

Accesibilidad a la atención de la salud en el municipio de Malvinas Argentinas



Ana Ariovich y Carlos Jiménez



ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN DE LA SALUD
EN EL MUNICIPIO DE MALVINAS ARGENTINAS

Ana Ariovich y Carlos Jiménez

**Accesibilidad a la atención de la salud
en el municipio de Malvinas Argentinas**



Universidad
Nacional de
General
Sarmiento

Ariovich, Ana

Accesibilidad a la atención de la salud en el municipio de Malvinas Argentinas / Ana Ariovich y Carlos Jiménez. - 1a ed. - Los Polvorines : Universidad Nacional de General Sarmiento, 2014.

E-Book.

ISBN 978-987-630-191-6

1. Políticas Públicas. 2. Salud Pública. I. Jiménez, Carlos II. Título
CDD 362.1

Fecha de catalogación: 25/06/2014

© Universidad Nacional de General Sarmiento, 2014

J. M. Gutiérrez 1150, Los Polvorines (B1613GSX)

Prov. de Buenos Aires, Argentina

Tel.: (54 11) 4469-7578

ediciones@ungs.edu.ar

www.ungs.edu.ar/ediciones

Diseño de colección:

Andrés Espinosa - Departamento de Publicaciones - UNGS

Corrección: Gustavo Castaño

Hecho el depósito que marca la Ley 11.723

Prohibida su reproducción total o parcial

Derechos reservados

Índice

1. Política sanitaria y accesibilidad e integralidad en la atención: una aproximación teórico-metodológica	9
1.1. La política sanitaria desde la atención en el territorio.....	9
1.2. Las dimensiones del análisis de la accesibilidad a la atención desde un enfoque integral	13
1.3. La estrategia metodológica utilizada	14
2. El municipio de Malvinas Argentinas: el sistema sanitario y las características de la población	17
2.1. Las características sociodemográficas	17
2.2. Algunos indicadores sociosanitarios de la población	18
2.3. La organización y la dinámica del sistema de salud: el modelo sanitario de Malvinas Argentinas.....	21
2.3.1. La estructura sanitaria del municipio.....	21
2.3.2. Las políticas locales	23
3. Los procesos de atención en el sistema sanitario local: algunos resultados	25
3.1. Los hogares usuarios del sistema sanitario local: quiénes no utilizan las prestaciones municipales	26
3.2. Patrones en la utilización de los servicios sanitarios: el acceso a la atención.....	29
3.2.1. La periodicidad de las consultas	29
3.2.2. Los motivos de consulta	33

3.2.3. Las percepciones sobre el estado de salud y el uso de las prestaciones sanitarias	38
3.3. El centro de salud como puerta de entrada al sistema	42
3.3.1. La accesibilidad a los centros de salud: barreras y dificultades...42	
3.3.2. La aceptabilidad de la atención recibida	48
3.4. La continuidad en la atención y el tránsito por el sistema	52
4. Algunas conclusiones: precisiones y nudos críticos en torno a la accesibilidad.....	57
Bibliografía.....	60

1. Política sanitaria y accesibilidad e integralidad en la atención: una aproximación teórico-metodológica¹

1.1. La política sanitaria desde la atención en el territorio

Distintos procesos políticos, institucionales y organizacionales acontecidos en los últimos años han otorgado responsabilidades crecientes a los gobiernos locales del ámbito de la provincia de Buenos Aires. En la esfera del sector salud, la descentralización supuso transferencias de funciones hacia los niveles subnacionales y desde estos hacia las instancias municipales. Paralelamente, la descentralización entrañó la configuración de una compleja estructura sanitaria bajo la órbita de tres niveles jurisdiccionales diferentes: nación, provincia y municipio.

La escasa regulación estatal en la distribución de los recursos locales es probablemente uno de los rasgos más problemáticos de la descentralización sanitaria. Ha generado situaciones de gran inequidad entre los municipios, con un fuerte impacto en la cantidad y calidad de los servicios locales ofertados (Chiara *et ál.*, 2011a). En este escenario, las intervenciones sanitarias en el subsector público fueron adquiriendo un alcance cada vez más fragmentado y parcial en el espacio bonaerense. Esto último, sumado a una progresiva complejidad en las condiciones de vida experimentadas por las poblaciones de los distintos territorios, expresa grandes desafíos para la política sanitaria local y la interpelan

¹ Esta publicación se encuentra dirigida a trabajadores, funcionarios, estudiantes y docentes vinculados al sector de la política social y la salud pública. La misma recupera los resultados de una encuesta realizada en el marco del proyecto “Los sistemas de salud en el nivel local en el Gran Buenos Aires: mirando la gestión desde la atención de la salud de la población” (PICTO/UNGS), desarrollado en el Área de Política Social del Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento. Dir. Magdalena Chiara (2008/2010).

para la incorporación de abordajes integrales e intersectoriales de la atención como camino para mejorar el acceso de la comunidad al sistema de salud.

La integralidad en las prestaciones puede ser entendida, en términos generales, como una práctica que busca “alcanzar a la población con atención a la heterogeneidad de condiciones y situaciones, reconociendo el carácter complejo e interdependiente de sus necesidades” (Martínez Nogueira, 2007: 11). Esta perspectiva se centra en el aporte conjunto de diferentes disciplinas y modos de intervención, y requiere de la articulación del sector salud con otros sectores de la política social (la intersectorialidad²) para ensamblar saberes, experiencias y enfoques distintos ante problemas complejos que responden a múltiples factores causales.

Los debates de salud pública en torno a la integralidad e intersectorialidad como recursos para mejorar el acceso a la atención han alcanzado una centralidad creciente, en particular con relación a los procesos de atención que se despliegan desde los servicios que integran el primer nivel³, debido –en parte– al fuerte vínculo de proximidad de estos efectores con la población del territorio. Aquí, las recomendaciones de los organismos internacionales de salud abonan desde hace más de tres décadas a la utilización de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) para abordar ambas cuestiones.

La APS ha sido objeto de diversas definiciones desde sus primeras conceptualizaciones –como la de Alma Ata⁴, según la cual se trata de un primer nivel de atención integrado, continuado, con participación social y con coordinación intersectorial– hasta la actualidad. En especial, es muy amplio el desarrollo en la última década de propuestas conceptuales y metodológicas de la APS enfocadas para responder a la necesidad de ampliar el acceso a servicios de salud de calidad, sobre todo en los países periféricos (Céspedes, 2002; Flores, 2005; Almeida *et ál.*, 2006; Vega Romero *et ál.*, 2006).

En Latinoamérica, los autores Almeida y Macinko (2006) proponen una noción de atención primaria –esta vez concebida específicamente para los países de la región– que recupera la problemática de la accesibilidad a la atención y algunas otras cuestiones que habían sido planteadas en años anteriores por

² La *intersectorialidad* refiere al trabajo en forma conjunta, mancomunada y articulada de distintos sectores de intervención de la política social (Repetto, 2009).

³ Mientras que el primer nivel de atención refiere a especialidades básicas, la atención hospitalaria o en instituciones del segundo nivel supone, en general, un mayor nivel de especialización y tecnologías más complejas y costosas (Jiménez Panqueque, 2004).

⁴ Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.

Starfield (2001; 2005)⁵: accesibilidad; puerta de entrada al sistema de salud; fuerte vínculo entre la población y la unidad de salud; amplia y variada oferta de servicios; coordinación en la atención; enfoque integral; y orientación hacia la familia y la comunidad. En esta noción se articulan entonces un conjunto de dimensiones que reflejan un carácter comunitario y multisectorial en la atención.

En un contexto más local, Susana Belmartino (2008) destaca el rol distintivo que debe jugar el médico en la atención primaria, integrando el cuidado que el paciente recibe en este nivel con los demás niveles del sistema. Así, un generalista o médico de familia puede encontrarse involucrado en tres niveles de relaciones necesarias para la atención integral del paciente: a) hacia arriba, con la atención hospitalaria de segundo y tercer nivel; b) lateralmente, con otras disciplinas de atención primaria (por ejemplo, enfermeras comunitarias o servicios de cobertura de emergencia); y c) hacia abajo, con servicios de salud pública, servicios escolares y servicios ocupacionales.

Paralelamente a todos estos desarrollos conceptuales que hemos estado mencionando sobre la atención primaria de la salud, y en un esfuerzo por consolidar una estrategia convergente entre los diferentes países, efectiva y sostenible en el tiempo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se ha propuesto a mediados de esta década la renovación de la atención primaria de la salud en las Américas. Esta OPS reformulada recupera todos los elementos integrales de la atención primaria y el abordaje de los determinantes sociales: acceso y cobertura universal; atención integral e integrada; promoción y prevención; orientación familiar y comunitaria; mecanismos de participación activa; políticas y programas pro-equidad; primer contacto; recursos humanos apropiados; recursos físicos adecuados; acciones intersectoriales (OPS, 2007).

La incorporación de estos elementos en una misma estrategia de atención de la salud muchas veces depende, no obstante, de las particulares dificultades con las que se enfrentan los procesos de atención en los distintos territorios –como veremos a lo largo de estas páginas. Estas dificultades generalmente se

⁵ Esta autora ha demostrado en sus trabajos que las variables *accesibilidad, equidad, continuidad, longitudinalidad, integralidad, capacidad resolutive y coordinación asistencial* posibilitan medir las dimensiones que refieren al desempeño de la atención primaria de la salud de manera válida y confiable (Starfield, 2001; Starfield *et ál.*, 2005). Mientras que la *longitudinalidad* contempla la atención por parte de un equipo de salud habitual (Vega Romero *et ál.*, 2006), la *capacidad resolutive* determina la proporción de problemas de salud que encuentran solución en el centro de salud (Burrone *et ál.*, 2007). Por último, la *coordinación asistencial* requiere de una integración y una continuidad en la atención del paciente, y de disponibilidad de información acerca de sus problemas y de los servicios por él utilizados (Starfield *et ál.*, 2005).

traducen en la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud; en la falta de recursos humanos con competencias en atención primaria de la salud y su baja valoración por parte de los profesionales; en la existencia de sistemas de referencia inadecuados y en la falta de sistemas de información (Forti, 2009).

De este modo, la APS no solo tiene como desafío el abordaje integral y comunitario de la atención de la salud, sino también la interpretación y la comprensión de las dinámicas y las particularidades que exhibe el entramado territorial. Los procesos de salud y las enfermedades son expresión de las características que presenta el territorio, es decir, de factores como la calidad y cantidad de agua potable, el medio ambiente, los estilos de vida y los riesgos asociados, entre otros; a la vez que el mismo entramado territorial afecta la distribución y el uso de los bienes y servicios públicos que provee el Estado (Di Virgilio y Rodríguez, 2011).

Considerando estos aportes conceptuales, y poniendo el foco en una parte de los destinatarios del sistema —la población residente en el municipio de Malvinas Argentinas—, este trabajo busca analizar el acceso a la atención de la salud en el primer nivel, entendiendo a la atención de la salud como *un proceso integral*, que se constituye en la interacción entre los usuarios y los servicios en un territorio particular.

La atención de la salud constituye, de acuerdo con Tobar (2000), uno de los tres planos desde los cuales la política sanitaria puede ser abordada y estudiada. Los otros dos niveles son el de la gestión y el del financiamiento: mientras que el primero da cuenta de cómo se organiza la asignación de las prestaciones, poniendo en juego los recursos y las interacciones de distintos actores⁶, el financiamiento involucra cuestiones referidas a la designación y adjudicación de recursos necesarios para llevar adelante la oferta sanitaria.

El *plano de la atención* —en donde pone el foco este trabajo— refiere para Tobar (2000) a cuestiones como el tipo y alcance de las prestaciones que se ofrecen desde los servicios sanitarios. Sin embargo, consideramos aquí que es la compleja trama de interacciones que se establece entre los hogares, los servicios de salud y las dinámicas territoriales la que define las características que terminan asumiendo los procesos de atención de la salud. En esta trama intervienen diferentes profesionales y se organizan diversas prestaciones con relación a la demanda, a los recursos disponibles, a las capacidades locales y a las perspectivas sanitarias adoptadas, a la vez que participan otros actores locales y grupos poblacionales con diferenciales condiciones sociales y sanitarias (pobreza, clima

⁶ Chiara y Di Virgilio (2009).

educativo, cobertura de obra social) desde las cuales llevan adelante distintas estrategias de acceso y de utilización de los servicios ofertados.

1.2. Las dimensiones del análisis de la accesibilidad a la atención desde un enfoque integral

El problema del acceso de la comunidad a los sistemas de salud es abordado en la literatura local desde hace algunos años. Autores como Burrone *et ál.* (2007) han analizado con cierta regularidad esta problemática y han definido como los principales determinantes de accesibilidad a las barreras económicas, geográficas, temporales, organizacionales/administrativas y culturales que experimentan las poblaciones.

Entre los estudios orientados a conocer el impacto de los factores económicos en el acceso a los servicios y prestaciones sanitarias, destacamos los trabajos de Lostau *et ál.* (2001) y de Cano Serra *et ál.* (2006), quienes recuperan la perspectiva de los usuarios para analizar, desde un enfoque histórico-comparativo, el acceso a los servicios sanitarios españoles.

En cambio, según la investigación desarrollada por Mogollón-Pérez *et ál.* (2008), los obstáculos más importantes que encuentra la comunidad para acceder a su atención son los factores organizacionales/institucionales. En este trabajo, la financiación de la atención, la cobertura de los servicios, los procedimientos administrativos, la capacidad de respuesta institucional en términos de oferta e infraestructura, la coordinación interinstitucional en la prestación y la divulgación de políticas para la atención delimitan y definen el acceso al sistema sanitario en Colombia.

El enfoque propuesto por Wallace *et ál.* (2001) nos permite avanzar en la problemática de la accesibilidad, no solo considerando la incidencia de determinados factores, sino también atendiendo a aquellas dimensiones que contribuyen a una distribución social equitativa en el acceso a la salud: disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad. La *disponibilidad* refiere a la existencia de recursos físicos y humanos suficientes para responder a las necesidades médicas de la población, mientras que la *accesibilidad* alude a la existencia de medios para acceder a los servicios en cuestión. Asimismo, los servicios deben responder a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que estos se vean motivados a utilizarlos apropiada y dignamente. Esto último, que refiere a la *aceptabilidad* de los servicios de salud, puede estudiarse a través de la satisfacción que manifiestan los usuarios.

En suma, el acceso a un sistema de salud refiere entonces a la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable (PROAPS-SIPPAPS, 2006). Esto implica cuestiones como una adecuada localización del centro de salud respecto de la población a la cual atiende, una apropiada oferta de especialidades, una amplia franja horaria de atención, un pertinente sistema de turnos y un grado de tolerancia para consultas no agendadas.

Además, las prestaciones deben guardar cierta aceptabilidad respecto a las expectativas de los usuarios. Los servicios deben ofrecer un trato adecuado, donde se contemplen integralmente los distintos aspectos involucrados en la vida de las personas y en la atención de su salud, brindando prestaciones que no queden restringidas a la atención de la enfermedad (Almeida *et ál.*, 2006).

Por último, garantizar la accesibilidad a la atención implica –como vimos en varios autores– asegurar desde el sistema sanitario el seguimiento oportuno del paciente y de su familia, proveer tratamientos y cuidados longitudinales o continuados, como así también avalar un tránsito coordinado por los distintos niveles de complejidad.

1.3. La estrategia metodológica utilizada

En este trabajo analizamos la gestión local de la política sanitaria desde la perspectiva de la población, poniendo el foco en el acceso que tiene la población residente a la atención de su salud en los efectores municipales.

Recuperando los aportes del debate en torno a las estrategias que deben ser desplegadas en los procesos de atención, en particular en los servicios del primer nivel, estudiamos cuestiones como los patrones de utilización de los servicios y la aceptabilidad que los mismos guardan para sus usuarios, la continuidad en la atención y el tránsito de las familias por el sistema. Además, ponemos especial énfasis sobre las modalidades de acceso a los efectores locales y las dificultades percibidas, como así también sobre el uso particular que los hogares hacen de los centros de salud que integran el primer nivel, por ser considerados –desde la literatura y desde la propia política sanitaria local– como “puertas de entrada” al sistema de salud.

Con estos objetivos, analizamos los resultados de una encuesta realizada a mediados del año 2009 a los hogares⁷ del municipio de Malvinas Argentinas

⁷ La encuesta tomó como unidad de análisis al “hogar”, considerando que este se constituye por todos los integrantes que habitan bajo el mismo techo en un régimen de tipo familiar y

por el equipo de investigación “Diseño y Gestión de Políticas de Salud”⁸. La encuesta fue realizada sobre una base muestral representativa, construida a partir de fracciones y radios censales, sobre la cual se seleccionaron aleatoriamente 400 casos.

Solo fueron incluidos en la muestra aquellos hogares en los cuales se encontró la presencia de por lo menos un niño menor a seis años y/o un discapacitado y/o un enfermo crónico, con la intención de capturar hogares que potencialmente hacen un mayor uso de los servicios de salud. Asimismo, dentro de cada hogar escogido, se tomó como “respondente” al adulto auto-identificado como el responsable de la atención de las cuestiones vinculadas a la salud de los miembros de la familia.

Dado el interés por priorizar el análisis en los servicios comprendidos en el primer nivel de atención, se focalizó el estudio en las especialidades de ginecología/obstetricia, pediatría, adolescencia, clínica y atención de la tercera edad. Asimismo, se consideraron atributos del hogar, como las variables clima educativo⁹, pobreza estructural y cobertura médica, para analizar condiciones diferenciales desde donde se construye la relación entre la población y los servicios en los procesos de atención.

Los aspectos tomados en cuenta en el relevamiento fueron: 1) Información general del hogar e información particular sobre el jefe del hogar, para la caracterización sociodemográfica de la población consultada; 2) Uso del servicio y longitudinalidad; 3) Acceso; 4) Vínculo paciente-profesional (considerando especialmente la atención de la mujer, del niño, del enfermo crónico y del discapacitado); 5) Oferta de servicios/integralidad; y 6) Coordinación-tránsito.

compartiendo sus gastos de alimentación.

⁸ Como se mencionó, la encuesta se realizó en el marco del proyecto de investigación PICTO/UNGS “Los sistemas de salud en el nivel local en el Gran Buenos Aires: mirando la gestión desde la salud de la población”, desarrollado en el Área de Política Social del Instituto del Conurbano de la UNGS. Una encuesta similar fue implementada por el equipo en el año 2008 en el distrito de San Fernando, en conjunto con la gestión municipal. La misma contó también con el diseño y la participación de la investigadora Mercedes Di Virgilio, del Instituto de Investigaciones Gino Germani, y fue financiada por el Programa de Subsidios para Proyectos de Investigación, Desarrollo y Transferencias con Organismos Públicos de la Provincia de Buenos Aires, de la Comisión de Investigaciones Científicas (CIC). Sus resultados se encuentran publicados en el libro *Accesibilidad a la atención de la salud en el municipio de San Fernando* (disponible en: www.ungs.edu.ar/gestiónsalud).

⁹ La variable “clima educativo del hogar” se construyó considerando el promedio de años de escolaridad de los miembros del hogar de 18 años y más.

Se aplicaron dos tipos diferentes de formularios: 1) *Cuestionario hogar*. Este cuestionario estuvo destinado a relevar el acceso, uso y satisfacción respecto a los servicios de salud, focalizando en las especialidades de ginecología/obstetricia, pediatría, adolescencia, clínica, atención de adultos mayores¹⁰ y odontología. 2) *Cuestionario integrantes*. Este cuestionario estuvo destinado a relevar datos sociodemográficos de los integrantes de los hogares e información vinculada a la salud de las mujeres de 12 años o más que conviven en esos hogares, focalizando en los controles ginecológicos, obstétricos y de puerperio.

Para recuperar la intensidad y la periodicidad en la utilización de los servicios de salud, en ambos cuestionarios se indagó en función de las siguientes opciones: 1) Menos de un año; 2) Más de un año pero menos de dos; 3) Más de dos años; y 4) Nunca consultó.

Por último, cabe señalar que en este trabajo consultamos fuentes secundarias para realizar una reconstrucción –muy general– del caso de estudio.

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

2. El municipio de Malvinas Argentinas: el sistema sanitario y las características de la población

2.1. Las características sociodemográficas

Malvinas Argentinas es un municipio muy joven, resultado de la división del partido de General Sarmiento realizada en el año 1994¹¹. Se encuentra ubicada en el segundo cordón del conurbano bonaerense, al noroeste de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001 mostraron un municipio con 290.691 habitantes. Hacia el año 2010, de acuerdo con los datos del último censo, esa población experimentó un crecimiento del 10% (321.833 habitantes). Si bien este incremento poblacional fue significativo, es inferior al crecimiento promedio registrado para el conurbano bonaerense, el cual alcanzó un 14% (Fernández, 2011).

La información disponible para realizar una caracterización sociodemográfica general de la población de este municipio, también remite al censo realizado en el año 2001. De acuerdo a estos datos, la medición de la pobreza estructural en Malvinas Argentinas muestra valores algo críticos con relación a los promedios experimentados por el conjunto del Gran Buenos Aires. Encontramos que un 22,6% de la población del municipio vivía hacia el 2001 con necesidades básicas insatisfechas (más de cinco puntos por encima del promedio del GBA), y que el porcentaje de viviendas carenciadas también era mayor al promedio regional (35,1% versus el 22,5%)¹².

¹¹ La Ley Provincial N.º 11.551 dio lugar a la división del partido de General Sarmiento, y la consecuente creación de tres nuevos distritos: José C. Paz, San Miguel y Malvinas Argentinas.

¹² Si bien en el Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en el año 2010 no hay datos disponibles sobre NBI y sobre hacinamiento crítico desagregados por municipios, sí existen datos indirectos que refieren a la cantidad de habitantes por vivienda. Según esos datos, sabemos

Si bien para el período bajo estudio en esta investigación (año 2009) no hay datos disponibles sobre cobertura sanitaria, algunas fuentes de información sobre las condiciones de trabajo en ese momento nos otorgan –indirectamente– alguna aproximación sobre la población del municipio, la cual dependía únicamente del subsector público para atender sus problemas de salud.

Una encuesta del Ministerio de Trabajo realizada en el año 2008 analiza algunos de los principales indicadores del mercado laboral en el municipio de Malvinas Argentinas. Dicho informe expresa que para ese año, solo un 35,54% de la población económicamente activa poseía empleo formal, lo cual expresa un alto porcentaje de familias que no tenían cobertura de obra social y utilizaban los servicios públicos de salud. Estos porcentajes resultan consonantes con los datos del Censo de 2001, donde el 58% de la población del municipio no tenía cobertura de obra social.

Cuadro 1. Tasas básicas del municipio de Malvinas Argentinas al año 2008

Tasa de actividad	41,06%
Tasa de empleo	35,54%
Tasa de desocupación	13,44%
Tasa de subocupación	14,67%
Tasa de subocupación demandante	12,47%
Tasa de subocupación no demandante	2,2%
Tasa de empleo no registrado	24,24%

Fuente: Encuesta de indicadores del mercado de trabajo en los municipios de la provincia de Buenos Aires. Municipio de Malvinas Argentinas, Informe de Trabajo, Ministerio de Trabajo, 2008.

2.2. Algunos indicadores sociosanitarios de la población

Con relación a uno de los indicadores sociosanitarios más sensibles, como lo es la tasa de mortalidad infantil (Tobar, 2006), Malvinas Argentinas mostraba en el escenario de la Emergencia Sanitaria Nacional¹³, hacia el año 2003, valores

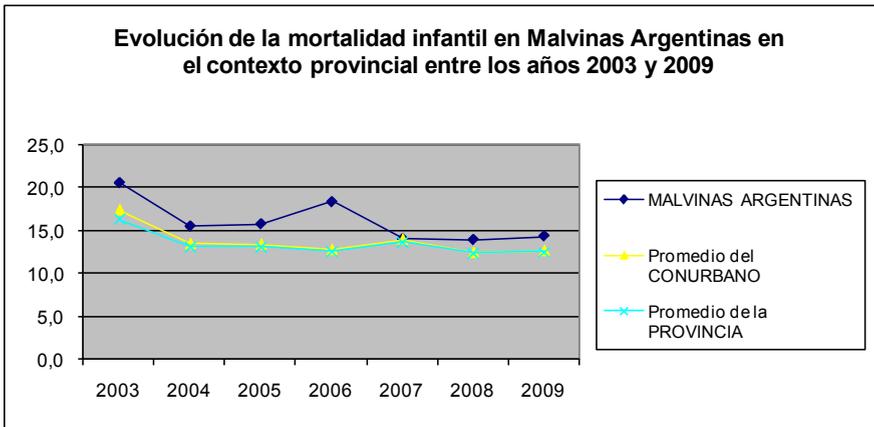
que el número de viviendas se incrementó por sobre la cantidad de población (de 72.950 en 2001, a 89.899 en 2010), expresando una disminución general de la cantidad de habitantes por vivienda: de 4 a 3,6 habitantes. Es esperable que esta disminución de habitantes por vivienda tenga impactos positivos con relación a las condiciones sociohabitacionales de la población.

¹³ Con el recrudecimiento de las demandas sociosanitarias de la población, hacia marzo de 2002 el gobierno central estableció la emergencia sanitaria en el territorio nacional y, junto con ella,

altos (20,6%) con respecto a la tasa promedio del conurbano bonaerense y a la tasa promedio del país (17,4% y 16,3% respectivamente).

En los años subsiguientes, observamos que tanto el promedio provincial como el del conurbano muestran una tendencia claramente decreciente, que se sostiene hasta el final del período. Esta situación es consonante con la recuperación económica que experimentaba progresivamente el país en los años posteriores a la crisis socioeconómica del año 2001¹⁴, y con su consecuente impacto en la mejora de las condiciones de vida de la población, en general, y en las condiciones sanitarias, en particular. En el Municipio de Malvinas Argentinas, si bien también vemos esta misma tendencia, la tasa siempre se mantuvo por encima de los valores provinciales y del conurbano, hasta el año 2009 inclusive.

Gráfico I



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información extraída de la Dirección de Información Sistemática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

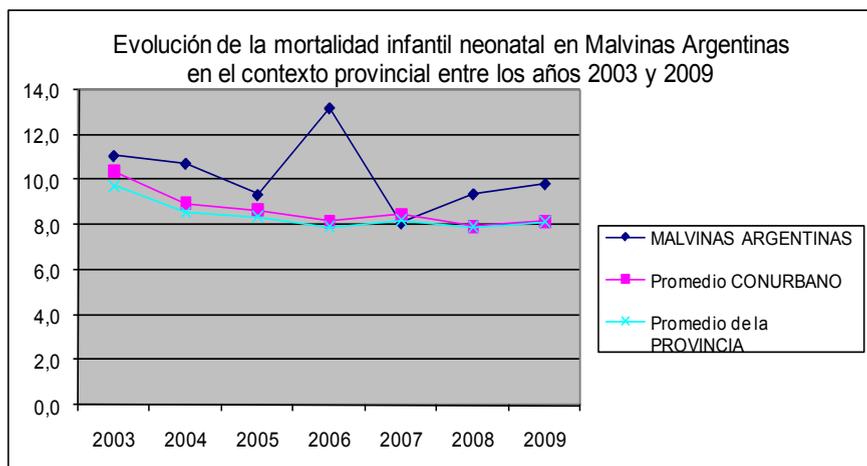
un conjunto de prioridades a nivel nacional tendientes a mejorar el acceso a los bienes y servicios básicos para la atención de la salud de la población.

¹⁴ La economía argentina entró en una fase recesiva a fines de los años 90, la cual se agudizó hacia diciembre de 2001 con el estallido de la crisis financiera. Se abrió así un nuevo escenario que manifestó una profunda crisis económica, política e institucional, que se extendió hasta el año 2002. El avance de la crisis socioeconómica arrastró también una crisis sanitaria que tuvo drásticas consecuencias en la dinámica general del funcionamiento del subsector público de salud y en las condiciones sanitarias de la población.

La mortalidad neonatal es otro indicador sociosanitario relevante, y se encuentra muy asociado a las condiciones con las que se desarrollan los procesos de atención en los servicios sanitarios. Para el conjunto de la provincia de Buenos Aires, la mortalidad neonatal disminuyó a lo largo del período 2003-2009, aunque tuvo un leve incremento en el año 2007.

En el Municipio de Malvinas Argentinas, el comportamiento de la tasa de mortalidad neonatal fue más errático. En el año 2006 esta tasa experimentó un pico de crecimiento (18,4 puntos), el cual ha sido asociado al fuerte impacto que tuvo en el municipio una crisis de infección respiratoria aguda (IRA). Cabe señalar que si bien los efectos de esta crisis se sintieron en toda la provincia, su impacto no fue homogéneo entre los distintos partidos del conurbano bonaerense, siendo el Municipio de Malvinas Argentinas uno de los escenarios más perjudicados.

Gráfico II

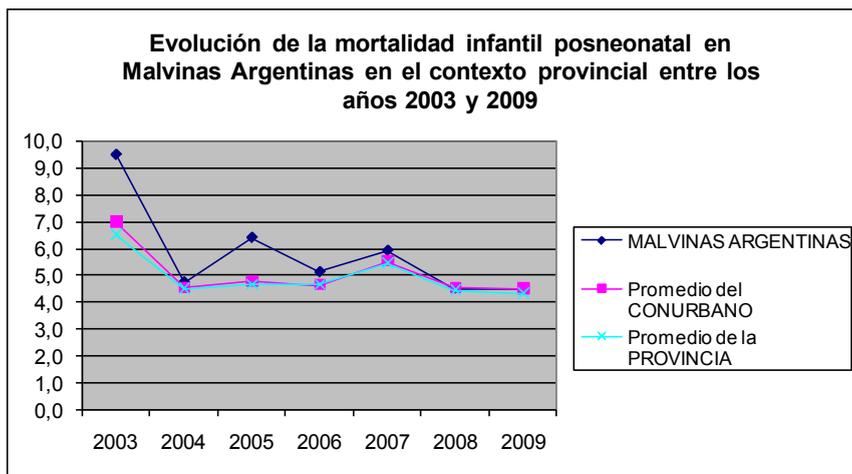


Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información extraída de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En contraposición con la mortalidad neonatal, la tasa de mortalidad posnatal es un indicador fuertemente vinculado a las condiciones de vida de las familias. Entre los años 2003 y 2004, la mortalidad infantil posnatal disminuyó en toda la provincia; y entre los años 2006 y 2007 tuvo un incremento, nuevamente asociado al brote de IRA. En este caso, el impacto de las enferme-

dades infecciosas respiratorias agudas en el municipio de Malvinas Argentinas fue menor. No obstante, en general, a lo largo de todo el período la tasa de mortalidad posnatal también se mantuvo siempre por arriba de las medias de la provincia y del conurbano.

Gráfico III



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información extraída de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

2.3. La organización y la dinámica del sistema de salud: el modelo sanitario de Malvinas Argentinas¹⁵

2.3.1. La estructura sanitaria del municipio

Como señalamos previamente, el municipio de Malvinas Argentinas tiene como punto de origen la división del viejo partido de General Sarmiento. Instituciones públicas y estatales, organizaciones no gubernamentales y asociaciones

¹⁵ El modelo de salud de Malvinas Argentinas ha sido ampliamente reconstruido en Chiara, M. (2012) "La política sanitaria en los límites de la fragmentación: un análisis del caso Malvinas Argentinas". En este apartado recuperamos aquellos elementos que consideramos centrales para contextualizar el análisis de la dinámica de atención en el sistema local.

profesionales quedaron situadas en su gran mayoría en la antigua cabecera de General Sarmiento. Debido a esto, puede sostenerse que Malvinas Argentinas se configuró como territorio local desde una trama muy débil de instituciones y de actores preexistentes (Chiara, 2012).

No obstante, con relación a la estructura actual que presenta su sistema sanitario, Malvinas Argentinas heredó de la división del partido de General Sarmiento varios efectores sanitarios: 24 centros de salud, 2 hospitales municipales y 1 establecimiento privado con internación.

Desde aquellos años a la actualidad, la estructura prestacional bajo jurisdicción municipal creció de modo exponencial, alcanzando un total de treinta y seis centros de salud, once establecimientos de segundo y tercer nivel, un hospital oftalmológico y un hospital odontológico. A este desarrollo de infraestructura se le suma la adquisición de complejos equipamientos para la realización de diagnósticos, cirugías y tratamientos¹⁶. Además, se incrementó significativamente la cantidad de camas en los centros de internación: entre los años 1995 y 2009, el número de camas pasó de 54¹⁷ a 572¹⁸. La proporción de camas por habitante también creció, y hacia el año 2009 la tasa de Malvinas Argentinas de camas por habitante (17,3 camas por cada 10.000 habitantes) solo era superada en el conurbano bonaerense por partidos como Avellaneda y Lomas de Zamora (quienes presentaban valores cercanos a los 20 puntos). Sin embargo, cabe aclarar que estos dos municipios llegaban a esos valores por sus camas provinciales. En contraposición, en Malvinas Argentinas el 100% de los efectores del segundo nivel son municipales¹⁹.

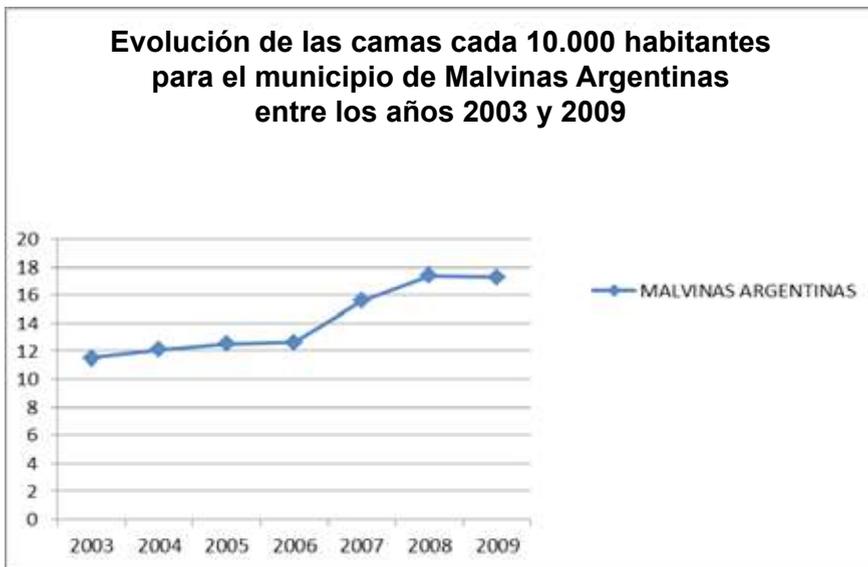
¹⁶ Datos disponibles en la página web del municipio: <http://www.malvinasargentinas.gov.ar>.

¹⁷ Según datos publicados en Chiara *et ál.*, 2011b.

¹⁸ Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información extraída de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

¹⁹ Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información extraída de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Gráfico IV



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la información extraída de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

2.3.2. Las políticas locales

A través de la estructura prestacional sanitaria antes descripta, el municipio de Malvinas Argentinas implementa una serie de programas nacionales y provinciales como el materno infantil, el de lactancia materna, el Remediar, el PRODIABA, el TBC y el HIV/SIDA. Por otro lado, el municipio también brinda, a través de sus efectores, servicios al PAMI. Cabe señalar que la modificación en el año 2005 de la normativa del INSSJP (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados), referida a la estructura prestacional sanitaria²⁰, generó la apertura de los hospitales públicos al PAMI, produciendo un incentivo para el desarrollo de prestaciones del segundo nivel²¹.

²⁰ El cambio de la normativa produjo un nuevo modelo prestacional que habilitó a los hospitales nacionales, provinciales y municipales a formar parte de la red de servicios del PAMI.

²¹ Si bien en esta publicación no indagaremos en este tema –porque posee una especificidad propia–, para conocer con más detalles la apertura al PAMI se pueden consultar otras publicaciones del equipo de investigación, como por ejemplo: "La política sanitaria local en el municipio de

Pero el municipio también ha implementado sus propios programas. Por ejemplo, el Programa de Desnutrición Municipal (FAMIPRO) y el Programa Municipal para la Nutrición de la Infancia y la Familia (PROMUNIF), que buscan vincular la entrega de alimentos con la atención de la salud.

Otras intervenciones de origen municipal focalizan su atención exclusivamente en la población materno-infantil, de las cuales las más relevantes son: el Programa de Pediatría “Pibe”²² (que atiende a niños de entre 30 días y 14 años); el Programa de Salud Materno Infantil “Mamá Mía”²³ (orientado a la salud de las embarazadas y del recién nacido) y el Programa Municipal de Educación, Seguridad y Salud “Pueblo Chico”.

El programa denominado y conocido como “Pueblo Chico” constituye uno de los pilares de la política local. Fue creado por la ordenanza municipal número 622 del año 2003, con el objetivo de “permitir al habitante de Malvinas Argentinas acceder libremente a todos los niveles de complejidad de los efectores públicos del sistema de salud municipal, tomando como punto de partida al médico de familia, constituido en el verdadero eje del sistema; y de centralizar la prevención a partir de la educación de la propia comunidad con las características inherentes a cada zona geográfica del municipio” (Chiara *et ál.*, 2011b).

De esta manera, esta iniciativa busca colocar al centro de salud como “puerta de entrada” y como organizador del tránsito de la población en el sistema, y al mismo tiempo, que estos efectores del primer nivel articulen en torno a las prestaciones de salud iniciativas de desarrollo social y también de seguridad (habilita la posibilidad de realizar denuncias de robos, venta de drogas y todo tipo de hechos ilícitos en los propios centros).

La gestión y la coordinación del primer nivel de atención en Malvinas Argentinas presenta otra particularidad más: los centros de salud –también denominados “unidades funcionales”– no se encuentran bajo la dirección de profesionales médicos, como sucede en otros municipios del conurbano bonaerense, sino que están a cargo de trabajadoras sociales.

Por último, es importante destacar que la implementación del Programa “Pueblo Chico” coincide con la implementación del Programa “REMEDIAR”, lo cual condiciona la distribución de los botiquines en los denominados CAPS (Centros de Atención Primaria de la Salud) a la gratuidad de las consultas.

Malvinas Argentinas (Gran Buenos Aires): de la búsqueda de la autonomía al liderazgo como prestador en la región”, en *Documentos de trabajo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud*, N.º 1. (Chiara *et ál.*, 2011b); y el libro *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires* (Chiara *et ál.*, 2012).

²² Ordenanza Municipal Número 737/04.

²³ Ordenanza Municipal Número 732/04.

3. Los procesos de atención en el sistema sanitario local: algunos resultados

En esta sección recurrimos a la perspectiva de la población residente en el municipio de Malvinas Argentinas para analizar las dinámicas que caracterizan a la atención de la salud en los servicios sanitarios locales, entendiendo que las condiciones de acceso a la atención y la utilización de los efectores de salud por parte de la población están influenciados no solo por la oferta de especialidades médicas y la disponibilidad de recursos humanos y físicos de los efectores sino también por las propias características que presentan las familias del territorio (pobreza, clima educativo, cobertura de obra social o seguro de medicina privada). Consideramos que la compleja trama de interacciones que se desarrollan entre estas familias y los servicios de salud es lo que termina modelando y definiendo las dinámicas que asume la atención sanitaria.

Las experiencias familiares recuperadas en este estudio muestran cómo se cristalizan los procesos de atención —que se despliegan en los servicios locales— en el registro de los responsables de la salud de los hogares. En el análisis de estas experiencias problematizamos variables como la *accesibilidad* (con sus tres dimensiones), la *continuidad*, la *coordinación* y la *integralidad* para abordar la atención, y ponemos especial énfasis en la atención recibida en los centros de salud que integran el primer nivel, en cuanto espacios de proximidad con el territorio, que funcionan como “puerta de entrada” al sistema sanitario²⁴.

²⁴ Recordemos que estos efectores han sido definidos de esta manera desde los debates teóricos en torno a la atención primaria de la salud, como así también desde la propia política local en el Programa “Pueblo Chico”.

3.1. Los hogares usuarios del sistema sanitario local: quiénes no utilizan las prestaciones municipales²⁵

La decisión de tomar como unidad de análisis a los hogares residentes en Malvinas Argentinas, en lugar de centrarnos únicamente en quienes son usuarios de sus servicios sanitarios, nos permite indagar sobre las estrategias que lleva adelante el conjunto de la población del municipio para acceder a la atención de su salud, pero también nos permite analizar cuál es la capacidad de inclusión que expresa el sistema sanitario local a la hora de garantizar la atención en el territorio.

Alrededor del 45% de los hogares consultados se consideraron usuarios habituales de los servicios de salud del municipio, contemplando la utilización de las prestaciones que pertenecen al primer nivel y de aquellas que dependen del segundo nivel de atención. Si bien entre este grupo de beneficiarios del sistema sanitario local encontramos situaciones muy heterogéneas con relación a las condiciones de vida, los porcentajes más importantes corresponden a las familias más vulnerables. Alrededor de un 60% de estas familias carece, por ejemplo, de otra cobertura de salud que la ofrecida por el subsector público.

Cuadro 2: Usuarios de los efectores municipales (hospitales y centros de salud), según cobertura de salud, Malvinas Argentinas, 2009

	Hogares usuarios de efectores municipales		
	Atención ginecológica/ obstétrica	Atención pediátrica	Atención clínica
Con cobertura	36,6%	37,9%	41,2%
Sin cobertura	62,9%	61,5%	58,8%
Ns/Nc	0,6%	0,6%	0%
Total	100,0% (175)	100,0% (169)	100,0% (194)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

²⁵ Salvo excepciones—en donde se aclara una periodicidad habitual—, a lo largo de este trabajo hemos privilegiado la información correspondiente a las consultas realizadas a especialistas de la atención primaria de la salud en el transcurso del último año, debido a que las mismas suponen una mayor precisión para reconstruir patrones de utilización de los efectores de salud por parte de la población.

Sin embargo, cuando consideramos el universo de la población residente en Malvinas Argentinas, encontramos que un número muy significativo de hogares que expresan pobreza estructural no resuelve su atención bajo la órbita del sistema de salud municipal. En este sentido, llama la atención que más de un tercio de la población con NBI realice usualmente sus consultas en ginecología/obstetricia y en medicina general en efectores que no pertenecen al municipio, localizados dentro o fuera de su territorio: 37,3% en ginecología/obstetricia y 42,9% en medicina general. En pediatría este porcentaje desciende al 24,7%, dando cuenta –probablemente– de la capacidad de incorporación de pacientes pediátricos al sistema, desplegada por intervenciones orientadas a la población infanto-juvenil como las del Programa “Pibe” (implementado desde el Programa “Pueblo Chico”²⁶).

Más sorprendente aún es que gran parte de estas consultas que transcurren por fuera de la jurisdicción municipal se realicen en instituciones del sector privado, como clínicas, sanatorios o consultorios particulares: el 28,9% de las visitas en ginecología/obstetricia y el 30,1% de las visitas en consultas clínicas o medicina general.

Cuadro 3: Lugar de consulta para las especialidades básicas, según NBI, Malvinas Argentinas, 2009

Lugar de consulta habitual	Especialidades básicas					
	Ginecología/Obstetricia		Pediatría		Clínico de familia	
	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI
Centro de salud	23,9%	41,6%	24,4%	54,8%	30,3%	46,4%
Hospital público MA	14,1%	10,2%	6,4%	3,6%	14,1%	7,8%
Otro hospital público	6%	8,4%	4,7%	4,8%	7,7%	3,6%
Clínica o sanatorio privado	36,3%	23,5%	25,2%	13,9%	32,9%	22,9%
Consultorio particular	11,1%	5,4%	9,8%	4,8%	9%	7,2%
En su domicilio	0%	0%	0%	0%	0%	0%
En otro lugar	0,9%	0%	0,4%	1,2%	0%	1,2%
Ns/Nc	1,7%	3,6%	0%	0%	0,4%	0,6%
No consultó	6%	7,2%	29,1%	16,9%	5,6%	10,2%
Total	100% (234)	100% (166)	100% (234)	100% (166)	100% (234)	100% (166)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

²⁶ Ver apartado 2.3.

Una situación similar de exclusión dentro del sistema sanitario local la experimentan muchas familias sin seguro social residentes en el municipio. Cuando analizamos los comportamientos del conjunto de la población de Malvinas Argentinas que carece de cobertura médica (el 41,5% del total de sus habitantes), observamos que la tercera parte de este grupo concurre periódicamente a instituciones que no dependen del municipio para atender sus problemas vinculados con especialidades básicas de la atención primaria.

Cuadro 4: Lugar de consultas para las especialidades básicas, según posesión (o no) de cobertura social por parte del jefe del hogar, Malvinas Argentinas, 2009

Lugar de consulta	Especialidades básicas					
	Ginecología/ Obstetricia		Pediatría		Clínico o médico de familia	
	Cobertura social jefe Si	Cobertura social jefe No	Cobertura social jefe Si	Cobertura social jefe No	Cobertura social jefe Si	Cobertura social jefe No
Centro de salud	19,7%	47,6%	23,9%	55,5%	23,9%	56,1%
Hospital público MA	7,7%	19,5%	3,4%	7,9%	10,3%	13,4%
Otro hospital público	6%	7,9%	4,3%	4,9%	7,7%	3%
Clínica o sanatorio privado	46,6%	9,1%	30,3%	6,7%	43,6%	7,9%
Consultorio particular	9,4%	7,9%	6,4%	9,8%	8,5%	7,9%
En su domicilio	0%	0%	0%	0%	0%	0%
En otro lugar	0,4%	0,6%	0%	0%	0,9%	0%
Ns/Nc	2,6%	2,4%	0,4%	1,2%	0%	1,2%
No consultó	7,7%	4,9%	31,4%	14%	5,1%	10,4%
Total	100% (234)	100% (164)	100% (234)	100% (164)	100% (234)	100% (164)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, 1CO/UNGS.

3.2. Patrones en la utilización de los servicios sanitarios: el acceso a la atención

Sin dudas, analizar el acceso de la población a la atención en un escenario sanitario tan fragmentado y segmentado como el del conurbano bonaerense, resulta necesario para comprender cómo se configuran en los distintos territorios del espacio bonaerense condiciones muy heterogéneas a la hora de garantizar el derecho de la comunidad a la salud.

En este apartado nos proponemos reconstruir patrones en la utilización de los bienes y servicios ofrecidos por los efectores locales de salud –con las dificultades que supone realizar esta reconstrucción desde el proceso de investigación– como camino para analizar el acceso de las familias de Malvinas Argentinas a la atención de su salud. Con este objetivo abordamos cuestiones como la frecuencia con la que los miembros del hogar realizan sus visitas a las especialidades básicas de la atención sanitaria, los motivos por los cuales los hogares consultan en los servicios de salud y la vinculación entre la percepción sobre el estado de salud y el uso que se hace de las prestaciones sanitarias.

3.2.1. La periodicidad de las consultas

La oportunidad de consulta a especialistas de la atención primaria de la salud es relativamente alta si consideramos que más del 70% de la población encuestada visitó a este tipo de profesionales en el transcurso del último año. En ginecología/obstetricia este porcentaje desciende un poco; sin embargo, para la mayoría de las mujeres han transcurrido menos de dos años desde la última vez que han concurrido a su control ginecológico u obstétrico, y son pocas las mujeres que nunca se han realizado dicho control.

Cuadro 5: Última vez que consultó a un especialista, Malvinas Argentinas, 2009

Última consulta	Especialidades básicas		
	Ginecología/ Obstetricia	Pediatría	Clínico o médico de familia
Menos de un año	61,5%	73%	79%
Más de un año pero menos de dos	10,8%	1,8%	6,8%
Más de dos años	16,0%	0,5%	4,5%
No recuerda	5,3%	1,3%	2,3%
No consultó	6,5%	23,5%	7,5%
Total	100% (400)	100% (400)	100% (400)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

La periodicidad en las consultas muestra diferencias importantes de acuerdo al clima educativo del hogar. Las variaciones más destacables refieren a la atención en pediatría, donde hallamos un porcentaje mayor de consultas al especialista dentro del último año entre aquellos hogares portadores de un clima educativo alto: mientras que el 84,3% de estos hogares han asistido al pediatra en dicho período, entre los hogares de clima educativo bajo este porcentaje se reduce a un 47,5%. En clínica médica las disparidades no parecen tan significativas, y el porcentaje más alto de consultas realizadas en el último año corresponde –contrariamente– a las familias con baja escolaridad (cerca al 85%).

Cuadro 6: Última vez que consultó a un especialista, según clima educativo del hogar, Malvinas Argentinas, 2009

Última consulta	Especialidades básicas								
	Ginecología/Obstetricia			Pediatria			Clínico o médico de familia		
	Clima educativo alto	Clima educativo medio	Clima educativo bajo	Clima educativo alto	Clima educativo medio	Clima educativo bajo	Clima educativo alto	Clima educativo medio	Clima educativo bajo
Menos de un año	69,4%	60%	50,8%	84,3%	73,6%	47,5%	76,0%	79,1%	84,7%
Más de un año pero menos de dos	12,4%	9,5%	11,9%	0%	2,3%	3,4%	9,1%	6,8%	1,7%
Más de dos años	13,2%	19,1%	10,2%	0,8%	0,5%	0%	5,0%	4,5%	3,4%
No recuerda	3,3%	4,1%	13,6%	0%	0,9%	5,1%	3,3%	2,3%	0%
No consultó	1,7%	7,3%	13,6%	14,9%	22,7%	44,1%	6,6%	7,3%	10,2%
Total	100% (121)	100% (220)	100% (59)	100% (121)	100% (220)	100% (59)	100% (121)	100% (220)	100% (59)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

La condición de pobreza entre los hogares, en cambio, parece no marcar contrastes relevantes en la frecuencia en que han sido realizadas las consultas en las especialidades básicas de la atención. La variación más significativa se presenta en torno a las consultas pediátricas, las cuales exhiben mayores porcentajes en el último año entre la población que presenta pobreza estructural: 79,5% contra 68,4%. Nuevamente, esta diferencia puede deberse a un efecto positivo de las intervenciones focalizadas en la población materno infantil realizadas desde el Programa “Pibe”.

Cuadro 7: Última vez que consultó a un especialista según NBI, Malvinas Argentinas, 2009

Última consulta	Especialidades básicas					
	Ginecología/ Obstetricia		Pediatria		Clínico o médico de familia	
	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI
Menos de un año	53,8%	65,2%	71,2%	88,7%	78,8%	72,2%
Más de un año pero menos de dos	15,4%	13,0%	2,9%	0,9%	6,7%	7,8%
Más de dos años	19,2%	13,9%	0%	0%	3,8%	6,1%
No recuerda	4,8%	4,3%	1,0%	0,9%	2,9%	2,6%
No consultó	6,7%	3,5%	25,0%	0,96%	7,7%	11,3%
Total	100% (104)	100% (115)	100% (104)	100% (115)	100% (104)	100% (115)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

Los porcentajes en las consultas clínicas realizadas en el último año son más altos entre los hogares del municipio que disponen de cobertura de salud o sistema prepago: 82,5% contra 74,4%. En pediatría, en cambio, esta relación se invierte varios puntos: los hogares sin cobertura consultan un 15% más que aquellos que poseen seguro social.

Cuadro 8: Última vez que consultó a un especialista según cobertura de salud, Malvinas Argentinas, 2009

Última consulta	Especialidades básicas					
	Ginecología/ Obstetricia		Pediatria		Clínico o médico de familia	
	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura	Con cobertura	Sin cobertura
Menos de un año	63,2%	59,1%	66,7%	81,7%	82,5%	74,4%
Más de un año pero menos de dos	9,8%	11,6%	1,3%	2,4%	7,3%	6,1%
Más de dos años	14,1%	18,9%	0,4%	0,6%	4,7%	4,3%
No recuerda	5,1%	5,5%	0,9%	1,8%	0,4%	4,9%
No consultó	7,7%	4,9%	30,8%	13,4%	5,1%	10,4%
Total	100% (234)	100% (164)	100% (234)	100% (164)	100% (234)	100% (164)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

3.2.2. Los motivos de consulta

Analizar las causas por las cuales las familias realizan consultas en los servicios de salud no solo posibilita identificar necesidades sanitarias y delinear perfiles epidemiológicos de la población de ese territorio –sobre esto no ahondaremos en este estudio– sino que además nos permite indagar sobre las relaciones que mantiene el

sistema de salud local con los hogares. Los motivos por los cuales las familias se acercan a los efectores nos hablan también del tipo de vínculos que el sistema sanitario local logra establecer con la población. En ese sentido, algunos interrogantes nos parecen centrales: ¿cuáles son los motivos que definen la oportunidad de consulta? Más allá de las situaciones de tratamiento y de emergencia, ¿la población local mantiene controles sobre su estado de salud? ¿Participan las familias de actividades de prevención y/o promoción de la salud en los efectores? ¿Las causas de consulta varían de acuerdo a los distintos atributos que presentan los hogares?

En Malvinas Argentinas, la prevención y el control originan la mayor parte de las consultas que se realizan en los efectores de salud. Un 63,7% de la población encuestada afirmó haber consultado por estos motivos en el último año. No obstante, las consultas por prevención y control no encierran valores homogéneos en todas las especialidades básicas de la atención primaria. Los valores más altos refieren a ginecología y obstetricia, mientras que los más bajos, a clínica médica.

La segunda razón por la que estas familias asisten a un servicio de salud se vincula con el tratamiento de alguna enfermedad, sea crónica o no. Este tipo de visita a un especialista suma un 18,4% de los motivos de consulta. Las urgencias se ubican apenas un poco por debajo de ese porcentaje, ya que representan un 15,7% del total de las visitas efectuadas a las instituciones sanitarias. No obstante, es importante remarcar la corta brecha que existe entre consultas por tratamiento y aquellas resultantes de situaciones de urgencia.

Cuadro 9: Motivo de la última consulta realizada a un especialista en el último año, Malvinas Argentinas, 2009

Motivo de la última consulta (unificada)	Respuestas*	
	Número	Porcentaje
Por prevención/control	672	63,7%
Por urgencia	166	15,7%
Por enfermedad	68	6,4%
Por tratamiento continuado	71	6,7%
Por enfermedad crónica	56	5,3%
Otras	14	1,3%
Ns/Nc	8	0,8%
Total	1.055	100% (1.055)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

*Los valores del cuadro expresan el total de las respuestas afirmativas para cada categoría, considerando las consultas realizadas en todas las especialidades (total de consultas realizadas: 1.055).

El clima educativo de las familias parece incidir positivamente en la jerarquización de la prevención y los controles de salud en casi todas las especialidades básicas de la atención primaria; las diferencias más importantes entre hogares con alto y bajo nivel educativo las encontramos en ginecología/obstetricia (83,5% contra 57,6%) y en pediatría (59,5% contra 27,1%).

Si bien las urgencias en pediatría y en clínica médica son algunos puntos superiores entre las familias que presentan más capital educativo, las diferencias son poco significativas (3 y 7 puntos respectivamente). En ginecología, en cambio, las consultas por urgencia corresponden mayoritariamente a quienes son portadores de un menor nivel de instrucción.

Cuadro 10: Motivo de la última consulta a un especialista en el último año, según clima educativo, Malvinas Argentinas, 2009

Motivo de la última consulta	Especialidades básicas								
	Ginecología/Obstetricia			Pediatría			Clínico o médico de familia		
	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo	Alto	Medio	Bajo
Por prevención/control	83,5%	70,5%	57,6%	59,5%	52,7%	27,1%	46,3%	34,5%	39,0%
Por urgencia	1,7%	5%	6,8%	18,2%	10,5%	15,3%	23,1%	23,2%	16,9%
Por enfermedad	0,8%	0,5%	0%	4,1%	5,9%	5,1%	11,6%	11,4%	6,8%
Por tratamiento continuado	3,3%	2,7%	6,8%	2,5%	4,5%	0%	8,3%	8,6%	11,9%
Por enfermedad crónica	0,8%	2,3%	1,7%	0,8%	2,3%	3,4%	4,1%	11,4%	13,6%
Otras	3,3%	2,7%	1,7%	0%	0%	1,7%	0%	0,9%	1,7%
Ns/Nc	0,8%	0,5%	5,1%	0%	0,5%	3,4%	0%	0,5%	0%
No consultó	7,4%	15,9%	20,3%	14,9%	23,6%	44,1%	6,6%	9,5%	10,2%
Total	100% (121)	100% (220)	100% (59)	100% (121)	100% (220)	100% (59)	100% (121)	100% (220)	100% (59)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

Otras variables socioeconómicas del hogar, como la presencia de NBI, también reflejan algunas variaciones respecto a los motivos de consulta. Las consultas preventivas en clínica y en obstetricia descienden en los hogares más carenciados: un 6,6% y un 5,5% respectivamente. Por el contrario, los controles pediátricos aumentan levemente (4,5%) entre las familias con NBI.

Cuadro 11: Motivo de la última consulta a un especialista en el último año, según condición de pobreza estructural del hogar (NBI), Malvinas Argentinas, 2009

Motivo de la última consulta	Especialidades básicas					
	Ginecología/Obstetricia		Pediatria		Clínico o médico de familia	
	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI	Sin NBI	Con NBI
Por prevención / control	74,8%	69,3%	49,1%	53,6%	41,5%	34,9%
Por urgencia	4,7%	3,6%	13,2%	13,9%	18,4%	27,7%
Por enfermedad	0,4%	0,6%	4,3%	6,6%	12,4%	8,4%
Por tratamiento continuado	3,4%	3,6%	3%	3,6%	9%	9%
Por enfermedad crónica	1,3%	2,4%	1,7%	2,4%	11,5%	6,6%
Otras	0,9%	4,8%	0%	0,6%	0,4%	1,2%
Ns/Nc	0,9%	1,2%	0,9%	0,6%	0%	0,6%
No consultó	13,7%	14,5%	27,8%	18,7%	6,8%	11,4%
Total	100% (234)	100% (166)	100% (234)	100% (166)	100% (234)	100% (166)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

La población que no dispone de otra cobertura social que la que ofrece el subsector público, realiza un poco más de controles y de visitas preventivas que aquella que posee obra social, en especialidades como ginecología/obstetricia (74,4% sobre 70,9%), pediatría (54,3% sobre 48,3%) y adolescencia (3% sobre 0,9%). En la atención clínica, la situación se invierte, aproximadamente en 10 puntos.

En términos generales, los porcentajes en las consultas por enfermedad y por tratamiento son muy parecidos entre las familias con cobertura y entre las familias sin cobertura. Con relación a las urgencias sucede algo similar, con excepción de aquellas que refieren a la atención pediátrica, que son un 6% más elevadas entre las familias sin obra social.

Cuadro 12: Motivo de la última consulta a un especialista en el último año, según posesión (o no) de cobertura social por parte del jefe del hogar, Malvinas Argentinas, 2009

Motivo de la última consulta	Ginecología/ Obstetricia			Pediatría			Clínico o médico de familia		
	Cobertura social jefe			Cobertura social jefe			Cobertura social jefe		
	Si	No	No sabe	Si	No	No sabe	Si	No	No sabe
Por prevención / control	70,9%	74,4%	100%	48,3%	54,3%	100%	42,3%	33,5%	50%
Por urgencia	3%	6,1%	0%	11,1%	17,1%	0%	21,4%	23,8%	0%
Por enfermedad	0,9%	0%	0%	4,7%	6,1%	0%	10,7%	11%	0%
Por tratamiento continuado	5,6%	0,6%	0%	3%	3,7%	0%	9,4%	8,5%	0%
Por enfermedad crónica	1,7%	1,8%	0%	1,7%	2,4%	0%	9%	10,4%	0%
Otras	2,1%	3%	0%	0%	0,6%	0%	1,3%	0%	0%
Ns/Nc	1,7%	0%	0%	0,4%	1,2%	0%	0%	0,6%	0%
No consultó	14,1%	14%	0%	30,8%	14,6%	0%	6%	12,2%	50%
Total	100% (234)	100% (164)	100% (2)	100% (234)	100% (164)	100% (2)	100% (234)	100% (164)	100% (2)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

3.2.3. Las percepciones sobre el estado de salud y el uso de las prestaciones sanitarias

En este apartado buscamos recuperar las percepciones que las familias tienen en torno al estado de salud de sus integrantes, a fin de contextualizar las estrategias que despliegan para acceder y utilizar las prestaciones que el sistema sanitario brinda. Si bien se trata de un abordaje bastante limitado, nos permite aproximarnos tímidamente a aquellos aspectos más simbólicos que también median en la frecuencia con que se utilizan los efectores de salud, como así también en los motivos que llevan a las familias a realizar sus consultas.

En términos generales, la población consultada en este estudio ha considerado, en un 83% de los casos, como bueno o muy bueno su estado de salud y el de sus familias. Apenas un 2,5% de los responsables de la salud de los hogares ha manifestado que los integrantes de su hogar presentan un estado de salud malo o muy malo.

Cuadro 13: Percepción del estado de salud de los integrantes del hogar, Malvinas Argentinas, 2009

Percepción del estado de salud	Total de hogares
Muy bueno	11,5%
Bueno	71,5%
Regular	14,5%
Malo	2,0%
Muy malo	0,5%
Total	100,0% (400)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

Sin embargo, la percepción del estado de salud varía cuando discriminamos entre quienes presentan un clima educativo más elevado y quienes no. Mientras que tan solo un 5% de los responsables del cuidado de la salud de los hogares con clima educativo alto consideraron como regular el estado de salud del grupo familiar, este porcentaje asciende a un 28,8% en los hogares con clima educativo bajo.

Cuadro 14: Percepción del estado de salud de los integrantes del hogar, según clima educativo, Malvinas Argentinas, 2009

Percepción del estado de salud	Clima educativo		
	Alto	Medio	Bajo
Muy bueno	14,9%	12,7%	0%
Bueno	78,5%	68,6%	67,8%
Regular	5,0%	15,9%	28,8%
Malo	0,8%	2,3%	3,4%
Muy malo	0,8%	0,5%	0%
Total	100% (121)	100% (220)	100% (59)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

Contrariamente, la presencia o carencia de necesidades básicas insatisfechas en el hogar parece incidir de manera poco significativa en las percepciones de los responsables sobre el estado de salud de su familia. Un resultado similar encontramos cuando comparamos las opiniones entre quienes tienen acceso a la cobertura de salud a través de una obra social o una prepaga y quienes no lo tienen.

Cuadro 15: Percepción del estado de salud de los integrantes del hogar, según cobertura social por parte del jefe del hogar y condición de pobreza estructural del hogar (NBI), Malvinas Argentinas, 2009

Percepción del estado de salud	Cobertura social del jefe del hogar		
	Si	No	No sabe
Muy bueno	12%	11%	0%
Bueno	71,4%	71,3%	100%
Regular	15%	14%	0%
Malo	1,7%	2,4%	0%
Muy malo	0%	1,2%	0%
Total	100% (234)	100% (164)	100% (2)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

En suma, los modos en que la población percibe su estado de salud parecen estar más influenciados por el tipo de acceso a la educación que poseen sus miembros que por las condiciones de vida (o condiciones estructurales) que presentan los hogares. Paralelamente, una mayor frecuencia en la utilización de las prestaciones sanitarias parece incidir de manera positiva en la apreciación sobre el estado de salud familiar.

Cuadro 16: Percepción del estado de salud de los integrantes del hogar, según última consulta realizada a un especialista, Malvinas Argentinas, 2009

Última vez que consultó	Especialidad	Estado de salud de los integrantes del hogar					
		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Total
Menos de un año	Generalista	11,1%	68,4%	17,4%	2,5%	0,6%	100% (316)
	Ginecólogo / Obstetra	13,0%	71,1%	13,4%	1,6%	0,8%	100% (246)
	Pediatría	15,1%	71,9%	11,6%	0,7%	0,7%	100% (292)
Más de un año pero menos de dos	Generalista	11,1%	85,2%	3,7%	0%	0%	100% (27)
	Ginecólogo / Obstetra	14,0%	74,4%	11,6%	0%	0%	100% (43)
	Pediatría	14,3%	28,6%	57,1%	0%	0%	100% (7)
Más de dos años	Generalista	27,8%	72,2%	0%	0%	0%	100% (18)
	Ginecólogo / Obstetra	10,9%	73,4%	12,5%	3,1%	0%	100% (64)
	Pediatría	0%	100,0%	0%	0%	0%	100% (5)
No recuerda	Generalista	11,1%	88,9%	0%	0%	0%	100% (9)
	Ginecólogo / Obstetra	4,8%	47,6%	42,9%	4,8%	0%	100% (21)
	Pediatría	0%	60%	20%	20%	0%	100% (94)
Nunca consultó	Generalista	6,7%	86,7%	6,7%	0%	0%	100% (30)
	Ginecólogo / Obstetra	0%	84,6%	11,5%	3,8%	0%	100% (26)
	Pediatría	1,1%	73,4%	20,2%	5,3%	0%	100% (94)
Total	Generalista	11,5%	71,5%	14,5%	2,0%	0,5%	100% (400)
	Ginecólogo / Obstetra	11,5%	71,5%	14,5%	2,0%	0,5%	100% (400)
	Pediatría	1,1%	73,4%	20,2%	5,3%	0%	100% (400)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

3.3. El centro de salud como puerta de entrada al sistema

3.3.1. La accesibilidad a los centros de salud: barreras y dificultades

El centro de salud como “puerta de entrada”²⁷ al sistema de salud también constituyó un punto fuerte del análisis, ya que desde la política sanitaria local son estos efectores los encargados de privilegiar las estrategias orientadas a mejorar el acceso de la población local a la atención, debido –en parte– a la proximidad que presentan con el territorio. Recordemos que los 36 centros de salud fueron definidos originalmente, desde el Programa “Pueblo Chico”, como instituciones para desarrollar y articular –a través de la figura del médico de familia– actividades relacionadas con el cuidado de la salud y como lugares para abordar cuestiones relativas a la educación y la seguridad de las familias residentes²⁸.

Tomando en cuenta estos lineamientos de la política sanitaria local, buscamos aquí dar respuesta a interrogantes como: ¿qué proporción de familias residentes en el municipio llegan a los centros de salud del primer nivel y cuáles son sus características? ¿Cuáles son las modalidades de acceso de la población a estos centros? ¿Cuáles son los factores (sistema de turnos, horarios y días de atención, aseguramiento en salud, bonos para la consulta, etc.) que condicionan el acceso de los usuarios? Por último, ¿constituyen los centros de salud la puerta de entrada al sistema sanitario de Malvinas Argentinas?

Con relación al tipo de efector más utilizado en Malvinas Argentinas, los centros de salud constituyen, sin lugar a dudas, un espacio privilegiado por la población para atenderse en las especialidades básicas de la atención primaria. En este sentido, encontramos que casi el 55% de la población total consultada de este municipio declaró que se atiende en centros de salud de forma habitual.

²⁷ La “puerta de entrada” da cuenta de la capacidad resolutoria y de las modalidades que presentan los servicios del primer nivel para captar de manera temprana los problemas de salud de la población (Vega Romero *et ál.*, 2006; Burrone *et ál.*, 2007). Para la estrategia de la atención primaria de la salud, el primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud.

²⁸ Para más detalles, ver apartado 3.1. de este trabajo.

Cuadro 17: Lugar que utiliza habitualmente para realizar las consultas, Malvinas Argentinas, 2009

Malvinas Argentinas	
Centros de salud	Otros efectores
54,8%	45,2%

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

No obstante, el porcentaje de hogares que buscaron respuestas en el último año en los hospitales públicos dentro y fuera del municipio para la atención de las especialidades básicas es significativamente relevante: en ginecología/obstetricia, el 22,8%; en pediatría, el 14%; y en clínica médica, el 24,4%.

Cuadro 18: Tipo de efector utilizado entre quienes realizaron consultas en el último año, según especialidad, Malvinas Argentinas, 2009

Lugar donde realizó la consulta	Especialidades básicas				
	Ginecología/Obstetricia	Pediatría	Especialista en adolescencia	Clínico o médico de familia	Especialista en adultos mayores
Centro de salud	30,5%	46,6%	30%	35,1%	7,7%
Hospital público MA	12,2%	8,2%	10%	16,8%	23,1%
Otro hospital público	10,6%	5,8%	20%	7,6%	3,8%
Clínica o sanatorio privado	35%	30,1%	20%	29,7%	34,6%
Consultorio particular	11,4%	8,9%	10%	8,9%	26,9%
En su domicilio	0,4%	0,3%	0%	0,6%	0%
En otro lugar	0%	0%	10%	1,3%	0%
Ns/Nc	0%	0%	0%	0%	3,8%
Total	100% (246)	100% (292)	100% (10)	100% (316)	100% (26)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

Estos centros de salud parecen ofrecer atención a familias que presentan características sociales bien heterogéneas, al menos para la población residente en el municipio. Un porcentaje importante de sus usuarios posee obra social (43,6%), y un 47,3% de estos no son pobres. Por otra parte, la utilización de estos efectores se concentra mayoritariamente entre los hogares que presentan un clima educativo medio; aquí los porcentajes alcanzan un 64%.

Cuadro 19: Hogares cuyos integrantes asisten a centros de salud, según clima educativo, posesión (o no) de cobertura social por parte del jefe del hogar y condición de pobreza estructural del hogar (NBI), Malvinas Argentinas, 2009

Características de los hogares		Hogares cuyos integrantes asisten a centros de salud
Clima educativo	Alto	20,9% (46)
	Medio	64,1% (141)
	Bajo	15% (33)
	Total	100% (220)
Cobertura social jefe	Si	43,6% (96)
	No	55,9% (123)
	No sabe	0,5% (1)
	Total	100% (220)
NBI	Sin	47,3% (104)
	Con	52,7% (116)
	Total	100% (220)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

Sin embargo, encontramos que efectivamente los hogares que se encuentran en peores condiciones sociales son aquellos que más utilizan los servicios. En todas las especialidades básicas, las familias que experimentan pobreza estructural son las que mayor utilización hacen de estas prestaciones. Esta tendencia es aún mayor cuando analizamos la posesión de cobertura social: los hogares que se atienden en centros de salud y no poseen cobertura casi duplican a aquellos con seguro médico (en ginecología/obstetricia: 37,8% contra 61,3%; en pediatría: 34,3% contra 65%; y en clínica: 37,2% contra 62,8%).

Cuadro 20: Características de los hogares que realizaron su última consulta en un centro de salud por especialidad, según condición de pobreza estructural del hogar (NBI) y posesión (o no) de cobertura social por parte del jefe del hogar, Malvinas Argentinas, 2009

Características del hogar		Consulta en centro de salud*				
		Ginecología/ Obstetricia	Pediatría	Especialista en adolescencia	Clínico o médico de familia	Especialista en adultos mayores
NBI	Sin	47,1% (56)	42,1% (59)	33,3% (1)	48,8% (63)	66,7% (2)
	Con	52,9% (63)	57,9% (81)	66,7% (2)	51,2% (66)	33,3% (1)
Cobertura social del jefe	Si	37,8% (45)	34,3% (48)	33,3% (1)	37,2% (48)	100% (3)
	No	61,3% (73)	65% (91)	66,7% (2)	62,8% (81)	0% (0)
	No sabe	8% (1)	7% (1)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

*Los porcentajes se basan en cantidad de respuestas afirmativas en las consultas por especialidad.

Por otra parte, entre los hogares que concurren a los centros de salud, un 44% expresó dificultades para acceder a la atención en los mismos; pero fueron las familias más vulnerables las que tuvieron mayores inconvenientes

para acceder a los servicios del primer nivel. Aquellos hogares que poseen clima educativo alto manifiestan problemas para acceder en un 35,5%, frente a un 50,7% de los hogares con clima educativo bajo. Para el caso de quienes no tienen cobertura, el 47,6% manifestó dificultades para recibir atención en los centros. Por último, aquellos que no se encuentran en situación de NBI y manifiestan dificultades marcan un 35,3%, frente al 54,8% de aquellos con NBI.

Cuadro 21: Hogares cuyo responsable manifiesta dificultades para acceder al centro de salud, según clima educativo, cobertura de salud y NBI, Malvinas Argentinas, 2009

Características de los hogares		Manifiestan dificultades para acceder al centro de salud			
		Si	No	Ns/Nc	Total
Clima educativo	Alto	35,5%	62,8%	1,7%	100% (121)
	Medio	46,8%	51,4%	1,8%	100% (220)
	Bajo	50,7%	49,2%	0%	100% (59)
Cobertura social jefe	Si	41,9%	56,8%	1,3%	100% (234)
	No	47,6%	50,6%	1,8%	100% (164)
	No sabe	0%	100%	0%	100% (2)
NBI	Sin	36,3%	61,5%	2,1%	100% (234)
	Con	54,8%	44,6%	0,6%	100% (166)
Total de hogares		44% (176)	54,5% (218)	1,5% (6)	100% (400)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ico/ungs.

En mayor medida, los hogares atribuyen los problemas referidos al acceso a las problemáticas vinculadas al sistema y su organización (los horarios de atención, la falta de disponibilidad de turnos, la falta de especialistas, los tiempos de

espera para ser atendido). En cambio, los factores vinculados al territorio tienen menos peso, según los porcentajes expresados por los hogares (la distancia, la falta de transporte público, la falta de recursos económicos para trasladarse y la inseguridad en el trayecto o en el área del centro).

Las barreras para lograr la atención vinculadas directamente a obstáculos económicos tampoco fueron relevantes entre la población consultada. Solo el 6,8% declaró haber pagado para ser atendido en el primer nivel.

Cuadro 22: Problemáticas referidas entre quienes manifestaron dificultades para acceder al centro de salud, según cobertura de salud, NBI y clima educativo, Malvinas Argentinas, 2009

Dificultades para acceder al centro de salud*	Características de los hogares							
	Cobertura social jefe			NBI		Clima educativo		
	Si	No	No sabe	Sin	Con	Alto	Medio	Bajo
La distancia	2%	5,1%	0%	1,2%	5,5%	4,7%	3,9%	0%
La falta de transporte público	11,2%	10,3%	0%	5,9%	15,4%	4,7%	14,6%	6,7%
La falta de recursos económicos para trasladarse	5,1%	12,8%	0%	5,9%	11%	2,3%	10,7%	10%
La inseguridad en el trayecto o en el área del centro	21,4%	32,1%	0%	17,6%	34,1%	32,6%	23,3%	26,7%
Los horarios de atención	58,2%	51,3%	0%	49,4%	60,4%	58,1%	50,5%	66,7%
La falta de disponibilidad de turnos	54,1%	67,9%	0%	57,6%	62,6%	60,5%	61,2%	56,7%
La falta de especialistas	55,1%	71,8%	0%	62,4%	62,6%	62,8%	61,2%	66,7%
Los tiempos de espera para ser atendido	53,1%	55,1%	0%	51,8%	56%	53,5%	56,3%	46,7%
Otros	18,4%	28,4%	0%	27,1%	18,7%	23,3%	20,4%	30%

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

*Los porcentajes se basan en cantidad de respuestas afirmativas para cada dificultad.

3.3.2. La aceptabilidad de la atención recibida

Para que los usuarios utilicen y se apropien de los servicios locales, no solo hace falta que haya disponibilidad de prestaciones, sino también una adecuada adaptación de la oferta sanitaria a las necesidades y demandas de las familias. Por ejemplo, es central que los horarios de atención y las modalidades para obtener los turnos en los centros de salud sean flexibles y se adapten a los ritmos laborales y domésticos de los distintos integrantes del hogar. En la misma medida, es igual de relevante que la atención recibida en los centros sea percibida favorablemente por los hogares usuarios. Los servicios deben responder a los valores y expectativas de los usuarios, de manera que estos se vean motivados a utilizarlos apropiada y dignamente (Wallace *et ál.*, 2001). Todas estas cuestiones refieren a la *aceptabilidad* de los servicios de salud, y una manera de aproximarse es a través de la satisfacción que expresan los usuarios.

Es preocupante que un alto porcentaje de hogares (73,9%) señale que no es posible en los efectores del primer nivel elegir día y horario de consulta. Estos porcentajes son aún mayores entre la población más vulnerable: 76,1% en los hogares con NBI, y 84,8% en las familias con menor capital educativo. Estos datos también pueden ser interpretados como una barrera en el acceso a la atención, en especial para los sectores que experimentan una situación de mayor precariedad en el territorio local.

Cuadro 23: Opción para elegir día y horario de consulta en los centros de salud cuyos responsables realizan personal o telefónicamente el pedido del turno, según posesión (o no) de cobertura social por parte del jefe, condición de pobreza estructural del hogar (NBI) y clima educativo, Malvinas Argentinas, 2009

Opción para elegir día y horario de consulta	Total de hogares	Cobertura social jefe			NBI		Clima educativo		
		Si	No	No sabe	Sin	Con	Alto	Medio	Bajo
Si	25,9%	25%	26%	100%	30%	22,4%	22,2%	29,7%	15,2%
No	73,6%	73,9%	74%	0%	70%	76,7%	77,8%	69,6%	84,8%
Ns/Nc	0,5%	1,1%	0%	0%	0%	0,9%	0%	0,7%	0%
Total	100% (216)	100% (92)	100% (123)	100% (1)	100% (100)	100% (116)	100% (45)	100% (138)	100% (33)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

La ausencia de mecanismos formalizados para la obtención de turnos mediante tecnologías apropiadas (como por ejemplo, sistema de turnos *online* o telefónicos) implica que los hogares deben trasladarse hasta el centro para conseguir un turno, generando también una falta de acomodamiento de los efectores a las distintas realidades y necesidades de los usuarios. Esta situación se pone en evidencia cuando el 96% de la población consultada asegura pedir turnos personalmente en los centros de salud.

Cuadro 24: Forma en la que los hogares logran ser atendidos en el centro de salud, según clima educativo, Malvinas Argentinas, 2009

Cómo logra ser atendido en el centro de salud	Total
Pide turno personalmente	96,4% (212)
Pide turno telefónicamente	1,4% (3)
Concurre sin turno	2,3% (5)
A través de una persona conocida	0%
Total	100% (220)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

Otra preocupación del estudio fue recuperar las valoraciones de las familias sobre la atención recibida en los centros de salud, para indagar sobre los niveles de aceptación que guardan los servicios del primer nivel para la población de Malvinas Argentinas.

En términos generales, la atención en los centros fue objeto de una apreciación positiva por parte de los hogares que los utilizan. Más de un 70% de los responsables de salud de los hogares expresaron que los profesionales disponen de los recursos materiales e insumos necesarios para realizar los tratamientos requeridos en la atención ginecológica, obstétrica, de niños y de enfermos crónicos.

Un porcentaje aún mayor (más del 85%) considera como muy adecuada la formación de los recursos humanos y su dedicación en el momento de la atención; una valoración que comprende al conjunto de las especialidades antes mencionadas. No obstante, también es importante señalar que los hogares sostuvieron que en la situación de consulta los “otros factores” vinculados a las condiciones que llevaron a buscar la atención sanitaria son el atributo menos tenido en cuenta por los profesionales (entre el 18,4% y el 30%)²⁹.

²⁹ Recordemos que desde la perspectiva de la estrategia de atención primaria de la salud, los factores sociales vinculados a las condiciones del territorio deben ser contemplados por los profesionales en la situación de consulta.

Cuadro 25: Evaluación de los atributos de la consulta en la atención en los centros de salud, según especialidades básicas, Malvinas Argentinas, 2009

Atributos de la consulta	Especialidades básicas											
	Atención de niños*			Atención ginecológica*			Atención del embarazo*			Atención de enfermos crónicos*		
	Si	No	No sabe	Si	No	No sabe	Si	No	No sabe	Si	No	No sabe
El profesional identifica los síntomas	87,6%	11,2%	1,2%	85,8%	7,4%	6,8%	92,2%	3,5%	4,3%	95,1%	3,9%	1%
El profesional dedica el tiempo necesario	84,7%	15,3%	0%	82,1%	9,9%	8%	85,2%	9,6%	5,2%	96,1%	3,9%	0%
El profesional tiene en cuenta otros factores	66,5%	30%	3,5%	61,1%	26,6%	12,3%	70,4%	22,6%	7%	79,7%	18,4%	1,9%
El profesional está formado	92,4%	3,5%	4,1%	85,2%	5,6%	9,3%	88,7%	4,3%	7%	96,2%	1,9%	1,9%
El profesional cuenta con saberes y experiencia	90%	2,9%	7,1%	86,4%	4,3%	9,3%	88,7%	2,6%	8,7%	93,2%	2,9%	3,9%
El profesional cuenta con recursos materiales	79,4%	17,1%	3,5%	72,8%	19,8%	7,4%	79,1%	15,7%	5,2%	81,6%	16,5%	1,9%
El profesional guarda el debido secreto	71,2%	2,9%	25,9%	66%	4,4%	29,6%	70,4%	4,3%	25,2%	81,6%	1,9%	16,5%
Siente que puede plantearle al profesional nuevos problemas y dolencias	80,5%	15,4%	4,1%	77,6%	13%	9,3%	77,2%	15,8%	7%	92,2%	6,8%	1%

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

*Los porcentajes se basan en respuestas de personas que se han atendido en un centro de salud en la especialidad referida.

La accesibilidad a los medicamentos también fue ponderada por los encuestados a la hora de medir la calidad de las prestaciones en los efectores del primer nivel³⁰. Aquí encontramos una situación particular: aquellos que declaran recibir los medicamentos gratuitos del Programa “Remediar” solo en ocasiones o en casos particulares son quienes no poseen cobertura (52,8%) y/o están en situación de NBI (54,3%). Por el contrario, quienes afirman tener acceso oportuno a los medicamentos son aquellos que se encuentran en mejor situación social.

Cuadro 26: Recepción de medicamentos en hogares que concurren al centro de salud, según posesión (o no) de cobertura social por parte del jefe y condición de pobreza estructural del hogar (NBI), Malvinas Argentinas, 2009

Características de los hogares		Entrega de medicación en forma gratuita			
		Si	No	En ocasiones/ según el caso	Total
Cobertura social del jefe	Si	47,9%	9,4%	42,7%	100% (96)
	No	41,5%	5,7%	52,8%	100% (123)
	No sabe	100%	0%	0%	100% (1)
NBI	Sin	48%	10,6%	41,3%	100% (104)
	Con	41,4%	4,3%	54,3%	100% (116)
Total de hogares		44,5% (98)	7,3% (16)	48,2% (106)	100% (220)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

³⁰ Entendemos que el abordaje integral sobre la situación sanitaria de los hogares implica garantizar, desde el sistema, el tratamiento terapéutico con medicación, en especial para determinadas patologías.

3.4. La continuidad en la atención y el tránsito por el sistema

Como vimos en la primera sección del trabajo, la continuidad en los procesos de atención de la salud constituye, para la perspectiva de la APS, una de las dimensiones centrales en el abordaje integral de la salud. Desde este enfoque, la continuidad en la atención supone el seguimiento del usuario a lo largo del tiempo por parte del profesional o por medio de protocolos médicos (Almeida *et ál.*, 2006).

A su vez, garantizar el tránsito de las familias por el sistema implica la coordinación entre servicios y efectores de los distintos niveles de complejidad involucrados en las situaciones de derivación para consultas especializadas y servicios de diagnóstico (Starfield *et ál.*, 2005; Vega Romero *et ál.*, 2006). Aquí se vuelve primordial el funcionamiento de los mecanismos de referencia³¹ y contrarreferencia³² para articular los diferentes niveles y estructuras sanitarias del sistema³³.

El análisis de las encuestas realizadas a las familias del municipio muestra que un poco más de la mitad de los hogares cuyos integrantes se atienden en los centros de salud han sido derivados en alguna oportunidad al hospital (53,2%). Asimismo, evidencia muy pocas variaciones en las derivaciones realizadas hacia el segundo nivel entre la población que posee cobertura social y la que no. Una situación similar encontramos cuando ponemos el foco en los hogares que presentan pobreza estructural y aquellos que no.

³¹ Referencia: es el envío de usuarios o elementos de ayuda diagnóstica por parte de las unidades prestatarias de servicios de salud a otras instituciones de salud para la atención o complementación diagnóstica. Es un procedimiento administrativo formal utilizado para canalizar pacientes de una unidad a otra de mayor complejidad.

³² Contrarreferencia: es la respuesta que las unidades prestatarias de servicios de salud receptoras de la referencia dan al organismo o a la unidad familiar. La respuesta puede ser la contrarremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir, o simplemente la información sobre la atención recibida por el usuario en la institución receptora o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica. Es un procedimiento administrativo formal que retorna al paciente a la unidad de origen para control y seguimiento, una vez resuelto el diagnóstico y/o tratamiento.

³³ Recordemos que en el partido de San Fernando conviven dos jurisdicciones a cargo del sistema: un hospital bajo jurisdicción provincial y varios centros de salud y postas a cargo de la municipalidad.

Cuadro 27: Hogares cuyos integrantes fueron derivados desde el centro de salud al hospital, según cobertura de salud y NBI, Malvinas Argentinas, 2009

Hogares derivados desde el centro de salud al hospital	Total de hogares	Cobertura de salud			NBI	
		Si	No	No sabe	Sin	Con
Si	53,2%	51%	55,3%	0%	51,9%	54,3%
No	46,8%	49%	44,7%	100%	48,1%	45,7%
Total	100% (220)	100% (96)	100% (123)	100% (1)	100% (104)	100% (116)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

Entre la población que fue derivada a especialistas del segundo nivel es alto el porcentaje que ha regresado al centro de salud para continuar su tratamiento con el mismo profesional (69,2%). No se advierten diferencias en los porcentajes de regreso al centro de salud entre quienes se encuentran en situación de pobreza estructural y quienes no. Pero sí observamos que los hogares que disponen de obra social regresan en menor medida a las instituciones del primer nivel; esto permitiría suponer que continúa su atención en el hospital.

En cambio, entre aquellos que nunca regresaron al centro de salud el mayor porcentaje corresponde a hogares con cobertura sanitaria; la brecha aquí es de casi 10 puntos frente a los hogares que no poseen cobertura. La situación de pobreza estructural, por el contrario, no parece ser un condicionante importante en el retorno al efector del primer nivel.

Cuadro 28: Hogares cuyos integrantes fueron derivados desde el centro de salud al hospital y regresaron al profesional que hizo la derivación, según posesión (o no) de cobertura social por parte del jefe y condición de pobreza estructural del hogar (NBI), Malvinas Argentinas, 2009

Hogares que regresaron luego de la derivación	Total de hogares	Cobertura social del jefe			NBI	
		Si	No	No sabe	Sin	Con
Siempre	69,2%	63,3%	73,5%	0%	70,4%	68,3%
Nunca	17,1%	22,4%	13,2%	0%	16,7%	17,5%
A veces	11,1%	8,2%	13,2%	0%	9,3%	12,7%
Ns/Nc	2,6%	6,1%	0%	0%	3,7%	1,6%
Total	100% (117)	100% (49)	100% (68)	0% (0)	100% (54)	100% (63)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

Por otra parte, cabe señalar que de los hogares que asisten a los centros de salud, a más de la mitad no le han solicitado estudios complementarios a realizarse en el segundo nivel, como análisis clínicos, radiografías, ecografías u otros estudios. No obstante, es la población más vulnerable la que más ha utilizado las prestaciones hospitalarias para realizar este tipo de estudios: la población pobre, en un 50,3% de los casos; y los hogares que no disponen de obra social o seguro médico, en un 46,5%.

Cuadro 29: Hogares que asisten a los centros de salud a cuyos integrantes les solicitaron análisis clínicos, radiografías, ecografías u otros estudios, según cobertura de salud y NBI, Malvinas Argentinas, 2009

Hogares a cuyos integrantes les solicitaron estudios complementarios*	Total de hogares	Cobertura social del jefe			NBI	
		Si	No	No sabe	Sin	Con
Si	44,6%	41,9%	46,5%	75%	38,6%	50,3%
No	54,3%	57,0%	52,4%	25%	59,4%	49,4%
Ns/Nc	1,1%	1,1%	1,1%	0%	2%	0,2%
Total	100% (840)	100% (365)	100% (471)	100% (4)	100% (409)	100% (431)

Fuente: Encuesta sobre atención de la salud, ICO/UNGS.

*Los porcentajes se basan en cantidad de respuestas.

4. Algunas conclusiones: precisiones y nudos críticos en torno a la accesibilidad

Poniendo en diálogo los resultados de la encuesta con algunos indicadores socioeconómicos disponibles para el período bajo estudio, podemos sostener que el sistema sanitario local tiene aún muchos hogares por incorporar bajo la órbita de sus prestaciones: más de la mitad de las familias residentes en el municipio de Malvinas Argentinas (en donde el 65% de la población económicamente activa no cuenta con obra social)³⁴ no utilizan los efectores municipales para atender la salud de sus integrantes.

Es destacable que un importante porcentaje de la población que no se atiende en el subsector público municipal sea precisamente aquel que experimenta –según nuestros datos– pobreza estructural, y que casi un tercio de sus consultas se realicen en instituciones pertenecientes al sector privado, como consultorios y clínicas particulares³⁵.

La amplia utilización de las instituciones pertenecientes al segundo nivel para la atención en las especialidades básicas³⁶ es también notable. Esto expresa una gran dificultad para lograr que los centros de salud se conviertan –efectivamente– en la “puerta de entrada” al sistema, de acuerdo a los objetivos del Programa “Pueblo Chico”³⁷.

La ausencia de mecanismos de otorgamiento de turnos, los acotados horarios de atención, la carencia de especialistas y los tiempos prolongados de espera para ser atendido en los efectores del primer nivel pueden ser considerados como factores que contribuyen a esta situación. Recordemos que la población

³⁴ Según datos recogidos para el período de estudio en el Documento de Gestión (2008): “Encuesta de indicadores del mercado de trabajo en los municipios de la provincia de Buenos Aires”. Municipio de Malvinas Argentinas, Informe de Trabajo, Ministerio de Trabajo.

³⁵ El 28,9% de las visitas en ginecología/obstetricia y el 30,1% de las visitas en clínicas o medicina general.

³⁶ En ginecología/obstetricia, el 22,8%; en pediatría, el 14%; y en clínica médica, el 24,4%.

³⁷ Recordemos que este programa busca colocar al centro de salud como “puerta de entrada” y organizador del tránsito de la población en el sistema y, paralelamente, que estos efectores del primer nivel articulen, en torno a las prestaciones de salud, iniciativas de desarrollo social y de seguridad.

consultada ha señalado estas cuestiones como las principales barreras de acceso a los centros de salud. Asimismo, la falta de opción para elegir el día y horario de consulta ha sido enfatizada a la hora de evaluar la atención recibida en estos servicios.

El marcado ingreso al sistema sanitario local a través de los establecimientos de alta complejidad puede interpretarse, además, como una consecuencia del efecto simbólico que logra sobre la población del territorio el gran desarrollo que ha alcanzado la infraestructura hospitalaria municipal en los últimos años.

Contrariamente, el sistema sanitario local presenta una buena *performance* con relación a la continuidad de la atención y a la coordinación entre el primer y segundo nivel; en especial, si se consideran los altos porcentajes de derivaciones desde los centros de salud hacia especialidades hospitalarias y los elevados porcentajes de retornos al efector del primer nivel para el seguimiento y el control.

Es posible que el incremento de prestaciones e instituciones hospitalarias haya contribuido favorablemente en la continuidad de la atención al interior del propio sistema, facilitando el tránsito de la población entre las especialidades más básicas de la atención de la salud y aquellas que requieren de mayor especialización y de más equipamiento y tecnología. Además, son principalmente los hogares que experimentan las condiciones sociales más críticas a los que los profesionales de los centros de salud han solicitado la realización de estudios de mayor complejidad.

Por otra parte, la periodicidad con la que las familias de Malvinas Argentinas concurren a servicios de atención primaria para el cuidado de su salud parece —en términos generales— bastante apropiada³⁸. Paralelamente, cuanto mayor es la frecuencia en la utilización de las prestaciones sanitarias, más favorable es la apreciación que los propios responsables de la salud de los hogares poseen sobre el estado de salud familiar.

Algunas diferencias en la oportunidad de consulta a los profesionales de las especialidades básicas se vinculan con el clima educativo de los hogares. La condición de pobreza, en cambio, no registra contrastes relevantes en la frecuencia con la que se realizan estas visitas, con excepción de lo observado en las consultas pediátricas. Estas últimas aumentan considerablemente entre los hogares con NBI, lo cual podría deberse a un efecto positivo de las intervenciones

³⁸ Más del 70% de la población encuestada visitó a este tipo de profesionales en el transcurso del último año. En ginecología/obstetricia este porcentaje desciende un poco.

realizadas desde el Programa “Pibe” sobre la población infantil en los centros que integran el primer nivel de atención³⁹.

En línea con las recomendaciones del modelo APS⁴⁰, la mayor parte de las consultas realizadas en las especialidades básicas se hacen por motivos vinculados con la prevención y la promoción de la salud⁴¹, independientemente del nivel de complejidad del efector en el cual se lleven a cabo. Sin embargo, la jerarquización de los controles por prevención es muchísimo más alta entre las familias que disponen de un mayor capital cultural⁴². Asimismo, es remarcable que sea pequeña la brecha existente entre el número de consultas que se realizan por tratamiento de alguna enfermedad, sea crónica o no, y aquellas consultas resultantes de situaciones de urgencias.

Finalmente, el acceso gratuito y oportuno a los medicamentos en la atención de la salud ha constituido otra preocupación entre nuestros encuestados, en particular para aquellos que mostraron condiciones de mayor vulnerabilidad. Más de la mitad de los hogares con NBI y un porcentaje similar de las familias sin seguro social nos han informado haber recibido solo en algunas ocasiones los medicamentos distribuidos por el Programa “Remediar” en los centros de salud.

³⁹ Ver sección 2, apartado 2.3.

⁴⁰ Ver sección 1, apartado 1.1.

⁴¹ El 63,7% del total de las consultas realizadas se efectuaron por motivos vinculados con la prevención y el control.

⁴² Medido en esta investigación a través de la variable “clima educativo” (ver apartado 1.3. de la sección 1).

Bibliografía

- Almeida, C. y Macinko, J. (2006): “Validação de Metodologia de Avaliação Rápida das Características Organizacionais e do Desempenho dos Serviços de Atenção Básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em Nível Local”, en Série Técnica *Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde*, BRASÍLIA-DF.
- Belmartino, S. (2008): “La gestión local de atención médica abordada como objeto de investigación”. En Chiara, Magdalena; Di Virgilio, Mercedes; Medina, Arnaldo y Miraglia, Marina (org.), *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*, UNGS, Argentina.
- Burrone, M.; Fernández, A.; Acevedo, G.; Luchesse, M.; López de Neira, J.; Dell Innocenti, P. y Estario, J. (2007): “Análisis de las estrategias de atención primaria de la salud en el municipio de Malvinas Argentinas: un abordaje cuanti-cualitativo”, en *Revista de Salud Pública*, Volumen XI, Número 2.
- Céspedes, J. (2000): “Efectos de la reforma de la seguridad social en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud”, en *Cad. Saúde Pública*, 18 (4).
- Chiara, M.; Di Virgilio, M. y Miraglia, M. (2008): “Tensiones y dilemas en torno a la gestión local en salud en el Gran Buenos Aires”. En Chiara, M.; Di Virgilio, M.; Medina, A. y Miraglia, M. (org.), *Gestión local en salud: conceptos y experiencias*, UNGS, Argentina.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2009): “La gestión de la política social: aspectos conceptuales y problemas”. En Chiara, M. y Di Virgilio, M. (org.), *Gestión de la política social: conceptos y herramientas*. Prometeo/UNGS.
- Chiara, M.; Moro, J.; Ariovich, A.; Jiménez, C. y Di Virgilio, M. (2011a): “Lo local y lo regional: tensiones y desafíos para pensar la agenda de la política sanitaria en el conurbano bonaerense”. En Chiara, M. y Moro, J. (comp.), *Salud en las metrópolis. Desafíos en el conurbano bonaerense*. Prometeo/UNGS.
- Chiara, M.; Moro, J.; Ariovich, A.; Jiménez, C. y Di Virgilio, M. (2011b): “La política sanitaria local en el municipio de Malvinas Argentinas (Gran Buenos Aires): de la búsqueda de la autonomía al liderazgo como prestador en la región”. En *Documentos de trabajo de Diseño y Gestión de Políticas de Salud*, N.º 1, ICO-UNGS.
- Chiara, M. (2012): “La política sanitaria en los límites de la fragmentación: el análisis del caso Malvinas Argentinas”. En Chiara, M. (comp.), *Salud, política y territorio en el Gran Buenos Aires*. Prometo-UNGS.

- Documento de Gestión (2008): “Encuesta de indicadores del mercado de trabajo en los municipios de la provincia de Buenos Aires”. Municipio de Malvinas Argentinas, Informe de Trabajo, Ministerio de Trabajo.
- Di Virgilio, M. y Rodríguez, C. (2011): “La cuestión urbana interrogada: transformaciones urbanas, ambientales y políticas públicas en la Argentina”. Buenos Aires, Café de las Ciudades.
- Fernández, L. (2011): “Censo 2010: Somos 14.819.137 habitantes en la Región Metropolitana de Buenos Aires”. Informe URBARED-ICO, UNGS, Argentina.
- Flores, W. (2005): “Equidad y reformas del sector salud en América Latina y el Caribe: enfoques y limitantes durante el período 1995-2005”. Reporte comisionado por la Sociedad Internacional por la Equidad en Salud, Capítulo de las Américas.
- Forti, S. (2009): “La APS como ordenadora del sistema de salud: ventajas y desventajas de una puerta preferencial”. Intercambio EUROSOCIAL Salud III.
- INDEC (2001): Censo Nacional de Población y Vivienda.
- Jiménez Panqueque (2004): “Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual”. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2004, 30 (1).
- Martínez Nogueira, R. (2007): “Integración de servicios sociales. Conceptualización, topologías e instrumentos”. Documento de Trabajo, PNUD.
- OMS (1978): “Declaración de Alma-Ata”. Conferencia internacional sobre atención primaria de la salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre.
- OPS (2007): “La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas”. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. Washington D. C.
- PROAPS-SIPPAPS (2006): Programa de Atención Primaria de la Salud. Sistema de Incentivos para Profesionales de la Atención Primaria de la Salud. Córdoba, Argentina.
- Repetto, F. (2009): “Retos de la coordinación de las políticas sociales: los casos de la descentralización y la intersectorialidad”. En *Gestión de la política social*, Chiara M. y Di Virgilio, M. Prometeo-UNGS. Los Polvorines.
- Starfield, B. (2001): *Atención primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*, Editorial Mason, 2001.
- Starfield, B.; Shi, L. y Macinko, J. (2005): “Contribution of primary care to health system and health”. En *The Milbank Quarterly*, 83 (3).
- Tobar, F. (2000): “Herramientas para el análisis del sector salud”. Mimeo.

- Tobar, F. (2006): “¿Qué indica la tasa de mortalidad infantil?”. En revista *[I]salud*. Diciembre de 2006.
- Vega Romero, R. y Carrillo Franco, J. (2006): “APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del sgsss de Colombia. El caso ‘Salud a su hogar’ en Bogotá”. En revista *Gerencia y políticas de salud*, N.º 11.

La colección Política, políticas y sociedad reúne los textos relacionados con las temáticas de política, política social, economía, sociología, relaciones del trabajo y otras. Todas estas temáticas son abordadas en las investigaciones de la Universidad, siempre vinculadas al desarrollo de nuestra oferta académica y de docencia y al trabajo con la comunidad.

Este trabajo analiza la política sanitaria local en el municipio de Malvinas Argentinas desde la atención de la salud en el territorio. El foco de estudio estuvo puesto en el acceso a dicha atención por parte de la población residente en el municipio. Recuperando los aportes teóricos en torno a las estrategias que deben ser desplegadas en los procesos de atención en el primer nivel, indaga sobre cuestiones como: los patrones de utilización de los servicios de salud, los niveles de aceptabilidad que estos poseen para sus usuarios, la continuidad en la atención y el tránsito de las familias por el sistema. Además, pone énfasis en las modalidades de acceso a los efectores locales y en las dificultades percibidas, como así también en la utilización de los centros de salud que integran el primer nivel, por ser considerados –desde la literatura y desde la propia política sanitaria local– como “puertas de entrada” al sistema de salud.

Con estos objetivos, el trabajo analiza los resultados de una encuesta realizada a mediados del año 2009 sobre una muestra representativa de 400 hogares del municipio.

