha sido mayor en los países caracterizados por la menor desigualdad en la distribución de su ingreso que en aquellos identificados por su riqueza.<sup>4-8</sup>

A pesar de los períodos de inestabilidad, grandes presiones inflacionarias, privatizaciones y procesos globalizadores que han complejizado el panorama sanitario,<sup>9-11</sup> la Argentina aunó esfuerzos para ampliar el acceso a los servicios: desde el programa ATAMDOS<sup>12</sup> (Atención Ambulatoria y Domiciliaria), primer intento de eficiencia sanitaria y social, hasta el actual Plan Federal de Salud.<sup>13</sup> Así, la puesta en práctica de la estrategia de APS se ha caracterizado por su heterogeneidad y discontinuidad, coexistiendo modelos centrados en la comunidad, el individuo y la familia, con el modelo asistencial tradicional del ámbito hospitalario trasladado al marco de una comunidad con grados variables de inserción, impacto y eficiencia.

Si consideramos en la actualidad la necesidad de conocer y cualificar el funcionamiento y los resultados del modelo de atención, la investigación evaluativa surge como la herramienta más adecuada para la reformulación de políticas y la renovación de estrategias.<sup>14-20</sup>

El objetivo general del presente trabajo fue evaluar la calidad de los sistemas de salud y la estrategia de la APS en distintas regiones geográficas del país, a través de los siguientes objetivos específicos: identificar las características de los sistemas de salud y la estrategia de la APS, y determinar el grado de implementación de los componentes estructurales en el nivel de gestión, los de proceso en los efectores de salud y los resultados de la instrumentación de los componentes esenciales en la comunidad.

## MÉTODO

Estudio de corte transversal, con abordaje metodológico triangular. Se evaluaron los sistemas de salud con estrategia de APS en 16 espacios sociales localizados en las regiones sanitarias Centro, Sur y Cuyo, y el Conurbano bonaerense. Los espacios se seleccionaron por sus tasas de mortalidad infantil similar, mayor y menor al promedio provincial; po-

blaciones con menor y mayor densidad de habitantes que el promedio provincial y accesibilidad a los datos.

## IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES E INDICADORES

1. Elementos esenciales del sistema de salud: a) estructura: normas, número y tipo de recursos, indicadores poblacionales, organización y gestión, políticas y programas pro-equidad. b) procesos: acceso, atención integrada e integral, acciones intersectoriales, primer contacto, énfasis en promoción y prevención, orientación familiar y comunitaria, y mecanismos de participación activa.

2. Características del sistema de salud: trabajo interdisciplinario, RRHH adecuados a la demanda, accesibilidad, integralidad, longitudinalidad, cambio de modelo asistencial, trabajo en red, articulación intersectorial y participación comunitaria.

3. Resultados del modelo del sistema de salud basado en APS: satisfacción o conformidad de los usuarios y RRHH, cobertura.

A partir de estas variables y sus respectivas dimensiones, se elaboraron los indicadores correspondientes.

## FUENTES DE INFORMACIÓN Y TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS:

Los datos de los sistemas de salud y la estrategia de APS se obtuvieron de los registros de información local y provincial, del trabajo de campo con observación en terreno de los efectores de salud y de entrevistas a los actores involucrados.

Se utilizaron guías semiestructuradas para entrevistar a 16 referentes responsables de la gestión política local (subsecretarios de salud y autoridades sectoriales y extrasectoriales), con el objeto de evaluar el modelo de atención desde la perspectiva de quien decide, planifica y fiscaliza; y a 104 referentes responsables de los centros de Atención Primaria de Salud (CAPS). Además, se realizaron 32 grupos focales (cada uno con un mínimo de cinco participantes) con el equipo de salud de los CAPS para evaluar el modelo de atención desde la percepción de quien la efectúa.

Por último, para evaluar el modelo de atención desde la percepción de quien la demanda o necesita, se entrevistaron 410 individuos (81,5% sexo femenino, edad 39,2 ± 16,1 años) que concurrieron a los CAPS para su atención.

Los datos cuantitativos se volcaron a una base de datos y cada centro colaborador elaboró un informe sobre la información cualitativa obtenida del trabajo de campo.

El análisis de los datos se realizó primero en una etapa descriptiva y luego en una analítica, con el objetivo de comparar los modelos de atención.

Análisis estadístico: las diferencias entre valores promedio de las variables cuantitativas y/o indicadores se analizaron mediante ANOVA, y las registradas entre porcentajes con la prueba de Chi<sup>2</sup>, con corrección de Yates o prueba exacta de Fisher. Para los casos en los que la distribución de proporciones adoptó la característica de muestra no paramétrica, se utilizó la prueba de Mann Whitney.

## RESULTADOS

### 1. EVALUACIÓN DE LOS COMPONENTES ESTRUCTURALES DE LA ESTRATEGIA DE APS

#### SOBRE LOS RECURSOS HUMANOS:

La información obtenida de los referentes claves y los grupos focales demuestra que hay un déficit de RRHH para atender las demandas crecientes de la población. Los informantes coinciden en afirmar que faltan especialistas para los nuevos perfiles epidemiológicos; el caso más mencionado y más crítico es la salud mental.

Si bien el 100 % de los centros de salud cuentan con profesionales médicos y con personal de enfermería, sólo el 49 % dispone de un profesional en trabajo social o agente sanitario para la articulación de las acciones en desarrollo social. Una situación similar (40,4%) se observa en la atención odontológica.

Si bien el 90 % de los centros cuenta con RRHH estables, el 62,5 % cuenta, además, con personal contratado y el 32,7 % con personal becado. El 66,4 % cumple funciones en otro efector del primer nivel y el 50 % cubre multifunciones según la demanda. Asimismo, dentro de un mismo equipo de salud existen diferencias jurisdiccionales en relación a las condiciones laborales: los entrevistados refirieron diferencias de cargos, económicas y de horarios de trabajo (36 %, 49 % y 50 %, respectivamente). El 16 % afirma que el recambio de personal es frecuente debido a la inestabilidad laboral y los bajos salarios. Faltan estímulos para la retención de los RRHH: económicos, de capacitación, actualización, prestigio, etc. El 67,6 % señala que no hay capacitación ni asesoría técnica sistemática desde el nivel central, con excepción de los centros participantes en el Programa de Médicos Comunitarios.

En cuanto al imaginario social acerca del prestigio profesional, el 38,8 % refiere que trabajar en un CAPS se considera de menor prestigio que hacerlo en el hospital, tanto para la comunidad como para el propio equipo de salud. A pesar de esto, el 42,3 % de los entrevistados percibe como dificultosa la obtención del cargo, situación que relacionan con el déficit de plazas. El 59,2 % afirma que no existen los criterios de selección, el resto, que asevera lo contrario, señala que los antecedentes y la formación generalista son esos criterios.

Por otra parte, se destaca la dificultad del trabajo interdisciplinario o en equipo, no sólo en el primer nivel, sino también en la articulación con los de mayor complejidad. El 51% refiere acceso rápido a las normas de atención emanadas de los niveles superiores, pero también ausencia de normativas para diagnóstico y programación local.

#### SOBRE RECURSOS FÍSICOS Y EQUIPAMIENTOS:

Si bien existen elementos que reflejan promoción de la salud (el 91,2 % califica a su centro de trabajo como espacio libre de humo y el 73 % lo considera libre de contaminación auditiva), en un alto porcentaje, hay déficit edilicio o de equipamiento. El 44,7 % de los centros tiene equipamiento

inadecuado o insuficiente, con pobre mantenimiento; y sólo el 39,2 % dispone de accesos adaptados para personas con capacidades motoras diferentes.

Aunque menos de la mitad de los centros carece de medio de transporte propio para traslados urgentes durante las 24 horas, el 90 % tiene mecanismos de articulación con otro CAPS o con el segundo nivel que cuenten con medios de traslado permanentes.

El promedio de consultorios por centro fue de 3,2 ± 1,9, con una mediana de 3, pero no suelen contar con espacios suficientemente amplios para actividades con la comunidad.

#### SOBRE LA PROVISIÓN DE MEDICAMENTOS ESENCIALES:

El 82,9 % de los centros dispone de los medicamentos esenciales y el 49% recibe aportes del municipio o departamento al que pertenece (promedio de aportes: 17,3 ± 22,2 %, mediana 10 %). El 81 % de los entrevistados considera que los medicamentos disponibles están acordes a las patologías prevalentes. La información de la comunidad mostró valores similares, aunque con diferencias regionales.

#### SOBRE LOS PROGRAMAS SANITARIOS VIGENTES:

En las entrevistas y grupos focales realizados en los CAPS, sólo el 54,8 % respondió acerca de los programas vigentes, lo que indica un desconocimiento de los mismos o una falta de comunicación con el nivel central. Los programas mencionados fueron: Remediar (96,8 %), Materno Infantil (97,2 %), Salud Reproductiva (84,5 %) y Plan Nacer (72,3 %), el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA) en la provincia de Buenos Aires (78,3 %) y, en menor proporción (5% a 15%), programas locales como los de asistencia nutricional, violencia familiar o salud bucal.

El 75% de los consultados opina que la calidad de los programas es adecuada. La articulación del primer nivel con el ministerio nacional y los provinciales para el desarrollo de programas fue considerada buena en el 59,4 % y 45,9 % de los casos, respectivamente. El 66,6 % de los centros no implementan programas nominalizados.

### 2. EVALUACIÓN DE LOS COMPONENTES DE PROCESO DE LA ESTRATEGIA DE APS

#### SOBRE LA ACCESIBILIDAD:

La población que demanda atención en los centros de salud habitualmente incluye al grupo familiar, especialmente en la provincia de Buenos Aires y en la región de Cuyo. Durante los seis meses anteriores a la recolección de los datos, el promedio y la mediana de consulta mensual al centro fue de una consulta. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: control de niño sano, control prenatal, control ginecológico, trastornos respiratorios e hipertensión arterial (HTA). Esta información coincidió en las entrevistas al equipo de salud y en los grupos focales.

La población que demanda atención no percibe como

difícil la disponibilidad de horarios: el 61% dijo tener acceso a consultas programadas, principalmente a controles de salud. El sistema de turnos se utiliza en el 82,3 % de los centros asistenciales, mientras que en el resto se atiende por orden de llegada. Valores similares se obtuvieron en las entrevistas al equipo de salud (66 % y 73 %, respectivamente). El 30 % de la población demandante señaló que el sistema de turnos no es ágil ni efectivo, ya que se debe concurrir al centro con anticipación suficiente para no quedarse sin turno de atención (83,7 % de los motivos). Los turnos telefónicos se dificultan por falencias de estructura. No obstante, los usuarios manifiestan resignación al respecto, pues esta problemática también se presenta en los centros de mayor complejidad y en el sector privado. La obtención del turno no siempre es segura. Los motivos de falla son principalmente la falta de RRHH, horarios restringidos o una demanda mayor a la oferta. En el 44 % de los centros, el equipo de salud indica que la cantidad de turnos no es suficiente para cubrir la demanda. Aún así, destacan que el 93,2 % de las consultas en los horarios de atención se realizan sin turno.

Mientras que el tiempo de espera referido por la comunidad fue diferente al informado por el equipo de salud ( $49,1 \pm 38,9$  y  $29,7 \pm 12,0$  minutos, respectivamente;  $p = 0,01$ ), el tiempo de consulta registró valores similares ( $18,5 \pm 7,2$  y  $16,7 \pm 5,9$  minutos; respectivamente).

#### SOBRE LA RESOLUTIVIDAD:

Tanto para la comunidad como para el equipo de salud, el  $82,6 \pm 12,2$  % (mediana: 85) de los centros resuelve la consulta. La necesidad de una atención de mayor complejidad es la causa más común de falta de resolutivez.

Cabe destacar que se observó una diferencia significativa ( $p = 0,03$ ) entre la región Sur y el resto de las regiones evaluadas, posiblemente causada por las distancias entre localidades, que dificultan no sólo la resolución de las problemáticas en el lugar, sino también la articulación con centros de mayor complejidad. Esto obliga a revisar algunos aspectos organizativos y de complejidad a la hora de planificar ciertos sistemas locales. Además, alrededor del 20% de la población no tiene acceso real a servicios de urgencias fuera de los horarios de atención. Este valor varía según las regiones.

En cuanto al proceso de referencia y contrarreferencia, el porcentaje de derivación no supera el 10 % (promedio  $7 \pm 3,2$  %, mediana 5, modo 5) en el 88 % de los centros. Los motivos más frecuentes fueron: accidentes, cirugía, politraumatismos y descompensaciones cardíacas o respiratorias. La proximidad geográfica (46,8 %) y la pertenencia al área programática (63 %) son los criterios más frecuentes de elección de efectores de mayor complejidad. El 90,8 % de los entrevistados señaló que las derivaciones no son documentadas y el 67 % refirió falta de contrarreferencia. Aún así, el 65,6 % de los equipos de salud destacó la buena comunicación y articulación con el segundo nivel de atención.

Las derivaciones por causas que no requieren resolución

urgente son principalmente por indicación de estudios complementarios o de internación.

#### SOBRE EL CAMBIO DEL MODELO ASISTENCIAL VIGENTE:

A pesar del énfasis de la estrategia de APS en las acciones de promoción y prevención, el modelo asistencial permanece vigente. La Tabla 1 muestra el análisis de los indicadores relacionados con esta variable. El porcentaje de centros evaluados que poseen información sobre la comunidad de su área de acción supera apenas el 50%. Esto se debe, en parte, a la falta de definición de las áreas programáticas.

Las visitas realizadas en búsqueda de población en riesgo e identificación de necesidades ocurren en más del 50% de los centros, aunque no son percibidas por la comunidad en la misma magnitud (54,2 % vs 30,9 %,  $p = 0,02$ ). Las modificaciones más frecuentemente realizadas en base a necesidades detectadas son la creación de nuevos servicios (salud reproductiva, odontología) y los cambios en el sistema de turnos.

Las actividades extra-asistenciales se realizan habitualmente de manera asistemática, sin registros ni responsables identificados. Si bien los CAPS se relacionan con escuelas y con comedores, no lo hacen de manera periódica ni planificada. Los equipos de salud afirman que las actividades extramuros se debilitan por la excesiva demanda asistencial y la comunidad percibe muy poco estas actividades, a excepción de Río Negro y Neuquén ( $p = 0,02$ ).

La percepción del grado de resolutivez de las problemáticas sociales varía ampliamente (en promedio, estiman que las resuelven en el 45,5 % de los casos). Este valor es similar al obtenido de la población encuestada (43,5 %). La articulación intersectorial para este tipo de problemáticas es poco frecuente y no está sistematizada.

#### SOBRE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA:

En general, la población manifiesta no tener participación en la gestión de los centros de salud, fundamentalmente por desconocimiento de su papel en las estrategias de APS: menos del 20 % refirió haber participado en algún espacio de encuentro con el efector de salud.

### 3. EVALUACIÓN DE RESULTADOS CON INDICADORES BASADOS EN LOS COMPONENTES ESENCIALES DE APS

La Tabla 2 resume la información obtenida en las entrevistas a referentes y grupos focales de los centros de salud. Cabe destacar que el porcentaje de centros que respondieron con datos de resultados fue menor al 70 %, variando según los programas y actividades requeridos. De los que respondieron positivamente, el 87,3 % reportaron sólo valores estimados, lo que indica una falencia en el sistema de registros a nivel local. Los programas y actividades relacionados históricamente con la promoción y prevención de la salud (inmunizaciones, control prenatal) logran una cobertura importante, aunque los valores de resumen se expresan en la mediana y no en el promedio, ya que existe gran variabilidad entre regiones.

La población objetivo más problemática continúa siendo el

**TABLA 1.** Grado de cumplimiento de los indicadores de cambio del modelo asistencial.

INDICADORES	% CENTROS
Existencia de alguna descripción demográfica socio económica cultural de la comunidad:	
Sala de situación	26,2
Censo de la población bajo su área	41,6
Características socio económicas y culturales	59,2
Existencia de algún mecanismo de identificación de problemas y necesidades	54,2
Existencia de alguna modificación en relación la identificación de problemas y necesidades	
Nuevo servicio	27,5
Cambio organizacional	36,6
Actividades de promoción de la salud implementadas el año anterior a la entrevista	30,8
Niños y adolescentes	47,8
Mujeres	19,2
Adultos mayores	20,2
Otras	12,8
Abordaje interdisciplinario e integral del individuo	56,8
Monitorización y evaluación de los programas	
Concurrencia al centro de salud por problemáticas sociales (ambientales, sanitarias, violencia familiar, etc)	21,2*
Articulación intersectorial para la problemática social	53,9

\* Valor similar al referido por la población (18.8%)

grupo adolescente. Los valores de cobertura obtenidos dan cuenta de la falta de iniciativas de captación e identificación de este grupo. Otras actividades y programas, como los dirigidos a adultos, también requieren ser fortalecidos.

## DISCUSIÓN

Si bien el estudio, por su diseño, no es representativo, su carácter multicéntrico permitió analizar la información de sistemas de salud en 106 efectores pertenecientes a 16 espacios sociales de 5 provincias, en lo que hace a la descripción de indicadores de estructura, procesos y resultados, mostrando una realidad sobre la situación de organización y ejecución de las actividades de atención primaria.

El análisis de los recursos humanos, la estructura física y el equipamiento sugiere la presencia de barreras para la estrategia de APS, particularmente para la actividad extra asistencial: la gran demanda en la tarea asistencial y las debilidades organizacionales no dejarían tiempo suficiente para la planificación, la actividad interdisciplinar e intersectorial y la "salida a la comunidad". La problemática de la obtención del turno y la ausencia de espacios físicos para la participación activa de los diferentes sectores de la comunidad son reflejo de ello.

Son evidentes los problemas relacionados con la integración del equipo profesional, en especial para la actividad comunitaria y social; la carencia de normativas adecuadas y las barreras de accesibilidad estructural para la población discapacitada. Dos de las mayores limitaciones que podrían ser mejoradas en pos de la equidad y cobertura efectiva: por un lado, el alto porcentaje de personal que desconoce los programas en ejecución dentro de la institución, y por otro, la falta de sistemas de información epidemiológica y georeferencial, y de registros de los procesos de gestión, en la mayoría de las unidades analizadas.

Sin esta información, las actividades de los centros de salud seguirán basadas en el modelo tradicional de atención de la demanda y no en una programación local, con definición de programas prioritarios e iniciativas que consideren las necesidades de la población en riesgo.

Las limitaciones del presente estudio surgen de las bajas tasas de respuestas, principalmente en los resultados de la atención, y de la variabilidad observada en el cumplimiento de algunos de los indicadores definidos.

No obstante estas limitaciones, los resultados obtenidos de la investigación deben constituir un llamado de atención para continuar y profundizar este tipo de análisis, con el objetivo de facilitar que la estrategia de APS se cumpla en forma adecuada. Es de esperar que estos resultados puedan orientar políticas de gestión en APS en ese sentido.

## RELEVANCIA PARA LAS POLÍTICAS Y PROGRAMAS SANITARIAS

Del estudio presentado, surgen las siguientes recomendaciones:

- Establecer y fortalecer un sistema único de registro de salud con sustrato epidemiológico, factible de análisis rápido a nivel local y flexible a las características específicas de cada sistema, pero compatible con los niveles superiores. Esto es un componente esencial para el diagnóstico y la planificación, monitoreo y evaluación de políticas y programas de salud.
- Establecer un programa nacional de monitoreo y evaluación de los programas de salud, de manera tal que promueva la investigación permanente en el ámbito de la gestión, desafiando el supuesto colectivo que no contempla al investigador-actor.<sup>21</sup>
- Asegurar la capacitación continua de los equipos de salud, incluyendo a los responsables de los programas sanitarios, con una estrategia basada en la práctica de la investigación en constante articulación con la práctica profesional.<sup>22</sup>

TABLA 2. Resultados según indicadores basados en los componentes esenciales de la APS: cobertura de programas y cantidad de actividades.

Actividades y programas	% de centros que responden	Media $\pm$ DS cobertura (%)	Mediana de cobertura (%)
Inmunizaciones	67.3	93.0 $\pm$ 10.5	97
Control del niño de 0 a 6 años	68	84.4 $\pm$ 15.0	87
Control adolescente sano	53.8	26.7 $\pm$ 26.4	15
Control prenatal	58.6	82.6 $\pm$ 20.5	90
Papanicolaou	31.7	66.2 $\pm$ 27.5	70
Parejas en planificación	46.1	59.7 $\pm$ 26.1	60
Control del adulto	54.0	58.0 $\pm$ 32.2	65
Adultos con patología crónica en seguimiento	52.0	55.9 $\pm$ 27.6	60

Actividades	% de centros que responden	Media $\pm$ DS cobertura	Mediana de cobertura
Para niños y adolescentes	30.8	6.1 $\pm$ 5.6	4
Para la mujer	19.2	4.3 $\pm$ 4.8	3
Para el adulto y maduro	20.2	2.3 $\pm$ 3.4	1

**DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES:** No hubo conflicto de intereses durante la realización del presente trabajo.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Paganini JM. Los sistemas locales de salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud. En Benguigui Y, Land S, Paganini JM, Yunes J. Acciones de salud materno-infantil a nivel local: según las metas de la Cumbre Mundial en favor de la infancia. Washington DC: OPS, 1999. p. 17-25, Ilus, Tab. (OPS Series HCT/AIEPI, 4.E).
- OPS/OMS. Atención primaria de la salud: informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud. Alma Ata. Ginebra: Organización Panamericana de la Salud, 1978. p. 91. (Salud Para Todos, No. 1).
- Hart JT. *A new type of general practitioner*. Lancet. 1983 Jul 2; 2:27-29.
- OPS/OMS. Atención Primaria de la Salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 44 Consejo Directivo, 55 Sesión de Comité Regional. 2003.
- Starfield B. *Atención Primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. SAE01. Serie Paltext. OPS/OMS. 2004.
- Vuori H. *The role of the schools of public health in the development of primary health care*. Health Policy. 1985;4(3):221-230.
- OPS/OMS. División de Salud y Desarrollo Humano. Disparidades de salud en América Latina y el Caribe: El rol de los determinantes sociales y económicos. Octubre 1998.
- Kawachi I, Berkman LF. Social cohesion, social capital, and health. In: *Social epidemiology*. Berkman LF, Kawachi I, Eds. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press. 2000. 174-190.
- OMS/OPS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Situación de Salud en Argentina 2003. Buenos Aires: El Ministerio, 2003. p. 30
- OMS/OPS. Boletín informativo N° 2, Situación de Salud; Agosto-Septiembre 2003.
- Presidencia de la Nación. Argentina. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Sistema de Información. Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO). Deuda social para erradicar la pobreza y la

indigencia. Buenos Aires, 2003.

- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Programa ATAMDOS.1988.
- Presidencia de la Nación. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Mayo 2004.
- Shengelia B, Murray CJL, Adams O.B. Beyond Access and Utilization: Defining and Measuring Health System Coverage. En: *Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empirism*. Murray CJL, Evans D. Eds. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2000.
- Andersen R, Fleming GV, Aday LA et al. *Evaluating the Municipal Health Services Program*. Annals NY Acad Sci 1982;387:91-110.
- World Health Organization. National Assessments of health care coverage and of its effectiveness and efficiency. Document SHS/83.7 Geneva, WHO, 1983.
- Andersen R et al. Health status and medical care utilization. Health Affairs 1987;6:136-156.
- Dabis et al. Monitoring selective components of primary health care methodology and community assessment of vaccination, diarrhea and malaria practices in Conakry, Guinea. Bulletin of the World Health Organization 1989;67:675-684.
- Paganini JM.; Etchegoyen G. *Evaluación del Impacto de los Programas de salud*. La Plata: Centro INUS, 2003. p. 47. [citado 10/09/2008]. Disponible en: [http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Técnicos/conapris\\_2003.pdf](http://www.inus.org.ar/documentacion/Documentos%20Técnicos/conapris_2003.pdf)
- OPS CD 46/13. La Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Agosto 2005.
- Etchegoyen G, González A, Favaretto R. El imaginario social sobre la investigación científica en el ámbito institucional de la Facultad de Ciencias Médicas. Conferencia Argentina de Educación Médica. Corrientes. Noviembre, 2002.
- Gibbons M, Limoges C, Nowotny H, Schwartzman P, Trow M. *La nueva producción del conocimiento. La dinámica de la ciencia y la investigación en las sociedades contemporáneas*. Ediciones Pomares-Corredor SA. Barcelona. 1997.