



Instituto
Juan Lazarte



Centro de Estudios
Interdisciplinarios



Universidad Nacional
de Rosario

Maestría en Salud Pública

**Las Unidades de Pronta Atención (UPA) en el
Gran Buenos Aires: un nuevo servicio del subsector
público de salud entre los años 2010 – 2015**

Tesista: Lic. Carlos Andrés Jiménez

Directora: Dra. Magdalena Chiara

Buenos Aires

Junio de 2018

Agradecimientos

A todos los docentes de la Maestría por compartir sus miradas, conocimientos y experiencias, a mi Directora de tesis por sus consejos, lecturas y recomendaciones, a los colegas que leyeron y compartieron sus impresiones conmigo, a las personas que facilitaron el trabajo de campo, y a todas las personas que me apoyaron.

Índice

Presentación	11
Capítulo I. Un nuevo efector en la trama de servicios de salud	15
1. La atención de la “urgencia” y la “emergencia”.....	15
2. Funciones y objetivos de los servicios de “pronta atención”.....	17
3. Las Unidades de Pronta Atención (UPA) en Brasil: origen, antecedentes, desarrollo y primeros balances.....	18
(a) Primer momento: origen y gestación.....	21
(b) Segundo momento: implementación.....	22
(c) Tercer momento: consolidación de la atención.....	24
Capítulo II. El sistema de salud en provincia de Buenos Aires (PBA)	28
1. Características del subsector estatal y las políticas de salud en la provincia.....	28
2. Los dispositivos de política sanitaria.....	32
(a) El plano de la gestión.....	33
(b) El plano de la atención.....	34
(c) El plano del financiamiento.....	35
3. Los principales programas desarrollados en simultáneo a la pronta atención.....	38
Capítulo III. El ciclo de las Unidades de Pronta Atención (UPA): origen, implementación y atención	42
1. Las innovaciones en los servicios de salud.....	42
2. Los tres momentos en el desarrollo de los servicios de pronta atención en el Gran Buenos Aires (GBA).....	44
(a) El primer momento: origen y gestación.....	46
i. El embudo.....	50
ii. La agenda.....	52
iii. La toma de decisiones.....	54

(b) El segundo momento: la implementación.....	55
i. Una caracterización de los servicios.....	57
ii. La ejecución de las Unidades de Pronta Atención (UPA): montaje, construcción y la instalación de los servicios.....	58
iii. Los actores y la relación entre políticos, administradores y proveedores de servicios.....	59
iv. Las condiciones de la implementación de los servicios de “pronta atención”.....	61
(c) El tercer momento: la atención en movimiento.....	62
i. La coordinación con los servicios de atención.....	63
ii. Los recursos humanos de los servicios de pronta atención.....	64
iii. La aceptabilidad en el acceso.....	65
iv. Una nueva puerta de entrada al subsector estatal.....	67
Capítulo IV. La inserción de las Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA).....	70
1. Las condiciones de vida de la población desde una perspectiva socio sanitaria.....	70
2. Una mirada de los servicios en la región: la estructura y los procesos socio - sanitarios.....	75
3. Las particularidades en la organización de los servicios de “pronta atención” en el territorio.....	90
Capítulo V. Recapitulando para abrir nuevos interrogantes.....	99
1. Contrapuntos entre la experiencia de Brasil y de la provincia de Buenos Aires (PBA).....	99
2. Algunos hallazgos y conclusiones sobre la experiencia de los servicios de pronta atención en el Gran Buenos Aires (GBA).....	104
Bibliografía.....	108
Anexos.....	113

Índice de Tablas

Tabla N° 1: Atributos de los eventos de “urgencias” y “emergencias”.....	16
Tabla N° 2: Funciones de las Unidades de Pronto Atención (UPA).....	17
Tabla N° 3: Las Unidades de Pronto Atención (UPA) en Brasil: el derrotero de la experiencia	19
Tabla N° 4: Porcentaje de población por tipo de cobertura de salud según Gran Buenos Aires (GBA) y la provincia de Buenos Aires (PBA), en los años 2010 y 2015.....	30
Tabla N° 5: Efectores del subsector estatal en la provincia de Buenos Aires (PBA), año 2015.....	30
Tabla N° 6: Legislación sanitaria de la provincia de Buenos Aires (PBA) en el periodo 2010 – 2015.....	35
Tabla N° 7: Dimensiones del proceso de origen y gestación de las Unidades de Pronto Atención (UPA).....	50
Tabla N° 8: Intendentes y secretarios de salud en los municipios con Unidades de Pronto Atención (UPA), en el periodo 2010 – 2015.....	60
Tabla N° 9: Las condiciones de la implementación.....	61
Tabla N° 10: Porcentaje de población con cobertura por obra social y/o plan de salud privado, hogares con necesidades básicas insatisfechas y tasa de mortalidad infantil en municipios con y sin Unidades de Pronto Atención (UPA) del Gran Buenos Aires (GBA), año 2015.....	71
Tabla N° 11: Establecimientos del subsector estatal, según jurisdicción en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2015.....	76
Tabla N° 12: Disponibilidad de camas de las tres jurisdicciones (nacional, provincial, municipal) en el Gran Buenos Aires (GBA), en el periodo 2010 – 2015.....	77
Tabla N° 13: Cantidad de consultas en establecimientos con y sin internación en el Gran Buenos Aires (GBA) y porcentaje de habitantes que consultaron algún establecimiento de salud, año 2010 y 2015.....	79

Tabla N° 14: Cantidad de centros de atención primaria de la salud (CAPS), según municipios con Unidades de Pronto Atención (UPA) y pertenencia a región sanitaria, año 2015.....	82
Tabla N° 15: Cantidad de población y consultas en centros de atención primaria de la salud (CAPS) en municipios del Gran Buenos Aires (GBA) con Unidades de Pronto Atención (UPA), año 2015.....	86
Tabla N° 16: Promedio mensual de cantidad de consultas en Unidades de Pronto Atención (UPA) según municipio, año 2015.....	89
Tabla N° 17: Hospitales de referencia de cada Unidades de Pronto Atención (UPA) del Gran Buenos Aires (GBA), año 2010 - 2015.....	94
Tabla N° 18: Dimensiones de la experiencia brasilera y de la provincia de Buenos Aires (PBA), año 2015.....	102

Índice de Gráficos

Gráfico N° 1: Evolución de la cantidad de camas del subsector público (nacional, provincial, y municipal) cada mil habitantes en la provincia de Buenos Aires, el Gran Buenos Aires (GBA) y el resto de la provincia entre los años 2003 – 2010.....	31
Grafico N° 2: Cantidad de Unidades de Pronto Atención (UPA) en cada región sanitaria del Gran Buenos Aires (GBA) para el año 2015.....	41
Gráfico N° 3: Porcentaje de población no cubierta por obra social o plan médico en los años, 2004, 2010 y 2015 en los 24 municipios del Gran Buenos Aires (GBA).....	71
Gráfico N° 4: Comparación del porcentaje de cobertura por obra social o plan de salud, de municipios con y sin UPA en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2015.....	73

Gráfico N° 5: Comparación del índice de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) en municipios con y sin Unidades de Pronto Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2015.....	74
Gráfico N° 6: Comparación de la tasa de mortalidad infantil en municipios con y sin Unidades de Pronto Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2015.....	75
Gráfico N° 7: Camas del subsector oficial cada diez mil habitantes, en el Gran Buenos Aires (GBA) y sus municipios con y sin Unidades de Pronto Atención (UPA), año 2010.....	77
Gráfico N° 8: Cantidad de camas provinciales y municipales en distritos con y sin Unidades de Pronto Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2010.....	79
Gráfico N° 9: Promedio de consultas en centros de atención primaria de la salud (CAPS) por habitante para los municipios del Gran Buenos Aires (GBA) en el año 2003 y 2010.....	81
Gráfico N° 10: Cantidad de consultas total en centros de atención primaria de la salud (CAPS) de municipios con Unidades de Pronto Atención (UPA).....	87
Gráfico N° 11: Porcentaje de consultas anuales por habitante en centros de atención primaria de la salud (CAPS) de municipios con Unidades de Pronto Atención (UPA), año 2015.....	88
Gráfico N° 12: Cantidad de consultas mensuales en la Unidades de Pronto Atención (UPA) y en promedio de consultas mensuales de un centros de atención primaria de salud (CAPS), por municipio, año 2015.....	89

Índice de Esquemas

Figura N° 1: Momentos del desarrollo de las Unidades de Pronto Atención (UPA) en la provincia de Buenos Aires (PBA).....	45
Figura N° 2: Marco de análisis del origen y gestación de las Unidades de Pronto Atención (UPA)	49

Figura N° 3: Imágenes de la arquitectura y organización de los servicios de Unidades de Pronto Atención (UPA).....	92
Figura N° 4: Imágenes de la señalética de “urgencia” y “emergencia”.....	94
Figura N° 5: Circuitos de atención de “urgencia” y “emergencia” en el plano genérico de las Unidades de Pronto Atención (UPA).....	95

Índice de Mapas

Mapa N° 1: Localización de las Unidades de Pronto Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA), según necesidades básicas insatisfechas (NBI) por radio censal, año 2015.....	82
Mapa N° 2: Localización de las Unidades de Pronto Atención (UPA), hospitales según jurisdicción en el Gran Buenos Aires (GBA), según necesidades básicas insatisfechas (NBI) por radio censal, año 2015.....	83
Mapa N° 3: Localización de Unidades de Pronto Atención (UPA) y cantidad de camas cada 1000 habitantes en establecimientos municipales, provincial y nacional, según necesidades básicas insatisfechas (NBI) por municipios del Gran Buenos Aires (GBA) para el año 2010.....	85

Abreviaturas

ACV – Accidente Cerebro Vascular

APS – Atención Primaria de la Salud

ARBA – Agencia de Recaudación de la Provincia de Buenos Aires

BID – Banco Interamericano de Desarrollo

BM - Banco Mundial

CABA - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CAPS – Centros de atención primaria de la salud

COFESA – Consejo Federal de Salud

CIB – Comisión de Inter gestores Bipartita

CGUE – Comité de Gestión de Urgencia y Emergencia

CGNU - Comité Gestor Nacional de Urgencia

EPH – Encuesta Permanente de Hogares

FECAN – Registro Poblacional del Cáncer

FEMEBA – Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires

FEMECON – Federación de Médicos del Conurbano

FPV – Frente Para la Victoria

GBA – Gran Buenos Aires

IOMA - Instituto Obra Médico Asistencial

INDEC – Instituto Nacional de Estadística y Censo

INFOJUS – Sistema Argentino de Información Jurídica

IPS – Instituto de Previsión Social

MSP – Ministerio de Salud Provincial

MSN – Ministerio de Salud Nacional

OPS – Organización Panamericana de la Salud

OMS – Organización Mundial de la Salud

PBA – Provincia de Buenos Aires

PNAU – Programa Nacional de Atención de Urgencias

PRODIABA – Programa de Prevención de la Diabetes

PSSPR – Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable

PMI – Programa Materno Infantil

RAU – Red de Atención de Urgencias

RECAN - Registro Poblacional del Cáncer

RJ – Rio de Janeiro

RS – Región Sanitaria

SAME – Sistema de Atención Médica de Emergencia

SAMO - Sistema de Atención Médica Organizado

SAMU – Servicio de Atención Médico de Urgencias

SAIJ - Sistema Argentino de Información Jurídica

SES – Secretaria de Estado de Salud

SIES – Sistema Integral de Emergencias Sanitarias

SPS – Seguro Público de Salud

SUS – Sistema Único de Salud

UPA – Unidad de Pronta Atención

Presentación

La formulación e implementación de políticas sociales es un tema de interés personal y donde desarrollé mi formación académica y profesional. Las inquietudes sobre las intervenciones del Estado para mejorar las condiciones de vida me hicieron poner el foco en las políticas sanitarias. De esta manera, me interesé en el Instituto Juan Lazarte, por su propuesta teórica y metodológica que recupera un conjunto de preocupaciones sobre los desafíos de la salud pública. Durante el transcurso de la cursada, los seminarios fueron desarrollando discusiones y enfoques que abrieron nuevos interrogantes sobre los “retos” para garantizar salud y bienestar para la ciudadanía.

La elección del tema que dio origen a esta investigación responde a distintas experiencias laborales que provocaron algunas preguntas en torno al funcionamiento de los servicios de salud durante los últimos años. La inserción en actividades y espacios de formación e investigación en salud fue moldeando mi interés acerca de la organización del sistema y sobre los servicios públicos de salud. En línea con estas preocupaciones y por su propia conformación y dinámica, el sector público presenta una serie de complejidades que son relevantes para la indagación: la calidad de la atención, los recursos humanos, relaciones entre las jurisdicciones, la organización de servicios en los diferentes niveles de atención, la accesibilidad al sistema, la coordinación entre sectores, la conformación de redes, entre otras. Estos tópicos conforman un abanico de asuntos relevantes para este estudio.

La gestión sanitaria de la provincia de Buenos Aires (PBA), en los últimos años tuvo que definir cómo enfrentar la demanda de la atención de eventos de “urgencia” y “emergencia” frente a la saturación de las guardias del segundo nivel. Esta situación generó algunas preguntas: ¿los hospitales resultaban suficientes para brindar atención de “urgencias” y “emergencias”?; ¿la organización de las guardias respondía a ellos adecuadamente?; ¿cómo estaba organizada la red de efectores públicos para garantizar la atención frente a este tipo de eventos?

Las Unidades de Pronto Atención (en adelante UPA) aparecieron como una propuesta diferente a la ofertada por el subsector estatal, iniciativa que fue replicada desde la experiencia aplicada previamente en Brasil. La rápida incorporación en la trama de servicios abrió el conjunto de preguntas de investigación: ¿qué son las UPA y cuáles son sus funciones?; ¿cómo fue la experiencia que se originó en Brasil?; ¿cómo aparecieron estos servicios y se implementaron en la provincia de Buenos Aires?; ¿cuáles fueron las características y la trama de servicios de los municipios que incorporaron las UPA?

Esta tesis tiene por *objetivo general* analizar el desarrollo de los servicios de las Unidades de Pronto Atención (UPA) en el subsector estatal en el Gran Buenos Aires (GBA), entre el 2010 y 2015. Un primer *objetivo específico* consiste en estudiar el surgimiento y expansión de estos nuevos servicios en Brasil y en Argentina desde una perspectiva comparada. El segundo *objetivo específico* propone analizar la gestación, implementación y puesta en marcha de la atención en las UPA en el GBA. El tercer *objetivo específico* consiste en analizar las condiciones socio sanitarias y la trama de servicios en los municipios del GBA donde se desarrollaron estos nuevos efectores.

La unidad de análisis de la investigación son las UPA desarrolladas en los municipios del GBA. El recorte responde a seleccionar una región donde se expresan las complejidades del subsector estatal, dada la escala y la estructura de servicios. El periodo bajo análisis comienza en el año 2010, momento de aparición de estos servicios, y se extiende hasta el 2015, año donde se produce un recambio de autoridades en el nivel provincial y en los elencos ministeriales. Este proceso se produjo en simultáneo al cambio de gestiones locales en muchos municipios del GBA que habían desarrollado las UPA.

Durante el período bajo estudio el subsector estatal de la PBA presentó una conformación amplia y compleja: establecimientos públicos que dependieron de los tres niveles jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) en los que convivieron procesos de gestión con particularidades diversas que se expresaron en regulaciones, políticas de los recursos humanos, programas de prevención y promoción, definiciones sobre la dotación de recursos como en infraestructura, insumos y equipamiento (Maceira, 2010: 6).

La estructura prestacional de la PBA se conforma por servicios bajo la órbita de los tres niveles de gobierno, donde el nivel provincial posee la responsabilidad sobre el segundo nivel con su red de hospitales y los municipios con la red de centros de salud. Esta complejidad estructural se fragmenta en 135 municipios donde el repertorio de servicios de los tres niveles de atención, y las políticas, se configuran de modo distinto según las características propias de cada jurisdicción.

A partir del 2010, las UPA se insertaron en este entramado, teniendo una mayor expansión durante el 2015. Se trató de un dispositivo de política sanitaria creado y ensayado previamente en Brasil, incorporado en la provincia de Buenos Aires bajo nuevos lineamientos, principios, modalidades de atención y formas de organización orientadas a ampliar la atención de la “urgencia” y la “emergencia” de modo más cercano a la población.

La presente investigación es de carácter exploratoria y comprende la utilización de metodologías *cuantitativas* y *cualitativas*. Este estudio, para los tres objetivos específicos y el objetivo general, se privilegió el uso de fuentes secundarias y definió complementar el análisis a partir de la producción de fuentes primarias.

Las *fuentes secundarias cuantitativas* sistematizadas y analizadas fueron: datos socio demográficos, sanitarios, indicadores de estructura, proceso y resultados. Además de las estadísticas, el relevamiento de fuentes secundarias también implicó el uso de metodológicas *cualitativas* que consistió en un análisis de medios de comunicación y en un relevamiento de legislación.

El relevamiento hemerográfico de medios locales y regionales de comunicación permitió reconocer a los actores y reconstruir los contextos locales donde fueron incorporadas las UPA en la trama del GBA, también nos sirvió para reconocer como fueron tematizadas, debatidas, difundidas y visibilizadas en los medios locales, formadores de opinión pública.

El relevamiento de legislación se realizó mediante el “Sistema Argentino de Información Jurídica” (INFOJUS) y de los y “Boletines Oficiales” del “Ministerio de Gobierno” de la provincia de Buenos Aires con el fin de sistematizar, procesar y realizar un análisis documental sobre normativas (decretos, leyes, resoluciones ministeriales) y programas bajo la órbita provincial.

La utilización de *fuentes primarias* se basó en la metodología *cualitativa*, donde se buscó complementar y triangular información con las fuentes secundarias. El trabajo de campo consistió -en una primera etapa- en la identificación y selección de los actores claves, posteriormente implicó el diseño y la realización de las entrevistas a quienes estuvieron en lugares centrales en el proceso de gestión de las UPA, desde el origen hasta la puesta en marcha. Con este propósito se entrevistó a funcionarios provinciales, especialistas y directores de UPA. En el cuerpo del texto de la tesis se presentarán los aportes correspondientes a los testimonios relevados de la indagación con los actores, con su referencia institucional señalada en los anexos.

Este trabajo se enmarca en el proyecto PICT 2014/0693 sobre “*Cobertura universal de salud y redes de servicios: encuentros y desencuentros entre la macro y la meso gestión. Un estudio de caso en el conurbano bonaerense 2008/2015*” que desarrolla actualmente el Grupo de Investigación de “Diseño y Gestión de Políticas de Salud” del Instituto del Conurbano de la Universidad Nacional de General Sarmiento.

En el capítulo uno, se presenta la aparición de las UPA, sus funciones y se revisa la experiencia que les dio origen en Brasil. En el segundo capítulo, se analiza el subsector público de la PBA y los principales dispositivos de política sanitaria implementados en el periodo, en la única provincia del país que desarrolló las UPA. En el tercer capítulo se estudia su origen, implementación y la puesta en marcha de la atención en el GBA. En el cuarto capítulo se describe la trama de servicios en la cual se insertan las UPA en el territorio del GBA y las características de la organización de los servicios de “pronta atención”. El último capítulo presenta los contrapuntos entre la experiencia de Brasil y la PBA y se enuncian los aportes derivados del análisis en este trabajo de investigación.

Finalmente, siguiendo los requisitos formales de presentación de la tesis establecidos por el “Instituto Juan Lazarte” y el “Centro de Estudios Interdisciplinarios” de la UNR, en esta presentación damos cuenta del *objetivo general*, los *objetivos específicos*, la *metodología*, la *construcción del problema* y las *preguntas de investigación*. El *tema* y los *antecedentes* en el capítulo uno. El *marco teórico* se desarrolla transversalmente a lo largo de los cuatro primeros capítulos. Los *hallazgos* fueron desarrollados desde el primer hasta el quinto capítulo. Y por último, las *conclusiones* se encuentran en el último capítulo. Al final del documento se señalan las referencias bibliográficas y los anexos.

Un nuevo efector en la trama de servicios sanitarios

El subsector estatal de salud enfrenta nuevos desafíos en toda América Latina, donde los grandes aglomerados urbanos son los que concentran los mayores retos para garantizar servicios que cumplan con los atributos de la atención primaria de la salud, vinculados a la accesibilidad, integralidad, intersectorialidad y coordinación para garantizar la continuidad la atención por los niveles (Starfield, 2004: 5). En este primer capítulo, definimos qué son los eventos de salud, y marcamos las diferencias entre aquellos clasificados como “urgencia” o “emergencia” e identificamos los elementos básicos para comprender las funciones de las Unidades de Pronto Atención (UPA). Por otro lado, reconstruimos y analizamos el caso brasilero, experiencia que dio origen a las UPA, servicio que fue adaptado posteriormente por la provincia de Buenos Aires (PBA).

1. La atención de la “urgencia” y la “emergencia”

Las UPA aparecieron como servicios de atención que buscaron responder a las demandas o eventos de salud que requerían de la atención inmediata (“urgencia” y “emergencia”). Los eventos de salud son el “conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de una comunidad (enfermedad, discapacidad, muerte, factores de riesgo y otros determinantes)” (OPS, 2015: 16).

La clasificación del evento permite no sólo registrar las diversas situaciones, sino también establecer la escala (a cuantos puede afectar) y el nivel riesgo (su intensidad) (OPS, 2015: 16). Se trata de eventos que deben ser monitoreados y requieren medidas específicas y oportunas de intervención para la prevención de nuevos casos. Este grupo de eventos pueden tener diversos orígenes: derivar de enfermedades transmisibles, prevalentes o no transmisibles. Esta clasificación permite a los sistemas de salud evaluar riesgos y orientar las acciones y servicios (OPS, 2015: 18)¹.

La “urgencia” refiere a un tipo de evento de salud que requiere de atención médica inmediata. En este sentido, puede definirse como la aparición imprevista o inesperada de un problema de causa diversa y de gravedad variable, que genera conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre. También se entiende que la

¹ LA OMS elabora una clasificación de evento: sin clasificar, grado 1, grado 2 y grado 3. Esto le permite monitorear la escala y la intensidad de los eventos y los riesgos a escala global (OPS, 2015: 17).

“urgencia” es un evento que plantea una amenaza inmediata para la salud de una persona (Calderón et al., 2013; 20).

Las “urgencias” pueden estar originadas por accidentes, por la aparición súbita de un cuadro grave o por el empeoramiento de alguna enfermedad crónica. A partir de estas definiciones, identificamos tres tipos de urgencias que expresan distintos tipos de gravedad clínica (Calderón et al., 2013: 21). En primer lugar, la “urgencia subjetiva” refiere a la perspectiva del sujeto, a partir del dolor, los signos y síntomas que padece. La “urgencia objetiva” consiste en la situación que observan los profesionales de salud cuando determinan técnicamente la situación de gravedad clínica. Por último, “la urgencia vital” la cual expresa el riesgo de vida de la persona; este último concepto hace referencia al término de “emergencia”.

La “emergencia” fue definida por diferentes autores como un evento crítico donde se manifiesta un peligro evidente para la vida del sujeto y requiere atención inmediata en un plazo breve, por eso resulta fundamental la intervención rápida en primeros auxilios dada su importancia vital. Se entiende que los tiempos de atención frente a una “emergencia” no deben pasar de una hora, mientras para los eventos de “urgencia” el tiempo estipulado es garantizar la atención antes de las 6 horas (Calderón et ál., 2013: 20). En la siguiente tabla se sintetizan los atributos de “urgencias” y “emergencias”.

Tabla N° 1: Atributos de los eventos de “urgencias” y “emergencias”

Características	Urgencia	Emergencia
Riesgo vital al corto plazo	NO	SI
Necesidad de atención en minutos	NO	SI
Concurrencia de otros recursos humanos intervinientes: bomberos, policía, defensa civil, etc.	NO	SI
Testigo que alerta	A veces	Siempre
Necesidad de coordinación con otros servicios	SI	SI
Entrenamiento específico del personal de salud	Según los casos	Siempre
Plazos para la atención rápida	Menos de 6 horas	Menos de 1 hora

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Calderón Et Al (2013) y OMS (2015).

Como vimos hasta aquí, la “emergencia” es un tipo de “urgencia vital” por eso la bibliografía sólo refiere a esta en tanto contiene también las situaciones de “emergencia”. Sin embargo, en este trabajo distinguimos ambos conceptos para destacar las diferencias en relación a: los recursos que compromete, los procedimientos que utiliza, el abordaje que requiere y la lógica de organización de los servicios que intervienen.

2. Funciones y objetivos de los servicios de “pronta atención”

Las UPA conformaron un nuevo espacio de atención público y estatal, por lo cual resulta central explicar qué son y cuáles son sus funciones. Partiendo de la propuesta de la perspectiva de la pronta atención, la literatura presenta estos nuevos servicios como estructuras “intermediarias” entre la atención básica y la hospitalaria, instaladas en zonas y municipios con gran extensión territorial, aislamiento geográfico de comunidades y déficit de servicios, particularmente en el segundo nivel (O’ Dwyer y Konder, 2015: 532); (Ibañez et ál., 2014: 15).

Siguiendo los documentos consultados, las UPA fueron presentadas como establecimientos “intermedios” entre el primer y segundo nivel de atención que tienen por objetivo ampliar el acceso, la cobertura y alcanzar la equidad. Fueron organizadas para brindar atención las 24 horas al día, todos los días de la semana, ampliando la franja horaria y en consecuencia aumentando la disponibilidad para mejorar el acceso y la entrada al sistema de salud (O’ Dwyer y Konder, 2015: 532).

Las funciones de las UPA se despliegan en dos planos de tareas: la atención (tanto en “urgencias” como “emergencias”) y la coordinación con la red de servicios. La siguiente tabla menciona las funciones según las respuestas que debe brindar este efector.

Tabla N° 2: Funciones de las Unidades de Pronta Atención (UPA)

Planos	Funciones
Urgencia	Acoger siempre las demandas; prestar atención calificada y resolutive a cuadros clínicos agudos o crónicos agudizados; realizar procedimientos médicos y de enfermería adecuados a los casos demandados a la unidad; prestar apoyo diagnóstico y terapéutico las 24 horas al día, 7 días a la semana; mantener en observación clínica por hasta 24 horas para elucidación diagnóstica o estabilización clínica.
Atención	

Emergencia	Realizar consulta médica en régimen de pronta atención a los casos de menor gravedad; funcionar como local de estabilización de pacientes atendidos por los servicios de emergencia; prestar primera atención a los cuadros quirúrgicos y de trauma; solicitar colaboración técnica a los servicios de emergencia cuando sea necesario.
Coordinación	Coordinar la atención de la urgencia y emergencia con los servicios de ambulancias y bomberos. Articular con la red en flujos de referencia y contra referencia (hospitales y centros de salud), reenviar para internación en hospitales, referir y contra referenciar adecuadamente para la red a usuarios con cuadros no resueltos después de 24 horas.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de O´Dwyer y Konder, (2015) e Ibañez et al (2014).

Las UPA garantizaron atención también en los casos de menor gravedad y brindaron un servicio con una potencial demanda de eventos de salud que podrían resolverse en el primer nivel y fueron concebidas desde su diseño como efectores que deben articular y coordinar con otros componentes de la red (sistema de emergencia, segundo y tercer nivel).

3. Las Unidades de Pronta Atención (UPA) en Brasil: origen, antecedentes, desarrollo y primeros balances

En esta sección desarrollamos en qué consistió el proyecto inicial de UPA y cuáles fueron los antecedentes institucionales y normativos. Asimismo, indagamos el proceso de implementación y puesta en marcha de la atención; enunciamos finalmente algunos balances de la experiencia.

Fue en Brasil donde se originaron las UPA, el único país que había desarrollado estos servicios en América Latina hasta al año 2010. A pesar de su corta vida, varios hitos y regulaciones fueron dando forma a esta estrategia de atención de las “urgencias” y las “emergencias”. En tan solo una década se gestaron, diseñaron, modelaron e implementaron en diferentes regiones del territorio brasilero. Con el fin de organizar el análisis de esta

experiencia recuperamos la propuesta de Ibáñez et al. (2014: 14) quienes identifican tres momentos en el desarrollo de las UPA:

- (a) *origen y gestación* (desde comienzos de año 2000 hasta el 2008)
- (b) *implementación* (entre 2008 y 2009)
- (c) *expansión y consolidación* de la atención (desde el 2010 en adelante)

La Tabla N°3 organiza la normativa y los principales hitos del caso brasilero con el objetivo de presentar el derrotero de las UPA, teniendo como referencia los tres momentos de análisis referidos.

Tabla N° 3: Las Unidades de Pronta Atención (UPA) en Brasil: el derrotero de la experiencia

	Normativa	Años	Hitos
Primer Momento <i>Origen y gestación</i>	(NOAS 01/2001) “Reglamento de la Organización de los Sistemas Regionalizados”	2001	Se priorizó en la agenda del Ministerio de Salud Federal la formulación de normas para la atención pre hospitalaria
	Ordenanza 2048/02 “Reglamento Técnico para la Abordaje de Emergencia”	2002	
	GM/MS Ordenanza 2072/03 Creación de comités (estaduales, municipales y regionales como espacio de gestión)	2003	Se generó una gran expansión del “Servicio de Atención al Móvil de Urgencia” (SAMU)
	Ordenanza 2657/04 Regulación de la atención de la emergencia	2004	
		2005	
	Ordenanza 3125/06 Institucionalización del Programa de “Cualificación de la Atención Hospitalaria de Urgencia” que define la organización, iniciativa concebida para	2006	Apareció el programa de “Cualificación de la Atención Hospitalaria de Urgencia”

		avanzar en la organización de la red asistencia		
Segundo momento	<i>Implementación</i>		2007	Primera UPA en Maré en Rio de Janeiro
			2008	
		Institucionalizó las funciones de la UPA		
Tercer Momento	<i>Expansión y consolidación de la atención</i>		2009	Se definieron competencias y responsabilidades, su funcionamiento de 24 horas al día, todos los días de la semana, establecimiento los protocolos de atención clínica y de clasificación de procedimientos administrativos
		Ordenanza GM/MS 1020/09	2010	Se institucionalizó la Comisión tripartita del “Sistema Único de Salud” (SUS) como instancia gestora que marcó posteriormente las directrices para la organización de la red de atención a la salud, entre ellas la Red de Atención a las Urgencias
		Se propone las directrices de la UPA conforme a la Política Nacional de Atención de Urgencias (PNAU)	2011	109 UPA en pleno funcionamiento
		Ordenanza GM/MS 1600-1601/11		
		Se reformula la política nacional de atención de urgencia y las UPA con el fin de institucionalizar la redes de urgencia dentro del SUS		
		GM/MS 2648/11		Se avanzó en la discusión sobre los dispositivos legales y las normas para las
		Se establecen las nuevas directrices con el fin de articular las UPA con el SUS		

	reda		políticas de salud prioritarias, que resultó en nuevas normas de organización por parte del Ministerio de Salud
	Decreto 7508/11 Reorganización de SUS		Se crearon nuevos incentivos financieros
	Ordenanza GM/MS 2820-2821/11 Dispone de nuevos incentivos financieros para la construcción y dotación de nuevas UPA nuevos incentivos financieros		Surgieron nuevos conceptos de calificación, proceso por el cual una UPA en funcionamiento, es sometida a la comprobación documental y visita técnica que permiten la ampliación de los recursos de costeo, cuando la unidad es aprobada
	Ordenanza GM/MS 1171-1172/12 Dispone de nuevos incentivos financieros para la construcción y dotación de nuevas UPA nuevos incentivos financieros	2012	228 UPA en pleno funcionamiento

Fuente: Elaboración propia sobre la base de O´Dwyer y Konder, (2015), Ibañez et al (2014) y Lima, et ál., (2015).

(a) Primer momento: origen y gestación

La experiencia brasilera fue pionera en América Latina y mostró un amplio desarrollo a lo largo de su territorio. Como se muestra en la Tabla N°3, el desarrollo de las UPA no se concretó de un momento al otro; por el contrario, se fueron gestando a lo largo de varios años (Konder y O'Dwyer, 2015: 527).

Analizando los antecedentes encontramos a la priorización en la agenda del Ministerio de Salud Federal mediante la conformación de normas para la atención pre hospitalaria (Ibañez et ál., 2014: 12). Poco tiempo después, en el año 2001 y 2002, el “Reglamento de la Organización de los Sistemas Regionalizados” (NOAS 01/2001) y el “Reglamento Técnico para la Abordaje de Emergencia” (Ordenanza 2048/02) avanzaron en la institucionalización

de procedimientos para la reorganización del abordaje de la urgencia y emergencia por parte de los servicios estatales.

Años después, entre el 2003 hasta 2009, se desarrolló el denominado “Servicio de Atención al Móvil de Urgencia” (SAMU); este componente “pre hospitalario” se enmarcó en la “Política Nacional de Atención a las Urgencias” (PNAU). La experiencia de organización que dejó instalada el SAMU fue central en la organización y en el trabajo en red que se consolidó con las UPA (Machado, 2011: 527).

Es importante señalar que mientras los recursos para la construcción y puesta en marcha de las primeras UPA resultaban de convenios suscritos entre las jurisdicciones promotoras del proyecto y sus proponentes (estado o municipio), las creadas a partir de la Ordenanza N° 2821/11 fueron financiadas a través del Fondo Nacional de Salud.

Por último, algunos trabajos consultados sobre el modelo brasilero coincidieron en que el contexto político y los acuerdos intergubernamentales favorecieron a la rápida y amplia aplicación de las UPA en diversas regiones de Brasil (Lima et ál., 2015: 605 y Machado, 2011: 527). También se destacó el papel de las Secretarías de Salud de los Estados en la gestión como organismos impulsores y rectores.

(b) Segundo momento: implementación

En esta sección analizamos el momento en que las UPA pasaron a formar parte de la trama de servicios públicos. La primera fue inaugurada en la comunidad de Maré en el estado de Rio de Janeiro el año 2007 y estuvo a cargo de la Secretaría de Estado de Salud (SES) (Lima, et al 2015: 599). Luego la experiencia fue adoptada por otros estados (Lima et ál., 2014: 599).

A partir de la Ordenanza N° 1.020 del año 2009 (Konder y O'Dwyer, 2015: 529), se establecieron las directrices para la organización de las UPA definiendo: sus competencias y responsabilidades, su funcionamiento (las 24 horas al día, todos los días de la semana), la conformación de equipos interdisciplinarios, los protocolos de atención clínica, los procedimientos administrativos y finalmente, que los servicios de pronta atención quedaran bajo la dependencia del Cuerpo de Bomberos. Esta Ordenanza también definió el circuito de la atención de las urgencias y estableció las prestaciones de diagnóstico (realización de Rayos X, exámenes de laboratorio, electrocardiograma) durante las 24 horas del día. También estableció el alcance de atención de las UPA en los casos de la fiebre alta, fracturas, cortes, ACV, infartos y problemas cardiovasculares (Konder y O'Dwyer, 2015: 533).

Sus principales objetivos fueron brindar atención en “urgencia” y “emergencia” en pediatría, clínica y odontología durante las 24 horas. Se buscó optimizar la atención de salud y solo los casos más graves eran derivados a los hospitales, manejando ciertos grados de resolución dentro del establecimiento. Entre el año 2007 y 2012 se pusieron en marcha 228 unidades, a pesar de haber sido proyectadas por el Ministerio de Salud Federal unas 500 UPA para ese periodo (Lima, et ál., 2015: 600).

La normativa que reguló el funcionamiento de las UPA, definió que debían localizarse de forma estratégica para contribuir a la organización de “redes de atención” de las “urgencias y emergencias”. Según los criterios de elección de los lugares de implantación, se priorizaron las áreas con “vacíos asistenciales”, próximas a hospitales y vías de intensa circulación, con el objetivo de ampliar el acceso a los servicios de salud (Lima et ál., 2014: 602). En la selección de las localizaciones se tuvieron en cuenta múltiples factores: criterios vinculados al transporte, disponibilidad de materia prima para la construcción, acceso a predios para su montaje, condiciones ambientales, distancias geográficas existencia de barreras de acceso, requisitos legales y de condiciones de vida de la población (Briozzi y Musetti, 2015: 2).

La puesta en marcha de las UPA en la experiencia brasilera implicó la incorporación de recursos humanos, con un predominio de profesionales jóvenes (poco experimentados en el tratamiento de “urgencias” y emergencias”) bajo la modalidad de rotación en los servicios, con preponderancia en medicina general. La forma precarizada de incorporación de los recursos humanos a las UPA, generó una situación de inestabilidad laboral asociada a la contratación tercerizada de los recursos humanos (Machado et ál., 2016: 9).

Una vez puestas en marcha, las UPA organizaron y regularon el acceso a los servicios de los hospitales y a la red de forma más amplia, funcionando como una “nueva puerta” de entrada al sistema. El eslabón previo del ingreso al sistema fue el SAMU, que con las llamadas telefónicas y la atención a través de las ambulancias clasificaron según los criterios de gravedad y acercaron a los usuarios al efector². Las UPA fueron el principal componente fijo de urgencia pre-hospitalario y constituyeron unidades intermediarias entre la atención básica y la internación hospitalaria (Konder y O'Dwyer, 2015: 537).

Los edificios contaron con un área para la recepción según las clasificaciones de riesgo y garantizaban también locales para la realización de exámenes de laboratorio y de rayos-X; contaban con el espacio (sala roja) para atender a los casos más graves y camas de observación pediátrica y clínica.

² El SAMU cubre actualmente casi 3.000 municipios. Esto se corresponde con una cobertura del 70% de la población brasileña (Machado et al, 2016).

El Sistema Único de Salud (SUS), creado en Brasil en 1988 tras la promulgación de la nueva Constitución, había institucionalizado el Comité Gestor Nacional de Urgencia (CGNU) que constituyó un espacio formal de discusión, evaluación e implementación de las correcciones para la permanente adecuación del sistema de atención integral a las urgencias (Konder y O'Dwyer, 2015: 533). Su gestión fue estructurada a partir de múltiples niveles; fueron previstos comités estatales, regionales y municipales.

El Ministerio de Salud Federal conformó el Comité Gestores de Atención a las Urgencias (CGUE) para que allí se elaboren propuestas para su funcionamiento en los niveles estadual, regional y municipal, donde la experiencia acumulada con el CGNU fue muy importante. Así, para el año 2010, el CGUE se había convertido en el ámbito de discusión de los indicadores producidos en esos niveles (Konder y O'Dwyer, 2015: 534). Para el año 2011, el Ministerio de Salud Federal avanzó en la discusión del ordenamiento legal de políticas prioritarias de salud.

(c) Tercer momento: consolidación de la atención

En esta sección analizamos cómo fue la puesta en funcionamiento de la atención y las dificultades que aparecieron en la experiencia brasilera. Con este fin, recuperamos algunos aportes preliminares sobre el proceso de gestión, atención y funcionamiento de las UPA³.

Las Secretarías Municipales de Salud fueron un actor relevante institucional interviniente en la gestión de las UPA (Ibañez et ál., 2014: 18), poniendo en evidencia la fuerte presencia de la jurisdicción municipal. Dos atributos distinguen a la experiencia brasilera:

- (a) la existencia de contratos de gestión entre las jurisdicciones implicadas y la presencia de un sistema de evaluación acordado por los comités (Ibañez et ál., 2014: 62).
- (b) la modalidad de financiamiento, la dinámica del incentivo financiero federal integró las ordenanzas: 2.820 y 2.821 del año 2011 y 1.171 y 1.172, del año 2012.

Una característica en la gestión de las UPA -que surgió con la primer ordenanza de 2011-, fue el concepto de “calificación”, proceso por el cual la UPA en funcionamiento resulta sometida a la comprobación documental y visita técnica; el incremento de recursos financieros estaba condicionado que esa evaluación resultara aprobada. En caso contrario, seguiría recibiendo recursos consignados en su “habilitación”, como resultado de la mera comprobación de funcionamiento de la unidad.

³ Retomamos aquí el análisis de la experiencia Brasilera (Machado et al, 2011 y Machado, 2016; Lima et al, 2015; Konder y O'Dwyer, 2015).

Las UPA debían ser instaladas en lugares estratégicos para contribuir a la articulación de las redes de atención de “urgencias” y “emergencias”. Para su funcionamiento fueron fundamentales dos iniciativas: la coordinación con el SAMU y la ampliación de la cobertura de atención primaria por parte del primer nivel de atención. No obstante, el déficit del primer nivel de atención favoreció el aumento de la demanda de las UPA, siendo esta situación la que incentivó su rápida expansión (O' Dwyer, 2010: 2396).

El principal problema que enfrentaron fue el déficit del primer nivel de atención dentro de la red de “urgencias” y “emergencias”. No obstante, el PNAU ya había identificado la necesidad de dotar a los efectores del primer nivel con “salas especiales de observación” para garantizar la atención a las urgencias, aunque no hubo inversión pública la ampliar la infraestructura.

Otro problema relacionado con la expansión de estos servicios, fue la dificultad para formar profesionales médicos para el desarrollo de su práctica en las UPA. Aparecieron también dificultades de disponibilidad de profesionales médicos, un ejemplo es el caso de Río de Janeiro donde se experimentó escases de este recurso humano, especialmente en pediatría (Machado et ál., 2016: 4). En las UPA se generó una situación donde los diversos tipos de servicios (hospitales y clínicas) compitieron por los mismos profesionales.

Los déficit en las guardias de los hospitales se tradujeron en el incremento de la demanda de atención en las UPA, tanto por la gran cantidad de población que buscaba la resolución de “eventos” críticos, como por la escasez de recursos humanos en el segundo nivel. En Brasil el proyecto de atención a las “urgencias” y “emergencia” fue iniciado con el SAMU y continuado por las UPA, pero reprodujo los mismos problemas que atraviesan al conjunto del sistema (Konder et al., 2015: 539). Si bien las UPA tuvieron la posibilidad de proveer atención inicial compleja en los territorios, las dificultades para la conformación de una red fueron apareciendo en la medida que estos servicios se fueron expandiendo.

El ingreso al sistema de salud por la puerta de la “urgencia” y “emergencia” para algunos autores, es un acceso “irregular” y sostienen que las UPA no ofrecen condiciones necesarias para funcionar como “puerta de entrada” porque no pueden garantizar el seguimiento y el vínculo con el usuario (Ibáñez et ál., 2014: 19). Otro autor afirma que aunque la entrada al sistema por las UPA no hayan sido la puerta “deseada”, resultó una puerta de entrada “posible y operativa”, dado que encaminaría al usuario en la resolución de su problema de salud a partir de los recursos de la red (O' Dwyer, 2010: 2399).

No es nuevo que los servicios de “urgencia” y “emergencia” funcionen como puerta de entrada, el Ministerio de Salud Federal de Brasil señaló en ocasiones estos servicios fueron

cumpliendo un papel de relevancia para canalizar las demandas no satisfechas en el primer nivel de atención (Ibañez, et ál., 2014: 20). Un estudio realizado en Belo Horizonte señaló que para el acceso a la “urgencia y emergencia” resulta clave que las unidades brinden servicios de atención, cuenten con recursos tecnológicos, que los horarios de funcionamiento sean amplios -en las 24 horas-, para responder a las dificultades personales de los usuarios en acceder en otros momentos a los establecimientos (Rocha, 2005: 72).

En el mes de noviembre de 2012, se encontraron en funcionamiento 228 UPA en Brasil y llegaron a 416 en el año 2015, el 68,3% fueron construidas con recursos del gobierno federal (Vinicius, 2017: 4). La inversión fue mayor en las regiones nordeste, norte y centro oeste. El 90% de las UPA funcionaba en 7 estados, con un protagonismo de Río de Janeiro dado que tuvo el mayor número de unidades en el país siendo el primero en desarrollar estos servicios, inclusive antes de que contara con regulación federal (Uchimura, 2014: 54).

Para finalizar, si recuperamos algunos balances sobre la experiencia, encontramos que hubo una amplia legitimación de las UPA por parte de los diferentes niveles de gobierno que produjo una fuerte convergencia de intereses, esta situación habilitó una rápida expansión y un amplio aporte de recursos para esta iniciativa pública (Ibañez et al: 19) (Konder et al., 2015: 538). No obstante, las UPA se insertaron en la red de atención reforzando y reproduciendo la dinámica de fragmentación ya establecida, resultando en una integración limitada entre los puntos de atención a la salud, fuertemente dependientes de las relaciones interpersonales (Machado et ál., 2016: 11).

Recapitulando

Las UPA se desarrollaron en dos planos de tareas la *atención* (“urgencia” y “emergencia”) y la *coordinación y articulación* con la red de servicios (ambulancias, bomberos, 1º, 2º, 3º Nivel de Atención). En referencia al primero, dadas las diferencias entre la “urgencia”, como la “emergencia”, las UPA fueron acondicionadas para responder a las diferentes especificidades, comprometiendo recursos, y organizando y coordinando la atención según las distintas necesidades.

En los 10 años de gestación y experiencia de organización, el SAMU fue central en la expansión de la “pronta atención”, en la coordinación y consolidación del trabajo en red y se constituyó en una “nueva puerta de entrada”. Las UPA fueron la continuidad del SAMU y organizaron el acceso a la red y al sistema de forma más amplia. Otra particularidad fue la resolución de las demandas consideradas como no urgentes, situación que facilitó la utilización del servicio por parte la población.

La rápida expansión de las UPA en el caso brasilero fue favorecida por el déficit del primer nivel de atención. Su puesta en marcha implicó la incorporación de nuevos recursos humanos con un predominio de profesionales jóvenes, sumados bajo modalidades de alta precarización. Las UPA se insertaron en la red de atención a la salud reforzando y reproduciendo la dinámica de fragmentación ya establecida. Las regiones metropolitanas de Brasil contaron con el mayor número de servicios de UPA, particularmente Río de Janeiro fue la que experimentó el mayor desarrollo.

En el siguiente capítulo caracterizaremos brevemente a la provincia de Buenos Aires, su estructura sanitaria y políticas. Se busca conocer el contexto y la trama del subsector estatal donde fueron desarrolladas las UPA en la única jurisdicción del país que incorporó este servicio. La incorporación de estos establecimientos en la trama de servicios de la provincia de Buenos Aires sucedió en el 2010 y a fines del mismo año ya se encontraba funcionando el primer efector. De los 24 municipios que conforman el GBA, la mitad incorporaron UPA entre el 2010 y el 2015 (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires a, 2015: 10).

El subsector estatal de salud en la provincia de Buenos Aires (PBA)

Este capítulo tiene por objetivo caracterizar, desde un punto de vista sanitario y de legislación en salud, a la jurisdicción donde fueron desarrolladas las Unidades de Pronta Atención (UPA). La provincia de Buenos Aires (PBA) concentra el aglomerado urbano más importante del país y donde conviven diferentes subsectores y niveles de la atención de la salud. En una primera parte, caracterizamos a la PBA poniendo el foco en el nivel de cobertura y analizamos el subsector estatal analizando su conformación y estructura. En una segunda parte indagamos en las políticas sanitarias provinciales, a través de los dispositivos con los que convivieron y acompañaron el desarrollo de estos servicios.

1. Características del subsector estatal y las políticas de salud en la provincia

La aparición y posterior expansión de las UPA se inscribió en los procesos de la política sanitaria y en la particular en la trama de servicios de la PBA. Si bien el foco de análisis son las UPA, resulta relevante reconstruir la trama que conformó la estructura de la oferta de servicios, así como las iniciativas de políticas que fueron implementadas desde el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (MSP). En esta sección desarrollamos cómo se reestructuró el subsector estatal de salud en los últimos años en la PBA y cuáles fueron sus principales características.

Según el Censo 2010, la provincia presentó una población de 15.625.084 habitantes, y una densidad poblacional de 50.8 habitantes por kilómetro cuadrado. Su sistema de salud está compuesto por tres subsectores: el estatal, el privado y de la seguridad social. A su vez el subsector estatal se encuentra conformado por efectores de los tres niveles de gobierno y donde convergen sus políticas y programas.

La oferta de servicios públicos en la PBA, en el periodo bajo estudio, presentó una conformación amplia y compleja donde confluyeron recursos y programas, con establecimientos públicos pertenecientes a los tres niveles jurisdiccionales (nacional, provincial, municipal) y donde convivieron procesos de gestión con diversas particularidades. La composición del entramado de servicios se encontró bajo la acción multi jurisdiccional que se fue constituyendo por un proceso progresivo de transferencia de efectores y recursos desde la nación hacia la provincia y de esta hacia los municipios (Chiara y Jiménez, 2007: 9).

En casi tres décadas se fue conformando un primer nivel de atención bajo la órbita de los gobiernos municipales. A partir del año 1994 (con la Ley 11.554) se inició el proceso de descentralización que consistió en la transferencia de los centros de salud provinciales (creados por el Plan Muñiz⁴) hacia la responsabilidad de los municipios⁵.

La misma “Constitución de la Provincia de Buenos Aires”, permitió crear regiones para el desarrollo económico y social, así surgieron las 12 Regiones Sanitarias es decir niveles intermedios, creados para agrupar zonas “relativamente homogéneas” con el objetivo de facilitar la gestión sanitaria. No obstante, los procesos de fragmentación y cambios en la estructura social urbana favorecieron el desarrollo de heterogeneidades hacia el interior de cada región.

Tras la recuperación económica y social iniciada en el año 2003, el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) comenzó a tener un rol protagónico coordinando el COFESA (Consejo Federal de Salud). En este contexto se desarrollaron nuevos programas sanitarios centralizados e intervenciones que recuperaron la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud (APS), la promoción y prevención sanitaria y las distintas miradas integrales e intersectoriales sobre el abordaje de la salud.

Las UPA aparecieron en un escenario donde el rol del Ministerio de Salud provincial (MSP) perdió peso, dado que el Ministerio de Nación había conformado una nueva relación con los municipios (Chiara, 2012: 97). Los servicios también experimentaron cambios, se produjo un crecimiento cuantitativo de efectores del segundo nivel, básicamente aumentando las camas municipales en unos pocos municipios del GBA (Ariovich y Jiménez, 2012: 22).

La cobertura de salud constituye un indicador que nos aproxima a identificar la demanda que recae en los servicios estatales. Las estadísticas de cobertura, tanto de los inicios como de la finalización de nuestro periodo bajo estudio (2010 – 2015), mostraban que el GBA enfrentaba una mayor demanda de servicios públicos frente a la PBA, como se observa en la Tabla N° 4. Asimismo no se encontraron variaciones significativas en los niveles de cobertura en los años donde pone el foco esta investigación.

⁴ Hacia fines de la dictadura militar y bajo la influencia de los postulados de Alma Ata, el Plan Muñiz buscó desarrollar el primer nivel de atención, especialmente en términos de infraestructura ya que implicó la construcción de aproximadamente 100 Unidades Sanitarias en toda la provincia, pero con particular concentración en el Conurbano Bonaerense (Chiara, 2000: 15).

⁵ Ley Provincial 11554/1994.

Tabla N° 4: Porcentaje de población por tipo de cobertura de salud según Gran Buenos Aires (GBA) y la provincia de Buenos Aires (PBA), en los años 2010 y 2015

	Tipo de Cobertura			
	Cobertura de obra social y plan privado de salud		Cobertura Estatal	
	2010	2015	2010	2015
Gran Buenos Aires	58.62%	58.61%	41.38%	41.39%
Provincia de Buenos Aires	64%	64.5%	36%	35.5%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de censo 2010 y la EPH 2015, INDEC.

Respecto a la estructura sanitaria de la PBA, el primer nivel de atención fue producto de la descentralización que promovió la “municipalización” tanto de los centros de atención primaria de la salud (CAPS) de origen provincial, como de las Salitas que dependían de sociedades de fomento. La trama de servicios de salud bajo la órbita Provincial para el año 2015, como se observa en la Tabla N°5, se configuró a partir de 79 hospitales de segundo nivel (incluida la Maternidad Estela de Carlotto) y con 17 UPA, también denominados “Hospitales Intermedios”.

Los 135 municipios conformaron una trama de efectores con 272 hospitales y 1795 CAPS, localizados a lo largo de todo el territorio provincial. La oferta del segundo nivel bajo la órbita nacional con internación, solo cuenta con 4 Hospitales: el Hospital "Dr. Baldomero Sommer" en el municipio de General Rodríguez, el Hospital “Dr. M. Montes de Oca” en el municipio de Lujan orientado a Salud Mental, el Instituto Nacional “Dr. Juan Otimio Tesone” orientado a la rehabilitación psicofísica en el municipio de Gral. Pueyrredón, y por último el Hospital “Posadas” en GBA (Morón).

Tabla N° 5: Establecimientos del subsector estatal en la provincia de Buenos Aires (PBA), año 2015

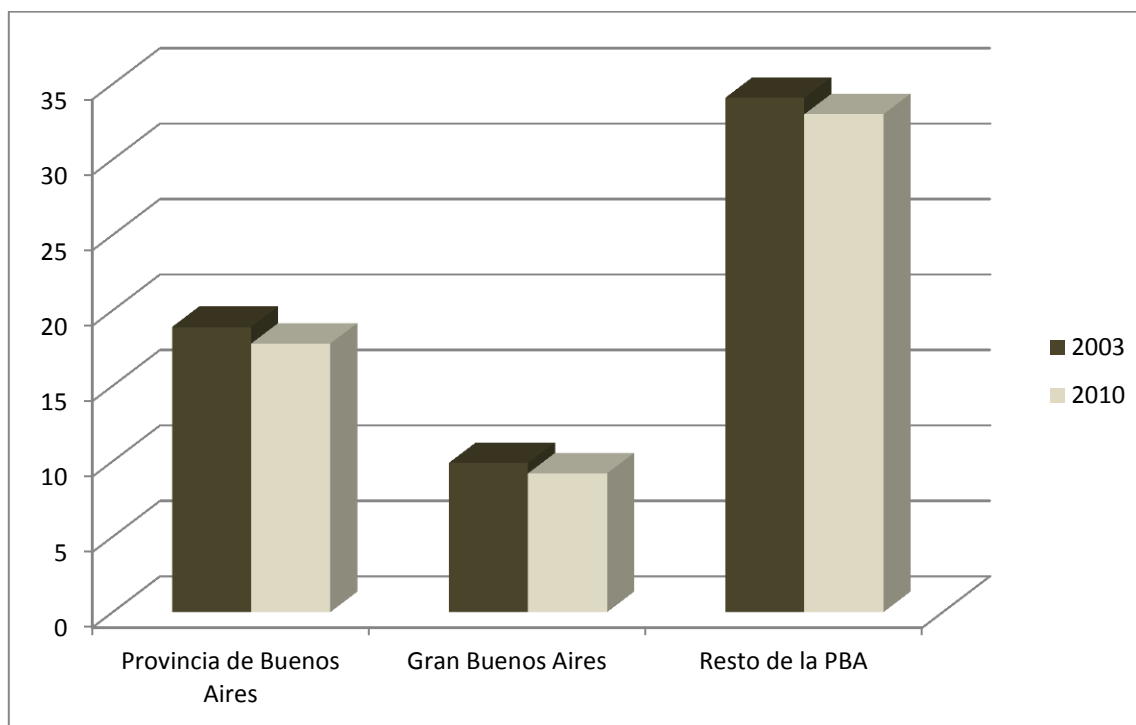
Establecimientos	Jurisdicción			Total
	Nacional	Provincial	Municipal	
Hospitales	4	79	272	355
Unidades de Pronta Atención (UPA)	-	18	-	18
Centros de atención primaria de la salud (CAPS)	-	-	1795	1795

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de información sistematizada de la provincia de Buenos Aires, 2017.

Poniendo el foco en el desarrollo de las UPA, 13 efectores se localizaron en el GBA y son el foco de esta investigación, las otras 5 unidades se desarrollaron en el interior de la PBA.

Para analizar el punto de partida del periodo bajo estudio es necesario ver que sucedió en los años previos. Para el año 2010, encontramos que había crecido la población, pero esto no fue acompañado por un incremento proporcional en la cantidad de camas en los establecimientos con internación. Desde el 2001, hasta el último censo del 2010, se observa un incremento del 12.8% de la población en la provincia. Como se observa en el Gráfico N° 1, a nivel de la PBA, se muestra una disminución en la cantidad de camas cada mil habitantes, la que no respondió necesariamente al cierre de hospitales, sino al importante crecimiento poblacional, fenómeno que se verificó en particular en los municipios de la segunda corona del GBA⁶.

Gráfico N° 1⁷: Evolución de la cantidad de camas del subsector público, por 1.000 habitantes en la provincia de Buenos Aires, el Gran Buenos Aires (GBA) y el resto de la provincia entre los años 2003 – 2010



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2010.

⁶ Tigre, José C Paz, Malvinas Argentinas, San Miguel, La Matanza, Almirante Brown, Esteban Echeverría, Ezeiza, Berazategui y Florencio Varela.

⁷ Todos los “Gráficos” tienen su correspondiente “Tabla” en los Anexos. Se definió ubicarlas allí para facilitar la lectura, y en algunos casos se definió presentar los datos en los “Gráficos” en el cuerpo del texto porque facilitaban la presentación de modo más preciso y concreto la información analizada.

2. Los dispositivos de política sanitaria

En esta sección analizamos la normativas y la oferta programática desplegada en simultaneo al desarrollo de las UPA en el periodo bajo estudio. Definimos por *dispositivo* a todas las intervenciones estatales, leyes, programas y proyectos a través de los cuales se ejecuta la política pública y de salud.

Para dar cuenta de las iniciativas provinciales en este periodo, se realizó un relevamiento y sistematización de diferentes fuentes secundarias sobre legislación, documentos e informes de programas y así poder reconstruir el repertorio de iniciativas desarrolladas entre los años 2010 y 2015, por parte de la gestión de la PBA.

Buenos Aires es la provincia más grande del país, dividida políticamente en 135 municipios, con 12 regiones sanitarias, 8 secciones electorales, 25 regiones educativas, 7 regiones turísticas, 18 departamentos judiciales, 13 corredores productivos, además de delegaciones de la Agencia de Recaudación de la Provincia de Buenos Aires (ARBA), del Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA), de Instituto de Previsión Social (IPS), de la Caja de Retiro de Policías, Registro de las Personas, Seguridad Vial, del Ministerio de Trabajo, del Ministerio de Asuntos Agrarios y el Tribunal de Cuentas en diferentes localidades de la PBA (Piana, 2014: 10).

Durante el período 2010 – 2015 gobernó el mismo partido político, con Daniel Scioli como Gobernador, y con equipos de trabajo ministeriales que mantuvieron continuidad durante esos años. Como mencionamos previamente, entre el año 2003 y el año 2015, la política sanitaria cobró protagonismo a través de una mayor presencia del Ministerio de Salud de la Nación (MSN), mediante los grandes programas que movilizaron recursos y que en muchos casos tuvieron anclaje en los territorios locales (Programa Remediar, Programa Médicos Comunitarios, entre otros). En este contexto general se desarrolló la política sanitaria provincial y la gestión del MSP.

La propuesta de “Regionalización de la PBA” de los años 2010 y 2011 fue expresiva de los desafíos que se planteó la gestión provincial. Los lineamientos de la regionalización fueron expuestos en el “Plan Estratégico 2010 – 2020”; según el Gobernador la regionalización de la provincia era una propuesta de *“una profunda revisión de los funcionamientos administrativos que nos han acompañado desde siempre”*, por otro lado sostuvo que la propuesta de regionalización fue *“la estrategia de reingeniería institucional más importante en la historia de la Provincia”* (Piana, 2014: 17). La gestión de los organismos públicos como la gobernabilidad del Estado ocupó un lugar central en la agenda del Gobernador (Plan de Regionalización, 2011: 6).

En esta línea, la conformación de nuevas institucionalidades públicas pasaría a formar parte de la agenda del gobierno provincial y se expresaría en la política de salud. En el marco de estos planteos, se desarrollaron iniciativas de políticas sanitarias que fueron reguladas desde las diferentes normativas que moldearon y definieron su orientación. Para analizar el repertorio de políticas recuperamos la propuesta de Tobar, (2000: 5) quien distingue tres planos de análisis:

- (a) *gestión*,
- (b) *atención*
- (c) *financiamiento*

(a) El plano de la gestión

La *gestión* refiere a las definiciones de las prioridades concretadas de los servicios y su orientación, lo que implica la toma de decisiones y la conducción del sistema sobre la base de un conjunto de principios y valores (Tobar, 2000: 5).

Encontramos que la provincia desarrolló algunas herramientas para el registro sistematizado de la población atendida. Algunos de estas fueron la creación del “Sistema de Historia Clínica Electrónica Única” (Ley 14.494/2012) y la creación del “Registro Poblacional del Cáncer” (Ley 14.733/2015). También encontramos otras herramientas para el registro y monitoreo de recursos como fue el desarrollo del “Régimen de Regulación y Fiscalización de Equipos Médicos en Uso” (Ley 14.583/2013).

Por otro lado, la provincia también llevó adelante un conjunto de normativas e iniciativas que apuntaron a regular y promover nuevas formas de organización de actores e instituciones de los procesos de gestión. Algunas de esas iniciativas fueron la regulación del funcionamiento de los “Establecimientos Geriátricos de Gestión Pública y Privada” (Decreto 1.190/2012), la creación de “Comités Mixtos de Salud, Higiene y Seguridad en el Empleo” y su incorporación al “Sistema de Atención Médica Organizado” (SAMO) de centro de atención de adicciones (Decreto 120/2011 y Decreto 801/2014). Otra medida importante consistió en que se delegó al Ministerio de Salud la ejecución de las UPA (Decreto 601/2012), responsabilidad que antes dependió del Ministerio de Infraestructura de la PBA.

La provincia promovió convenios con diferentes organismos para garantizar cobertura; como el firmado con FEMEBA (Decreto 450/2011) y entre MSN y IOMA (Decreto Nacional 1.496/2012). Por último, algunas iniciativas en materia de recursos humanos

fueron la creación del “Observatorio de Recursos Humanos en Salud de la Provincia” (Resolución 3.131/10) y la incorporación a la carrera hospitalaria de recursos humanos en las UPA (Decreto 2.202/11).

(b) El plano de la atención

La *atención* refiere al plano más técnico que involucra lo médico-sanitario, alude a como deber ser dividido y organizado el trabajo médico sanitario para responder a las demandas y necesidades de la población (Tobar, 2000: 7).

Siguiendo a este autor, encontramos que en el plano de la *atención* se produjeron distintas iniciativas para ampliar la atención. Entre ellas la creación de nuevos servicios para la atención “urgencia” y “emergencia” -las UPA-, la ampliación del calendario de vacunación (Ley 14.415/2012); la regulación, promoción y protección de los “Bancos de Leche Materna Humana Pasteurizada” en establecimientos asistenciales con servicios y/o salas de Obstetricia, Neonatología y Pediatría, y/o centros primarios de atención de la salud (Ley 14.787/2015); y el suministro de la dosis necesaria de ácido fólico a la población femenina en edad reproductiva (Ley 14.788/2015).

En lo referido a la promoción y prevención encontramos que se desarrolló la “Estrategia Antitabaco” (Ley 14.381/2013), el “Programa Provincial de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable” (Ley 14.738/2015) y la “Estrategia Integral para la Salud” (Ley 14.556). Por otro lado, la iniciativa de la creación de la “Libreta Deportiva Obligatoria de Prevención en Salud” abonó a brindar información para la prevención a los establecimientos de la red de Servicios de Atención de la Salud Provincial y también Municipal (Ley 14.532/2013).

Otras iniciativas del periodo que abonaron a la ampliación de servicios y acceso a derechos fueron la Fertilización Asistida con cobertura pública; la creación de Comités Mixtos de Salud y Seguridad en el Empleo, que constituyó el marco normativo para la creación del “Programa Permanente de Salud y Trabajo” (Decreto 120/2011); y la política de “Protección de la Salud Mental” (Ley 14.580/2013). Por último, se creó la Subsecretaría de Atención a las Adicciones, dependiente del Ministerio de Salud y sus Centros de Atención al SAMO (Decreto 80/2014). Finalmente, el plano de la atención se fortaleció a través de programas nacionales como el Nacer/Sumar (Resolución 1.087/2010), o el Programa Remediar.

(c) El plano del financiamiento

El *financiamiento* refiere al conjunto de definiciones económicas acerca de hacia donde se orientan los recursos y que cantidad se destina. Asimismo involucra a la procedencia de los recursos pero también de la forma en la que se asignan (Tobar, 2000: 6).

Sobre el plano del *financiamiento* a nivel provincial encontramos algunas iniciativas orientadas a su fortalecimiento. Algunos de estos son la modificación del presupuesto, economía y finanzas, para fortalecer el Fondo Provincial de Salud (Ley 14.199/2011). En un contexto más amplio, para mejorar sus recursos fiscales, la PBA había ingresado al Programa Federal de Desendeudamiento de las Provincias Argentinas para fortalecer sus recursos (Decreto 660/2010).

A modo de síntesis, la siguiente tabla muestra cronológicamente el conjunto de normativas Provinciales (y algunas nacionales que incidieron en la agenda provincial) referidas al periodo bajo estudio.

Tabla N° 6: Legislación sanitaria de la provincia de Buenos Aires en el periodo 2010 - 2015

Año	Legislación (Decretos, Leyes y Resoluciones)	Lineamientos
2010	Resolución 3.131/10	Creación del Observatorio de Recursos Humanos en Salud de la Provincia
	Ley 14.208/10	Garantía de la Fertilización Asistida con cobertura pública
	Resolución 1.087/10 ⁸	Desarrollo del convenio que habilita al Programa Nacer a incorporar cardiopatías congénitas.
	Decreto 660/10 ⁹	Promoción de Programa Federal de Desendeudamiento de las Provincias Argentinas
2011	Resolución 2.931/11	Implementación del Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud

⁸ La Resolución 1.087/10, es una Ministerial Nacional y es la que propone el “Plan Operativo para la Reducción de la mortalidad infantil, de la mujer y de los adolescentes”. Constituye el marco normativo que promueve la incorporación de Cardiopatías congénitas Programa NACER.

⁹ Decreto Nacional relevante sobre el vínculo que establece el estado nacional con las Provincia.

Decreto 2.202/11	Incorporación a la carrera Hospitalaria de RRHH en las UPA.
Decreto 450/11	Convenio marco suscripto entre el Ministerio de Salud y la Federación Médica de la Provincia (FEMEBA) con el fin de desarrollar el servicio de Seguro Público de salud destinado a familias carentes de cobertura de la seguridad social
Decreto 120/2011	Creación de comités Mixtos de salud y seguridad en el empleo, y creación del Programa Permanente de Salud y Trabajo
Ley 14.199/11	Modificación del presupuesto, economía y finanzas, para fortalecer el fondo provincial de salud
Ley 14.285/11	Incorporación obligatorio al calendario de vacunación oficial de la Provincia de Buenos Aires de la vacuna contra la varicela
Decreto 451/11	Convenio Marco entre el Ministerio de Salud Provincial y la Federación Médica del Conurbano FEMECOM
2012 Ley 14.415. Modificatoria de la Ley 10.393/12	Fortalecimiento del calendario de vacunación obligatoria
Ley 14.494/12	Creación del Sistema de Historia Clínica Electrónica Única, de registro desde el nacimiento hasta el fallecimiento.
Decreto 1.496/12 ¹⁰	Convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud de Nación y el Instituto de Obra Medico Asistencial de la Provincia de Bs As (IOMA)
Decreto 601/12	Delegación del Ministerio de Infraestructura al Ministerio de salud sobre la ejecución de las UPA en los distintos partidos de la Provincia
Decreto 1.190/12	Funcionamiento de los Establecimientos Geriátricos de gestión pública y privada.
Reglamentación Ley 14.263	

¹⁰ Decreto Nacional.

2013	Ley 14.580. Adhesión de la Provincia de Buenos Aires a la Ley 26.657/13	Ampliación del Derecho a la Protección de la Salud Mental
	Ley 14.556/13	Políticas orientadas a la Estrategia Integral para la Salud
	Ley 14.381. Modificatoria de la Ley 13.894/13	Desarrollo de la Estrategia Antitabaco en la Provincia de Buenos Aires
	Ley 14.532/13	Creación de la Libreta Deportiva Obligatoria de Prevención en Salud. Este documento será otorgado por los establecimientos de la Red de Servicios de Atención de la Salud Municipal y Provincial
	Ley 14.583/13	Desarrollo de un régimen de regulación y fiscalización de Equipos Médicos en Uso
2014	Ley 4.651/13 Modificatoria de la Ley 14.191	Creación de un Sistema de Protección Integral de las personas que padecen trastornos generalizados del desarrollo.
	Decreto 801/14 Reglamentación Ley 14.408	Comités Mixtos de Salud, Higiene y Seguridad en el Empleo. Incorporación al Sistema de Atención Médica Organizado (SAMO) de centro de atención de adicciones.
	Decreto 80/2014	Incorporación de la Subsecretaría de Atención a las Adicciones, dependiente del Ministerio de Salud y sus Centros de Atención al Sistema de Atención Médica Organizado (SAMO)
2015	Ley 14.787/14	Regulación, promoción y protección, de los Bancos de Leche Materna Humana Pasteurizada en establecimientos asistenciales con servicios y/o salas de Obstetricia, Neonatología y Pediatría, y/o centros primarios de atención de la salud
	Ley 14.786/14 Modificatoria de la Ley 14.464	Regulación los Derechos de los pacientes en su relación con los profesionales e instituciones de la salud

Ley 14.733/14	Creación del Registro Poblacional del Cáncer (RECAN)
Ley 14.738/14 Modificatoria de la Ley 13.066	Desarrollo del Programa Provincial del desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable
Ley 14.788/14	Establecen con carácter obligatorio y gratuito, el suministro de la dosis necesaria de ácido fólico a la población femenina en edad reproductiva

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la legislación relevada en Infojus, SAIJ y Boletines Oficiales.

3. Los principales programas desarrollados en simultaneo a la “pronta atención”

La creación de servicios de “urgencia” y “emergencia” a través de las de las UPA, produjo un fortalecimiento de la *atención*, siendo el único servicio que fue promovido con recursos económicos y humanos.

Las UPA se desarrollaron en un contexto conformado por un conjunto de programas del Ministerio de Salud de la provincia (MSP). Los más relevantes, según las fuentes consultadas, fueron el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético (PRODIABA), Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, el Seguro Público de Salud y el Programa Materno Infantil (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires c, 2015: 1).

El PRODIABA fue un programa que garantizaba a la población diabética un adecuado control de su patología y estaba dirigido hacia aquellos que no cuentan con cobertura de obra social ni capacidad económica para afrontar el tratamiento. El Programa brindó diversos insumos y medicamentos para el tratamiento de la diabetes que van desde las insulinas, antidiabéticos orales en comprimidos, incluyendo las jeringas para la aplicación de insulina y tiras las reactivas para determinar el nivel de glucosa (Ley 11.602/1994) y (Ley 13.977/2009).

El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PSSPR), si bien se creó en los años previos del periodo bajo estudio, sufrió modificaciones tales como la incorporación de las perspectivas de la Ley de Identidad de Género o los protocolos de Abortos No Punibles, entre otros cambios. En el 2006, tras la Resolución N° 1.245, el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) de la Provincia de Buenos Aires aprobó el “Plan SER” de Salud Sexual y Reproductiva, que fue el primer antecedente. Posteriormente, el Programa

funcionó como subprograma dentro del Área Materno Infantil, pero desde mayo de 2010 mediante Resolución N° 1.395/2010, comenzó a funcionar bajo la órbita del Área de Políticas de Género, dependiente de la Unidad Ministro (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires d, 2010: 2). El propósito del PSSPR fue garantizar la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable, para toda la población sin discriminación alguna (Art. 2 Ley 13.066/2004). Cada una de las Regiones Sanitarias de la Provincia cuenta con un referente del área que tiene a su cargo las acciones concernientes a su difusión e implementación.

El Seguro Público de Salud Provincial (SPS), implementado previamente al período bajo estudio mediante (Ley 13.413/2006), fue impulsado nuevamente en el año 2011 en el marco del desarrollo del “Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud” (Resolución 2931/2011). El SPS fue una iniciativa que se orientó a garantizar cobertura pública y su principal objetivo fue promover el cuidado de la salud en aquellas personas, de entre 6 y 69 años, de la provincia de Buenos Aires que carezcan de obra social o prepaga. Según los documentos consultados, el SPS se insertó dentro de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud de los municipios de la PBA mediante la red de prestadores médicos, obstétricas, odontólogos, bioquímicos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros y promotores de salud. El SPS promovió la nominalización de la atención y de los procesos de trabajo, también buscó la responsabilidad nominada y un sistema de compra capitolativo (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires e, 2011: 3).

Si bien el Programa Materno Infantil (PMI) se creó en enero de 1994, posteriormente en el período bajo estudio atravesó varias modificaciones. Su propósito consistió en disminuir la morbi-mortalidad y buscó contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida de las familias de la PBA. El PMI se orientó a mujeres embarazadas y madres y niños de hasta 5 años. Entre sus estrategias de acción buscó sensibilizar y capacitar a los recursos humanos y también articular recursos de otros organismos mediante la cooperación técnica y financiera y de organizaciones públicas estatales, pero también no gubernamentales, para fortalecer las acciones a nivel local y regional (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires f, 2010: 14).

Como es posible apreciar, dentro del abanico de dispositivos provinciales del periodo, las UPA fueron la gran “apuesta” al conformar nuevos servicios de atención de “urgencia” y “emergencia”, ya que el resto de los programas buscaron sólo mejorar el acceso a insumos y la e información disponible para la población desde los centros de salud y hospitales.

Finalmente, cabe destacar que luego del año 2003 la provincia desarrolló programas nacionales para la estructuración de relaciones de modo directo con el Ministerio de Salud

de la Nación. Cabe señalar que en la salida de la crisis del 2001 dos grandes iniciativas nacionales tuvieron impacto en el primer nivel de atención; una fue el “Programa Remediar” y la otra el “Programa de Médicos Comunitarios”. Ambas políticas emergieron ante la falta de medicamentos y al déficit de profesionales médicos para hacer frente al incremento de la demanda. Estos programas configuraron una nueva lógica de intervención y de articulación entre nación y los servicios municipales.

Recapitulando

La utilización del subsector público sigue siendo amplia y desde el 2010 comenzó a crecer aunque muy levemente, siendo un 40 % de la población de la provincia la que utiliza el subsector estatal. La estructura del subsector estatal se encuentra fragmentada, con hospitales que dependen de la PBA y de los municipios, mientras estos últimos dependen los CAPS en su totalidad. El aumento de la población no fue acompañado por el incremento en la cantidad de camas disponibles a nivel de PBA, más allá del incremento de la oferta municipal del segundo nivel. Las UPA se desarrollaron en un contexto donde el gobierno provincial promovió la conformación de nuevas institucionalidades mediante el plan de regionalización.

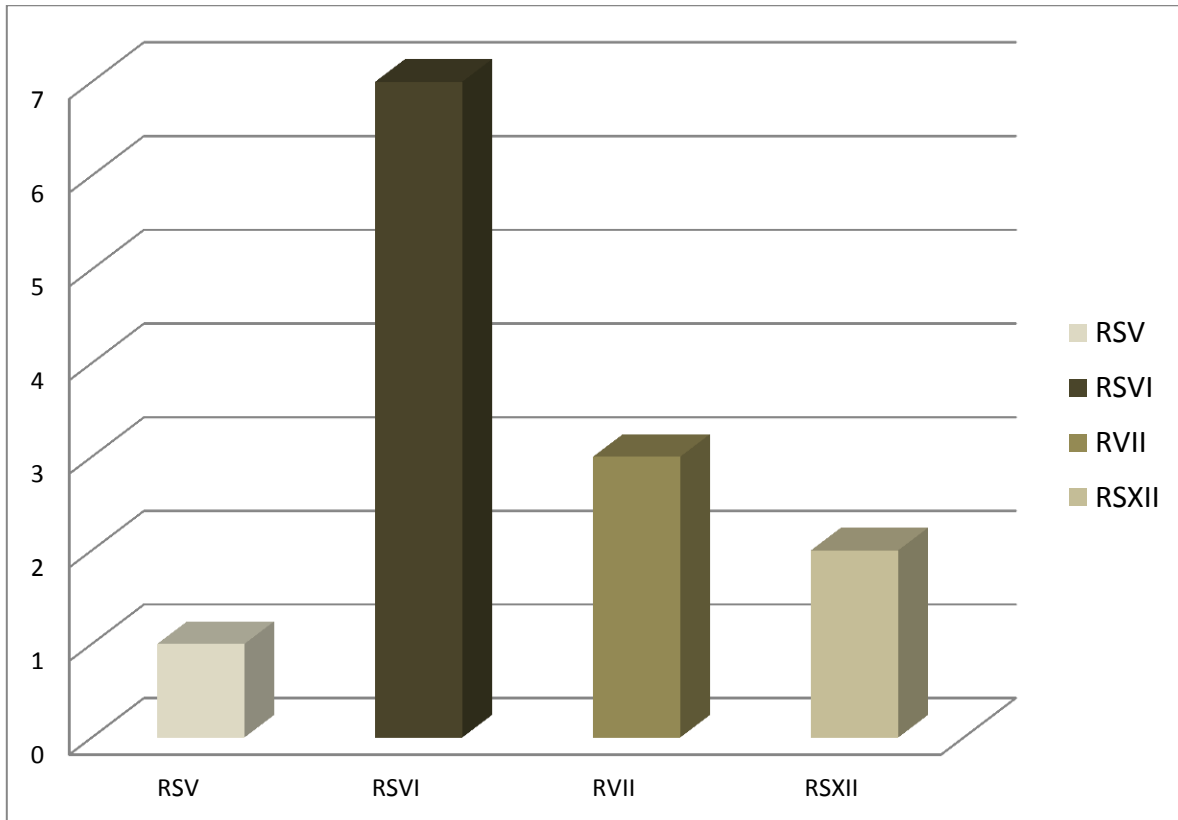
Respecto de la oferta de programas desplegados en simultáneo a las UPA, encontramos que estos dispositivos se orientaron a fomentar las estrategias de promoción, brindar información sobre prevención de enfermedades, y garantizar el acceso a insumos y medicamentos. En consecuencia, ningún programa buscó directamente ampliar o desarrollar los servicios de *atención*. No obstante la única iniciativa para su fortalecimiento, fue la creación de servicios de “urgencia” y “emergencia” brindados por el UPA.

En el periodo bajo estudio, la provincia desarrolló diferentes instrumentos de *gestión* para mejorar los registros, las formas de organización de los servicios y fortalecer a los recursos humanos. Sobre el plano del *financiamiento* también hubo iniciativas para fortalecer los recursos. Un total de 18 UPA fueron incorporadas dentro de la trama provincial hasta el año 2015.

Por un lado, de las 13 UPA del GBA, 7 se ubicaron en la RSVI, 3 en RSVII, 2 en RSXII y 1 en la RSV (ver Gráfico N°2). Por otro lado, 12 municipios del GBA fueron seleccionados para contar con estos servicios: Lomas de Zamora, Avellaneda, Lanús, La Matanza (con dos unidades), Almirante Brown, Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Moreno, José C Paz, Tres de febrero, Hurlingham. Las 5 UPA desarrolladas en el interior

de la PBA se ubicaron en La Plata (UPA 6), Lezama (UPA 7), Punta Mogotes (UPA 8); Mar del Plata (UPA 13) y Zarate (UPA 14)¹¹.

Grafico N° 2: Cantidad de Unidades de Pronta Atención (UPA) en cada región sanitaria del Gran Buenos Aires (GBA), año 2015



Fuente: Elaboración propia sobre la base del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2017

Finalmente, desde el Ministerio de Salud de la PBA se buscó desarrollar el servicio de UPA con el propósito de brindar atención de la “urgencia” y “emergencia” y que la población se encuentre más cerca de los servicios (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015: 2).

En el siguiente capítulo analizaremos el proceso de la UPA desarrolladas en el GBA, desde sus orígenes hasta la puesta en funcionamiento de los servicios de “pronta atención”.

¹¹ Ver Gráfico N° A.1 de anexo.

El ciclo de las Unidades de Pronto Atención (UPA): origen, implementación y atención

En este capítulo analizamos el ciclo de los servicios de las Unidades de Pronto Atención (UPA), su origen implementación y desarrollo. En cada sección recuperamos los aportes de diferentes autores que formularon un esquema de análisis del ciclo de las políticas pública. Por un lado, en este capítulo indagamos en los atributos que califican como novedosa a la experiencia de los servicios de UPA y desarrollamos en qué consiste esta innovación. Por otro lado, analizamos el proceso de gestación, la incorporación en la agenda del Gobierno Provincial, el proceso de implementación y el desarrollo de la atención en los servicios.

Aun con las limitaciones que supone y que son señaladas en la literatura¹², “el ciclo de las políticas públicas” puede adoptarse como un ordenador para analizar procesos complejos. Utilizando este enfoque reconstruimos tres momentos: la gestación, la implementación y la atención en los nuevos servicios. Esta propuesta de análisis resultó convergente con los tres momentos de la periodización propuesta por Ibañez (2014: 12) que adaptamos para reconstruir el caso brasilero: el periodo de *gestación* u origen de estos servicios de atención de la urgencia y emergencia, la *implementación* de las unidades en los municipios del Gran Buenos Aires (GBA) y, por último, el periodo en que la *atención* es brindada dentro de la red del sistema público.

Para dar cuenta de la novedad que implicó el desarrollo de estos servicios, en la primera sección de este capítulo indagamos en el concepto de innovación en políticas públicas y sanitarias, mientras que en la segunda sección, describimos el ciclo de las UPA.

1. Las innovaciones en los servicios de salud

Las UPA se incorporaron velozmente como nuevo efector a pesar de no contar con antecedentes locales o regionales. Este servicio apareció con una forma de organización, un nuevo formato y modalidades de atención. Esta iniciativa novedosa, tuvo por objetivo algo que no se había practicado previamente en la oferta de servicios: acercar la atención de la “urgencia” y “emergencia” a los territorios para descomprimir la demanda en los hospitales. Autores como Cravacuore (2004) y Belmartino (2003) que desarrollaron el

¹² Parssons (1997) , Subirat (2002)

concepto de innovación en el campo de las políticas públicas, sostienen que las innovaciones no surgen sólo de nuevas ideas que llegan a un espacio de gestión, sino que su aparición depende de los procesos previos de construcción política.

Una innovación en los servicios consiste en enfrentar de manera diferente, con técnicas y métodos más adecuados, a una situación que requiere de intervención. Las innovaciones en la gestión se presentan como un nuevo modelo emergente en las formas de organización, en tanto cuestionan e interpelan a los modelos tradicionales de los servicios públicos y de las instituciones. Fundamentalmente, las innovaciones implican cambios en las prácticas organizacionales y así rompen con las formas rutinarias en la cual funcionaban los servicios públicos.

La innovación como proceso sostenible de nuevas políticas depende de la capacidad de los gobiernos para producir una novedad original para producir y mantener cambios en las formas de organizar respuestas a los problemas, siendo la voluntad política y el liderazgo factores detonadores de iniciativas (Cravacuore et al, 2003: 24). Si bien la *innovación* supone realizar algo nuevo, emergente, y que se origina de manera repentina, las políticas públicas suelen ser el resultado de procesos sostenidos a lo largo del tiempo, lo cual hace posible el resurgimiento de nuevas re combinaciones y variaciones institucionales que habilitan su incorporación en una agenda de gobierno (Cravacuore et al, 2003: 29).

En el campo de salud, las innovaciones pueden ser analizadas a partir de los mismos planos en que se despliegan las políticas: en la atención, la gestión y el financiamiento. En este trabajo solo indagaremos en el plano de la *atención* y apenas como referencia el plano de la *gestión*.

Las innovaciones en el plano del *financiamiento* son lideradas por organismos internacionales donde los recursos y las formas de administración son factores determinantes en la construcción de sistemas eficientes y costo efectivos (Báscolo y Vassallo, 1999; 142). Las *innovaciones* sanitarias también se encuentran atravesadas por los intereses de los agentes del mercado de salud. En este capítulo hacemos una referencia al concepto de innovación desde los procesos de gestión del nivel local, tomando distancia de las definiciones del concepto asociadas con las nuevas tecnologías ligadas al ámbito empresarial (Cravacuore et al, 2003: 27).

Según Belmartino (2003: 60), las *innovaciones* pueden ser “externas” o “internas” a un espacio de gestión. Las “externas” son iniciativas de otras jurisdicciones que se adaptaron o se transplantaron para reproducir la experiencia en el nivel local. Las “internas” son

definidas como aquellas que surgen de las combinaciones de ideas de actores locales y son de carácter endógeno.

La propuesta de Belmartino es convergente con el análisis de Vinicius (2017: 5) que sostiene que las UPA fueron políticas públicas “transferidas” desde el caso brasilero. La transferencia de políticas públicas refiere al proceso en el cual “el conocimiento sobre políticas, arreglos administrativos, instituciones e ideas en un sistema político (pasado o presente) se utiliza en el desarrollo de políticas, arreglos administrativos, instituciones e ideas en otro sistema político” (Vinicius, 2017: 6).

Las *innovaciones* en política sanitaria pueden ser dispositivos ensayados en otros ámbitos que inauguran cambios en las formas de organización, las rutinas, las prácticas, razón por la cual los recursos humanos está llamado a cumplir un rol importante. En el caso de la provincia de Buenos Aires (PBA), la apuesta de la gestión fue crear nuevos servicios donde las formas de organizar los servicios (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: a).

Desde esta perspectiva, las UPA fueron transferidas desde la experiencia brasilera y se convirtieron en la *innovación* en política sanitaria de la provincia en el periodo 2010 - 2015. Una referencia elocuente del impulso e importancia política de implementar esta innovación se observó en la Asamblea Legislativa de la provincia del 2014, cuando el entonces Gobernador Daniel Scioli afirmó *"inspirados en la experiencia exitosa del Estado de Río de Janeiro, dispusimos una de las mayores innovaciones para el presente y el futuro de la salud pública"* (Vinicius, 2017: 10).

2. Los tres momentos en el desarrollo de las Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA)

El enfoque del “ciclo de las políticas públicas” se centra en el análisis en cómo pasan los temas a conformarse “problemas” dentro de una “agenda de gobierno”. La definición de un problema forma parte de una etapa temprana o casi inicial del proceso de las políticas públicas; si bien que no constituye una secuencia lógica, sigue un recorrido que es moldeado por las ideas, teorías, conceptos y marcos de análisis en todas las etapas del “ciclo las políticas públicas” (Parsons, 1997: 117). En este apartado analizamos el proceso de gestación, implementación y desarrollo de la atención de las UPA del GBA.

El modelo del “ciclo de la política pública” tiene como marco una interpretación de la perspectiva *top-down*, centrada en la acción del Estado, aunque resulta necesario tener en

cuenta otros enfoques, como el punto de partida de los actores sociales y su contexto (perspectiva *bottom-up*)¹³.

Este marco de análisis nos permitió organizar el estudio de modo sistemático para facilitar el análisis de un proceso complejo producido en un corto tiempo. Existe escasa información disponible sobre las UPA y pocos trabajos de investigación. Con el fin conocer cómo se produjo la incorporación y expansión de las UPA adaptamos también aquí los tres momentos en el proceso que convergieron con el estudio que realizó Ibañez (2014: 14) para analizar el caso de Brasil. Este autor identificó un primer momento donde se *gestaron* las condiciones institucionales que tienen origen en las reformas, definiciones y regulaciones realizadas por el SAMU, como antecedente de un sistema de “urgencia y emergencia”. Un segundo momento que denominó de *implementación* de las UPA cuando se construyeron y montaron en el territorio. Por último, un tercer momento, de la *atención* en el marco de la red de efectores, cuando se consolidó el funcionamiento de los servicios.

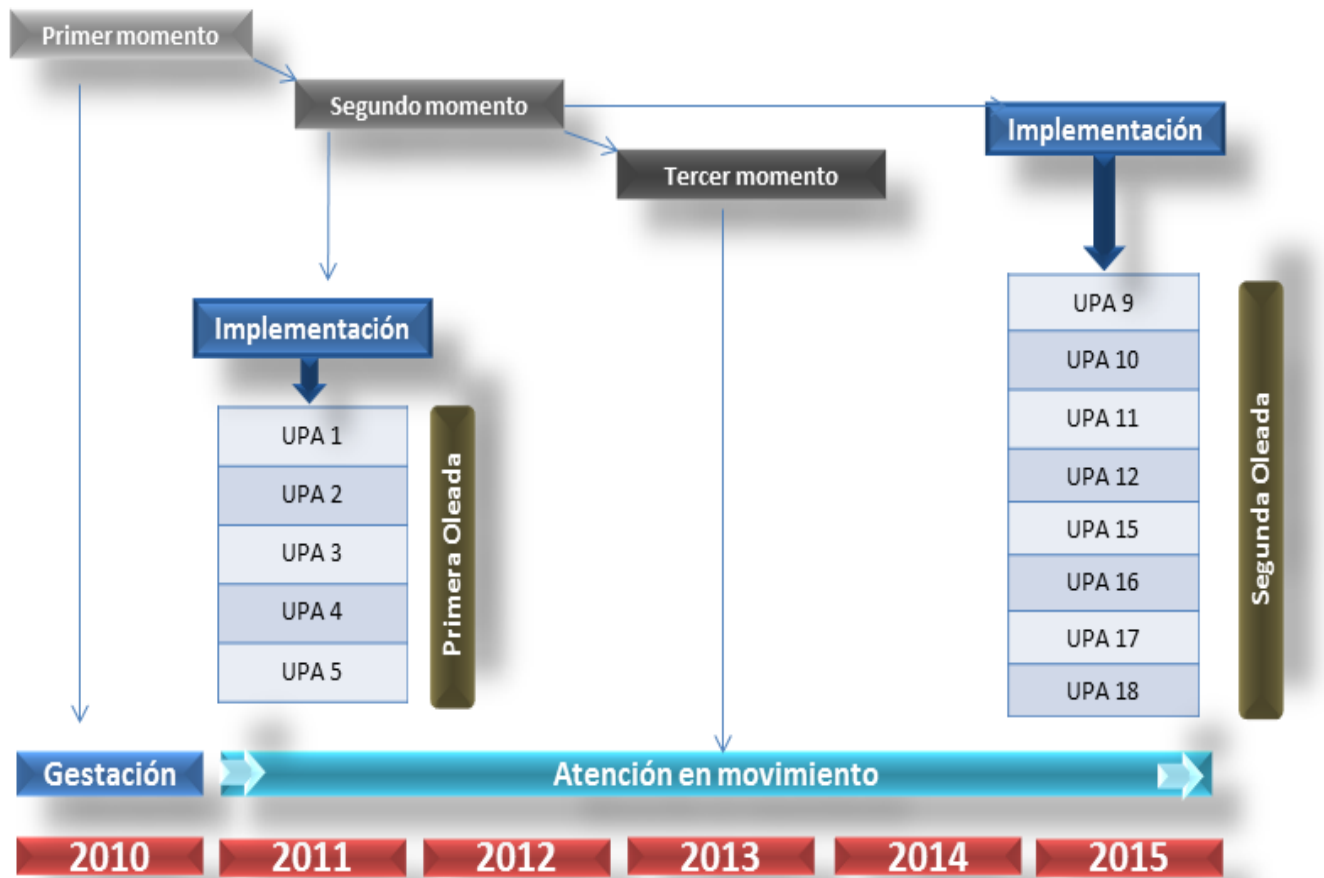
Estos tres momentos dieron cuenta del origen y conformación de la agenda, de la implementación y de la puesta en marcha de los servicios de atención. En Brasil el periodo de gestación y origen fue extenso, abarcó casi 10 años entre el año 2000 y el año 2010; el periodo de implementación de los años 2010 al 2012; y el momento de la consolidación de la atención de UPA en la red de Sistema Único de Salud (SUS) desde el año 2012, hasta el año 2015.

A diferencia de lo que sucedió en Brasil, en la PBA el momento de gestación fue breve, comenzó en el 2010 y a fines del mismo año se puso en funcionamiento la primera unidad (UPA 1) en la PBA en Lomas de Zamora, en el año 2011 comenzaron a funcionar tres unidades más (UPA 2, 3 y 4), y a principios de 2012 comenzó a funcionar la quinta (UPA 5). A estos primeros 5 efectores los denominamos como la “primer ola” de UPA (y se consignan juntas en la Figura N° 1) en la línea de tiempo las situamos juntas.

La “segunda ola” de UPA llegó en el año 2015 donde se construyeron y comenzaron a funcionar otras 8 unidades: la Figura N° 1 explica el proceso.

Figura N° 1: Momentos del desarrollo de las Unidades de Pronta Atención (UPA) en la provincia de Buenos Aires (PBA)

¹³ En esta línea Muller sostiene que “la representación secuencial de las políticas no debe utilizarse de manera mecánica. Deberán más bien imaginarse a las políticas públicas como un flujo continuo de decisiones y procedimientos a los que tratamos de dar un sentido” (Subirat, 1989: 33).



Fuente: Elaboración propia sobre la base del relevamiento documental, 2017.

(a) El primer momento: origen y gestación

La génesis o el origen de una política parte del reconocimiento de un problema; el modo en que se define depende de la manera en la que quienes diseñan la política buscan acercarse. En otras palabras, quienes identifiquen el problema también estarán marcando los términos de la discusión. Algunos autores sostienen que los analistas de políticas conforman el “negocio” de la estructuración de problemas a fin de facilitar la tarea de los tomadores de decisiones en la resolución del mismo (Parsons, 1997: 120).

Otra perspectiva, define a las políticas públicas a partir de la metáfora del “embudo”: refiere a las políticas como el resultado de realidades subyacentes de un lugar influenciado por los actores o coaliciones promotoras. En esta metáfora, los factores determinantes entran por la “boca ancha” del embudo y en la parte final son “filtradas” por los comportamientos de las elites y las instituciones que filtran y de allí resultan las políticas

públicas. En este modelo, la capacidad que tienen los diseñadores de ejercer una influencia significativa en la agenda es menor porque es definitiva el sistema político quien define los problemas y formula sus políticas (Hofferbert 1974 en Parsons, 1997: 244). En esta perspectiva, la agenda de la política pública es el resultado de tres factores: las condiciones geográficas e históricas, la composición social y económica y el comportamiento político de las masas. Estas tres condiciones están mediadas por las instituciones de gobierno y los comportamientos de las elites.

Kingdon hizo un gran aporte al estudio de la construcción de las agendas, poniendo el foco en cómo los temas logran captar la atención de los funcionarios y logran instalarse en la política pública, por esto este autor sostiene que cada agenda tiene sus propios tiempos (Kingdon en Parsons, 1997: 223). El modelo del “cesto de basura” como señala este autor, refiere a cuando las soluciones buscan problemas. Kingdon encontró en este modelo un marco atractivo para acercarse al proceso de construcción de una agenda y donde las soluciones están a la cacería de problemas. En este sentido, el autor señaló que la agenda está conformada por tres corrientes: los problemas, las políticas públicas y la política.

La *corriente de los problemas* refiere a la situación que debe ser modificada y hay tres formas de reconocerla: mediante indicadores, eventos, y la retroalimentación que refiere al desempeño que indica un “incumplimiento de metas” en el caso que ya se encuentre operando alguna intervención pública. La *corriente de las políticas públicas* refiere a la combinación de diversos factores que por un proceso de selección definen unas ideas por sobre otras, por lo tanto, los actores con sus recursos de todo tipo inciden en la conformación de una agenda. Y por último, la *corriente de la política* que refiere al ánimo de la opinión pública, a las diferentes fuerzas organizadas; los partidos políticos, las corporaciones, también el gobierno y las jurisdicciones y donde la política es definida por los consensos y negociaciones producidos por los actores (Kingdon en Parsons, 1997: 223).

Kingdon sostiene que en el establecimiento de la agenda, la definición de los asuntos se da en un contexto amplio donde las presiones sociales y la opinión pública juegan un rol central, aunque también las élites que poseen la capacidad de incidencia en la conformación de las agendas.

Según Coob y Elder (Parsons, 1997: 161), los intereses de autores que tienen una posición dominante o monopólica en un determinado ámbito de las políticas públicas, son determinantes en el proceso de toma de decisiones. En esta línea, los autores sostienen que aquellos que se sientan afectados por un problema o posean intereses que se vean afectados por la incorporación de un tema a la agenda pública, intentaran expandir la agenda frente a aquellos que no estén involucrados. Por lo tanto, la conformación de una agenda está

atravesada por el manejo de los conflictos, en cuyo contexto las instituciones y los actores ocupan un papel central.

Algunos autores defensores de la multi direccionalidad de las agendas de políticas públicas señalan que éstas también son influidas por los medios masivos de comunicación (Mayer, Iyengar et ál, en Parsons, 1997: 143). No obstante, otros autores señalan la poca precisión respecto de la influencia de los medios en las agendas, porque se debe considerar la multiplicidad de agendas que operan en simultáneo y la complejidad que supone la relación entre el rol de un medio de comunicación y el interés concreto que puede movilizar en un determinado tema (Parsons, 1997: 144).

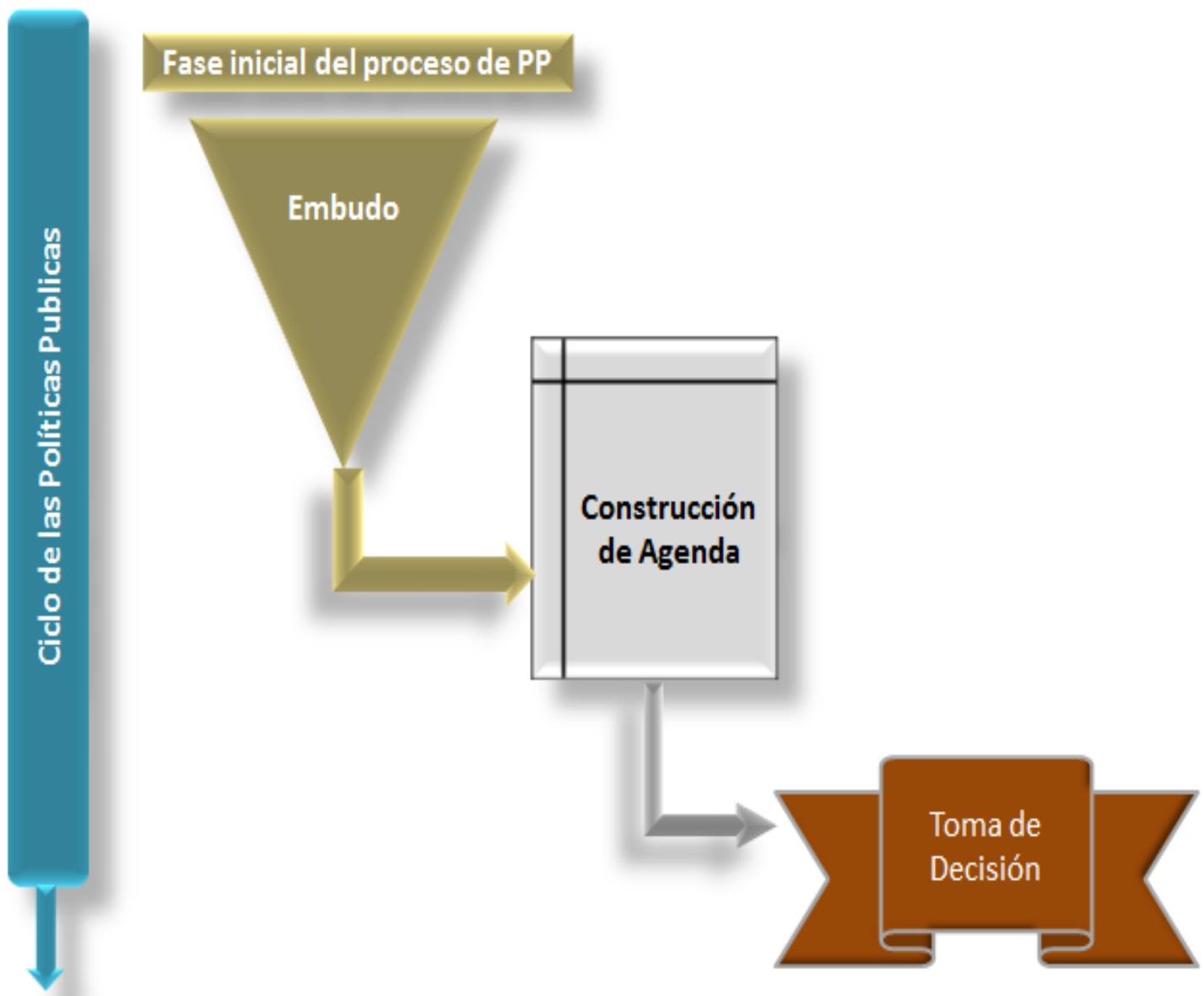
Existe consenso acerca de que los medios de comunicación instalan y visibilizan los temas que se encuentran en proceso de problematización y en diferentes medidas, legitiman o no las propuestas de política pública que formulan los decisores (Roger y Dearing, 1987; en Parsons 1997: 145).

Finalmente, el modelo de Kaufman (Parsons, 1997: 397), sobre la “toma de decisiones” apela a la lectura del entorno y del contexto organizacional, incorporando la dimensión del conflicto como parte inherente a la toma de decisiones en las políticas públicas. Este autor analiza la “toma de decisiones” como algo que sucede en condiciones de conflicto entre las partes interesadas, teniendo en cuenta las diferencias sobre la información, las percepciones y los entornos. Este enfoque tiene presente el comportamiento organizacional y converge así con los estudios de la implementación.

Existen dos enfoques que aportan a la comprensión de este proceso, el contexto conductual y el contexto cognitivo que permiten analizar el proceso de toma de decisiones y definir porqué los actores se comportan como lo hacen (Parsons, 1997: 363). Ambos enfoques se nutren de la psicología las ciencias de la información. En este sentido, el enfoque de la psicología en las toma de decisiones exploró las emociones humanas, la personalidad, las motivaciones, el comportamiento colectivo y las relaciones interpersonales.

Por último, el aporte de las ciencias de la información se centró en cómo los actores reconocen los problemas, usan la información sobre los mismos, procesan esa información y la comunican en las diferentes interacciones. La siguiente figura expone el marco de análisis que se depende de las perspectivas teóricas hasta aquí desarrolladas.

Figura N° 2: Marco de análisis del origen y gestación de las Unidades de Pronta Atención (UPA)



Fuente: Elaboración propia sobre la bases de la bibliografía consultada.

De estas aproximaciones conceptuales, proponemos un modelo de análisis que integra diferentes perspectivas con la finalidad de comprender mejor el proceso que transitó la propuesta de las UPA. En este esquema de análisis identificamos tres momentos y un el conjunto de dimensiones que los definieron, como se observa en la Tabla N°7. Con este marco teórico analizaremos el proceso de gestación de las UPA.

Tabla N° 7: Dimensiones del proceso de origen y gestación de las Unidades de Pronta Atención (UPA)

Momentos del proceso	Dimensiones
Embudo	Condiciones geográficas e históricas Comportamiento de la población Composición socioeconómica Instituciones gubernamentales Comportamientos de las elites
Agenda	Problema Política Políticas Medios de comunicación
Toma de decisiones	Motivaciones de actores Relaciones interpersonales Comportamiento colectivo Aportes de la información Contexto organizacional Identificación del conflicto

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Kingdon, Coob, Elder, Mayer, Iyengar en Parsons, 1997.

i. El embudo

El enfoque del “embudo” nos permitió reconstruir el contexto en el cual se comenzó a gestar una política pública. Su primera dimensión se refiere a las *condiciones geográficas e históricas*. Para el periodo 2010 – 2015 el GBA se encontraba conformado por 24 Municipios con condiciones muy heterogéneas en la provisión de servicios e infraestructura pública, con diferentes niveles de accesibilidad y condiciones socioeconómicas de la población.

Realizando una breve reconstrucción histórica, las reformas jugaron un papel determinante en la configuración del sistema de salud provincial. Como antecedente directo

identificamos dos momentos: el proceso de ajuste de la década de los '90 y los cambios que se sucedieron a partir de la crisis del 2001/2003, momento en el que tuvo lugar una reconfiguración político institucional en las diferentes áreas del Estado y también en el sistema de salud. En estas dos décadas se fue moldeando la política sanitaria, pero también a los servicios de atención y uno de los resultados fue el crecimiento cuantitativo de las camas municipales en el GBA, como fue el caso de Malvinas Argentinas (Ariovich y Jiménez, 2012: 22)¹⁴. En consecuencia la provincia fue perdiendo protagonismo a través de su oferta de servicios y achicando su capacidad de “puerta de entrada”, frente al crecimiento de la oferta municipal.

Sobre *comportamiento de la población*, referido a lo que le sucede con los usuarios, encontramos una mayor demanda de los servicios de “urgencia” y “emergencia” lo que se hizo evidente por la saturación de las guardias hospitalarias (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b). Por lo tanto, las UPA emergieron en un contexto de déficit de servicios, pero también aparecieron frente a una demanda histórica de la población por mayor presencia pública de efectores en el territorio.

La *composición socioeconómica* del GBA resultó desigual, experimentó muy heterogéneas condiciones de vida y realidades socio sanitarias. Esta situación se expresó tanto en altos niveles de pobreza, en la falta de acceso a los servicios urbanos, en la distribución del ingreso, todo lo anterior con consecuencia en los procesos de salud y enfermedad de población en el GBA¹⁵. Como veremos en detenimiento en el siguiente capítulo, en promedio, los municipios que desarrollaron UPA se encontraron en peores condiciones sociales y económicas que aquellos municipios que no poseen estos servicios.

Sobre las *instituciones gubernamentales* que intervinieron en el desarrollo e implementación de las UPA, tenemos el rol central de la Gestión Provincial, principalmente del Ministerio de Salud y de la Dirección de Hospitales, aunque también del Ministerio de Infraestructura definiendo el montaje y construcción de los centros. Por otro lado, los municipios también tuvieron un rol importante en la articulación con la provincia para garantizar las condiciones en la puesta en marcha de las UPA.

Sobre los *comportamientos de las elites*, encontramos que la incorporación de las UPA en la provincia surgió a partir de los intercambios del gobernador Daniel Scioli de Buenos Aires con el gobernador de Rio de Janeiro, Sergio Cabral en el año 2010 (Medio Brasilero).

¹⁴ En el GBA los municipios presentan comportamientos heterogéneos respecto de la evolución de la cantidad de camas cada mil habitantes en el sector público, siendo Malvinas Argentinas uno de los municipios que amplió exponencialmente su oferta de establecimientos con internación (Ariovich y Jiménez, 2012: 20).

¹⁵ Las desigualdades económicas del GBA se desarrollaran con precisión en el capítulo N° 4

UOL. 30/10/2010). Un medio brasilero local citó el *"Gobernadores de Buenos Aires y Río de Janeiro intercambian experiencias. El Gobernador de la provincia de Buenos Aires, Daniel Scioli, y el de Río de Janeiro, Sergio Cabral, anunciaron hoy que pretenden intercambiar experiencias exitosas de sus gobiernos, entre ellas una iniciativa de salud que será adoptada en Argentina"* (Medio brasilero. Terra. 03/10/2010). Por otro lado, el Gobernador indicó en la Asamblea Legislativa del 2014 de la Provincia- que "inspirados en la experiencia exitosa del Estado de Río de Janeiro, dispusimos una de las mayores innovaciones para el presente y el futuro de la salud pública".

Para el año 2015, se produce una convergencia del Gobernador con el Banco Interamericano de Desarrollo¹⁶, básicamente con el diagnóstico preliminar del Ministerio de Salud de la provincia sobre la necesidad de actuar en dirección de la reducción de la presión sobre los hospitales (BID, 2015: 10). Esta confluencia entre el interés del gobernador y el análisis técnico realizado para el BID por el "Centro de Gobierno en la Provincia de Buenos Aires", favoreció la expansión de las UPA, y las situó como prioridad en la agenda del gobierno provincial en el año 2015.

Según los documentos consultados mediante el apoyo del BID en el 2015, Scioli pudo ampliar la dotación de recursos provinciales y con un gran apoyo de financiamiento. No obstante, la inversión inicial para la construcción de las UPA -en el año 2010-, fue exclusivamente de recursos de la PBA, en ese momento dependientes del Ministerio de Infraestructura, posteriormente estos servicios quedaron bajo la "Dirección General de Hospitales del Ministerio de Salud".

En este proceso para la gestión del MSP y para el gobierno fue clave que el desarrollo de las UPA cuente con: una fijación de una meta (la construcción de 20 UPA), un alineamiento presupuestario necesario para cumplir con la prioridad, coordinación intersectorial (en este caso bajo porque la prioridad recae principalmente en un único ministerio), el monitoreo constante de los avances y una comunicación basada en el cumplimiento de hitos de gestión (BID, 2015: 11).

ii. La agenda

La propuesta de Kingdon aporta un marco para analizar el proceso de construcción de la agenda, a partir de la convergencia de tres corrientes: los problemas, las políticas públicas y la política.

¹⁶ Nota técnica IDB-TN-888 (BID, 2015).

La corriente de los *problemas* refiere a la situación que debe ser modificada, existiendo tres formas de ser reconocidos mediante los indicadores, los eventos y el desempeño que indica un incumplimiento de metas. En el caso de las UPA el problema del déficit en la atención se puso en evidencia tanto por la saturación de las guardias, como por el crecimiento de los eventos de “urgencia” y “emergencia”. La problematización inicial de los actores de la gestión provincial fue la identificación de las “guardias colapsadas” y la saturación de los hospitales. Para otros actores el problema radica en que la asistencia estaba lejos de las necesidades, por eso buscaron llevar la solución a donde se encontraban los problemas (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: a).

La *corriente de las políticas públicas* refiere a la combinación de diversos factores que por un proceso de selección definen unas ideas por sobre otras, siendo los actores con sus recursos los que inciden en la conformación de una agenda. En el caso de las UPA la definición de la gestión provincial fue incorporar nuevos servicios que estuvieran organizacional, estructural y formativamente orientadas a las atenciones de la “urgencia” y “emergencia” e insertadas territorialmente (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: a). En este sentido, la propuesta de implementar y expandir estos nuevos servicios innovadores de pronta atención, se impuso por sobre aquellas iniciativas que proponían fortalecer los servicios de guardias que existían y funcionaban mal o estaban desfinanciados (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b).

El plano o *corriente de la política* refiere al ánimo de la opinión pública, a las diferentes fuerzas organizadas: los partidos políticos, las corporaciones, también el gobierno y las jurisdicciones; finalmente la corriente política es definida por los consensos y negociaciones producidos por los actores (Kingdon en Parsons 1997: 223). Las UPA fueron dispositivos promovidos por el MSP, en sintonía partidaria con los municipios donde fueron implementadas; en otras palabras todos los municipios que desarrollaron UPA pertenecieron al mismo proyecto político que la gestión provincial.

El desarrollo de las UPA fue producto de la confluencia de una necesidad socio sanitaria del territorio con la agenda de la política de los gobiernos, de esta relación algunos municipios de GBA se vieron beneficiados con recursos provinciales para desarrollar UPA. En términos del ánimo de la opinión pública se produjo un reconocimiento y legitimidad sobre los servicios que brindaban las UPA, como nueva modalidad en la atención de la urgencia y la demanda espontánea en el territorio, lo que cobró relevancia en la agenda pública.

iii. La toma de decisiones

La primera variable en la “toma de decisiones” resulta de aquella que refiere a las *motivaciones de actores*. En este sentido, la experiencia del gobernador de la provincia de Buenos Aires, Daniel Scioli, en una visita al Estado de Río de Janeiro en el año 2010 para conocer las UPA fue determinante. Al final de ese año, en la provincia montaron la primera UPA en Argentina. Conocer el potencial de la experiencia brasilera motivó ampliamente a Scioli que fue el principal promotor de la iniciativa en la provincia. En este punto, el vínculo que se produjo con el Intendente de Rio de Janeiro (RJ) fortaleció las *relaciones interpersonales*, hecho que facilitó la cooperación de RJ en la formación de la experiencia provincial.

Respecto al *comportamiento colectivo*, la convergencia y el interés de diferentes actores fue lo que facilitó la incorporación en la agenda y la decisión de impulsar esta experiencia. Desde la opinión pública hasta los gremios se mostraron a favor de un servicio que resultaba necesario para responder a la demanda de la urgencia y emergencia en el GBA.

Sobre la variable del *aporte de la información* resultó trascendente la nota técnica IDB-TN-888 del BID, con diagnósticos preliminares del Ministerio de Salud provincial sobre la necesidad de actuar en dirección a la reducción de la presión sobre los hospitales (BID, 2015: 10).

Las UPA fueron diseñadas para funcionar como servicios de hospitales de hecho en muchos de los documentos oficiales son enunciadas como “hospitales intermedios” por lo tanto el segundo nivel fue su *contexto organizacional* más directo. No obstante también tuvieron que vincularse con la organización de la pre-emergencia de los municipios, los cuales poseían sistemas pre-hospitalarios muy distintos (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b). Recordemos que en la experiencia brasilera, las UPA fueron responsabilidad de la división médica de los bomberos, que también manejaba el pre hospitalario y la emergencia de la calle.

Sobre la *identificación del conflicto*, en el proceso de toma de decisión de la transferencia de la experiencia brasilera a la provincia, el ministerio no visualizó potenciales problemas en la implantación de estos servicios. Anteponiéndose a posibles conflictos, siempre se tuvo en cuenta a los recursos humanos serian un factor crítico, por ello se definió incorporar nuevo personal a las UPA y no desplazar cargos desde los hospitales de referencia.

Entre los años 2010 y 2015, la provincia mantuvo un alineamiento del proyecto de gobierno Frente Para la Victoria (FPV) con todos los municipios con UPA, situación que cambió luego del 2015¹⁷.

(b) El segundo momento: la implementación

En este apartado analizamos la implementación de las UPA, caracterizamos a los servicios de pronta atención, explicamos el proceso de montaje y ejecución de estos nuevos efectores. Asimismo, identificamos el papel que tuvieron los actores y las instituciones y las articulaciones que fueron necesarias para su desarrollo.

La implementación es la continuación de la formulación de políticas en el enfoque del “ciclo de la política pública”. La tarea del gestor supone poner en práctica las iniciativas diseñadas y ejecutar las políticas administradas por la burocracia.

La acción de implementar refiere al conjunto de acciones que transforma la intención en resultados observables. La implementación como proceso alude a efectuar, realizar, producir o ejecutar, en otras palabras refiere a una acción transformadora que se ejerce sobre un objeto (Pressman y Wildavsky, 1973: 179).

En esta perspectiva la *implementación* solo se inicia cuando ocurren las condiciones iniciales: concesos en torno a los objetivos, recursos e instrumentos para producir objetivos criterios legislativos. En consecuencia la implementación es el conjunto de acciones para encontrar, diseñar llevar a cabo instancias que tendrán efecto en el acontecimiento prevista (Villanueva, 1996. 45). Estas acciones involucran actores, opresiones individuales y colectivas, por ello se señala que la *implementación* requiere de acuerdos entre diversos actores. El proceso de implementación es un proceso eminentemente político a lo largo del cual es posible identificar, además de errores teóricos y técnicos, factores de carácter político que inciden en su fracaso

La *implementación* no es un reflejo mecánico, tampoco técnico del diseño de las políticas. En el proceso se generan situaciones determinadas por diferentes factores, donde los actores, las instituciones, las lógicas de funcionamiento de los servicios y las demandas de la población redefinen y modelan a las políticas.

¹⁷ Si bien en todos los niveles jurisdiccionales se dieron cambios políticos en los gobiernos en el 2015, en el caso de los municipios con UPA ese cambio no fue tan intenso. Es decir, en los municipios con UPA la gran mayoría de gobiernos locales retuvieron la intendencia y se produjo un escenario de mayor continuidad del proyecto político, incluso comparado con la provincia de Buenos Aires.

Para operacionalizar el análisis, recuperamos los aportes de Parsons (1997) que reconoce tres planos en la implementación; primero el que describe y caracteriza las iniciativas de política pública, el segundo que pone el foco en la ejecución de la política y finalmente el plano de las interacciones entre los actores. Los análisis del proceso de *implementación* se encuentran atravesados por diferentes enfoques, uno de los clásicos es el modelo *top down* frente al *botton up*. El primero hace referencia al proceso de políticas desde arriba hacia abajo, desde la cadena de órdenes, jerarquías, de la capacidad de controlar y coordinar a las organizaciones implicadas. El otro enfoque refiere a la implementación como un proceso de abajo hacia arriba en el sentido de favorecer la participación de las bases en la formulación de políticas para su puesta en práctica. Sin embargo, como se ha señalado, la implementación no es un proceso lineal, más bien es sumamente complejo y los resultados siempre son producto de múltiples variables (Pressman y Wildavsky, 1973: 179).

El modelo *top down* se encuentra impregnado de ideas sobre la implementación como una manera de conseguir que se ejecute según lo planteado y de controlar la secuencia de las etapas dentro de un sistema, además de influir en el desarrollo de un programa que minimice el conflicto y las desviaciones de las metas establecidas por la hipótesis inicial de los tomadores de decisión de una política pública. Por su lado, en el modelo *botton up* lo importante consiste en la relación entre los diseñadores de las políticas y los responsables de su implementación y de los resultados. Es decir, este modelo de abajo hacia arriba, enfatiza en el hecho de que los implementadores aplican las políticas con discrecionalidad. En otras palabras, los profesionales juegan un papel clave para asegurar el desempeño de una determinada política; los docentes, los médicos, los arquitectos, los responsables de la planificación, los ingenieros, los trabajadores sociales, todos ellos tienen oportunidad y son responsables de la implementación y de los resultados en los servicios (Pressman y Wildasky, en Parsson 1997: 487).

Este enfoque *botton up* plantea que los implementadores que mantienen vínculo directo con el público pueden definir el éxito de una política, por eso el proceso de implementación también forma parte de un proceso político. Parsons (1997: 363) enuncia un conjunto de condiciones que surgen de la integración del modelo *top down* y *botton up*, sobre la implementación efectiva para que la política pública se aplique según los objetivos e ideas con las que fueron planteados por los decisores y diseñadores:

1. Objetivos claros y consistentes
2. Respaldo de la teoría en la formulación de la política pública
3. Estructuras de implementación adecuadas
4. Implementadores comprometidos y capaces

5. Apoyo de grupos de interés y diverso actores involucrados
6. Cambios en la condiciones socio económicas que no menoscaben el apoyo

En las siguientes secciones, desarrollamos y recuperamos los tres planos en la implementación: la *descripción* y *caracterización* de las iniciativas de política pública, la *ejecución* de la política y el plano de las *interacciones entre actores*. Por último, revisaremos el conjunto de *condiciones de implementación* que reconoce este autor a partir de la integración del modelo *top down* y *botton up*. En este orden se organizaron los siguientes apartados.

i. Una caracterización de los servicios

La descentralización de los servicios de “urgencia” y “emergencias” buscó poner a las UPA en proximidad a los “problemas”, así de esta manera cuando finalmente los usuarios pudieran ingresar al hospital, arribaran con su problemática procesada por las UPA. Así, la entrada al segundo nivel contendría el diagnóstico, la radiología, y/o laboratorio (MSP a, 2015: 6).

Las UPA fueron diseñadas para que el personal gire en torno al usuario y no para que los usuarios circulen en torno al servicio, cambiando la lógica de funcionamiento tradicional. Fue parte del concepto la redefinición de la atención, promovido por la el MSP y de la búsqueda por una nueva forma sistemática de organizar en trabajo en el efector. Esta modalidad tensionó con la visión medica tradicional, sin embargo los otros recursos humanos como enfermería, cuidadores, camilleros ya ingresaban con una formación más cercana a esa forma de trabajo promovida por las UPA (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: a).

Las UPA se constituyeron en un inédito eslabón en la oferta de servicios de mediana complejidad, conformando un nuevo nivel intermedio entre los centros de atención primaria de la salud (CAPS) y los hospitales. Las UPA fueron efectores que ocuparon la brecha existente entre el primer y el segundo nivel. Como mencionamos, su propósito inicial fue brindar atención de la “urgencia” y “emergencia”, en patologías de demanda espontánea, como pueden ser accidente cerebro vasculares (ACV) o infartos de modo más cerca en los diferentes barrios del GBA.

Los equipos de trabajo de las UPA garantizaban la atención en tres turnos donde por cada uno de ellos se contaba con: 1 médico especializado en emergencia, 2 médicos clínicos, 2 pediatras, 6 enfermeros y 2 administrativos (Entrevista a Directo/a de UPA, 2018: c). La disponibilidad de personal en cada UPA dependió de las características y particularidades

de cada efector UPA y en algunos casos se vio favorecida por los esfuerzos de los municipios que definieron apoyar con recursos a la UPA. Estos servicios se caracterizaron por garantizar la estabilización y fundamentalmente el traslado en la “urgencia” y “emergencia” dado que no contaban con quirófano, ni tenían sala de partos, por estos motivos resultaba central la articulación y la referencia al segundo nivel.

En términos de la estructura organizacional del servicio, las UPA fueron incorporadas como una nueva dirección del hospital de referencia. El desarrollo de este servicio implicó la creación de nuevos cargos directivos y se añadieron nuevos recursos humanos. Encontramos que para los servicios de enfermería de las UPA se incorporaron egresados provenientes de la Escuela Provincial Eva Perón. También se sumaron técnicos en laboratorio y técnicos de rayos. En lo referido los servicios de limpieza, mantenimiento y vigilancia, en principio fueron incorporados a través servicios tercerizados y posteriormente fueron sumados gradualmente a la planta de la provincia hasta alcanzar la totalidad (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: a).

ii. La ejecución de las Unidades de Pronta Atención (UPA): montaje, construcción y la instalación de los servicios

Como señalamos en el capítulo anterior, entre los años 2010 y 2015 se instalaron 13 Unidades en 12 municipios del GBA¹⁸: Lomas de Zamora, Avellaneda, Lanús, La Matanza (con dos unidades), Almirante Brown, Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Moreno, José C Paz, Tres de Febrero y Hurlingham. Solo un municipio fue seleccionado para tener dos efectores de UPA, La Matanza, siendo el que posee la mayor cantidad de población en la Provincia.

La rápida instalación de la estructura edilicia de las UPA, fue producto de su singular arquitectura. Eran de rápido montaje y puesta en funcionamiento, ya que eran de construcciones industrializadas modulares que permitían montarse por separado de la construcción del edificio (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires a, 2015: 3). Los módulos fueron fabricados en talleres y montados en el terreno donde se construyeron las UPA. Su arquitectura modular facilitó el desarrollo orgánico del funcionamiento: al frente se ubicaba la guardia, los consultorios y la recepción /administración, unida al sector de la guardia –pero internamente- se encontraba en sector de diagnóstico. En las edificaciones pueden identificarse 4 sectores vinculados a las áreas de funcionamiento de

¹⁸ Otras 5 UPA fueron implantadas en el interior de la provincia durante ese periodo.

los servicios: administración, consultorios, guardia y diagnóstico (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires a, 2015: 5).

Se seleccionaron los municipios del GBA por sobre el resto de la provincia para la instalación de las UPA, y a su vez observamos que se priorizaron municipios de la RSVI (Grafico N° 2, Capítulo N° 2). Por el lado de la oferta de servicios del sistema público, encontramos que los municipios donde se implementaron las UPA se encontraron por debajo del promedio de la oferta de servicios del GBA, así como en la cantidad de camas. Sobre este punto profundizaremos en el próximo capítulo.

La estructura edilicia se montó en cortos tiempos: en el transcurso de 90 días las UPA se encontraron montadas y en pleno funcionamiento. El equipamiento también se obtenía rápidamente, financiado con los recursos propios que movilizó la gestión provincial (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b). Según los funcionarios consultados, el desafío fue, por un lado garantizar recursos humanos en tan poco tiempo y, por el otro, montar un nuevo efector desde cero con nuevas lógicas, prácticas y formas de organización interna. El reto consistió en reclutar el personal necesario en plazos acotados, debiéndose montar un equipo de reclutamiento en la provincia teniendo en cuenta los plazos, aunque también hubo participación desde los municipios para seleccionar al personal de las UPA.

iii. Los actores y la relación entre políticos, administradores y proveedores de servicios

Los *actores* del ámbito municipal fueron centrales en la incorporación de las UPA en el GBA. Los municipios con UPA, durante el periodo bajo estudio, pertenecieron al mismo partido político de gobierno que el nivel provincial. La dimensión política en el desarrollo de las UPA, en ciertos municipios fue una variable que los medios de comunicación consideraron relevante, sobre todo en el año 2015, previo a las elecciones¹⁹ y durante la campaña cuando se abrieron 8 Unidades en el GBA (Agencia de noticias. Telam. 10/07/2015). Las Secretarías de Salud fueron importantes interlocutores de las UPA con el municipio, no solo para coordinar demandas, sino para articular iniciativas en el barrio. Los equipos locales de salud fueron quienes en muchos casos proponían recursos humanos y articulaciones con los municipios (Entrevista a Directo/a de UPA, 2018: c).

Las autoridades de la Secretaría de Salud de los municipios fueron estables (Tabla N° 8), lo que permitió la continuidad en la instalación de las UPA (Entrevista a Directo/a de UPA, 2018: c). Según algunos actores del Ministerio de Salud provincial, las oportunidades de

¹⁹ Ver Tabla N° A.2 de anexo.

poder desarrollar las UPA se vinculaban directamente a los financiamientos internacionales a los que finalmente pudieron acceder a principios del año 2015 (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b).

Tabla N° 8: Intendentes y secretarios de salud en los municipios con Unidades de Pronta Atención (UPA), en el periodo 2010 - 2015

Municipio	Intendente 2011 / 2015	Secretario de Salud 2011 / 2015	Año Inauguración
Lomas de Zamora	Martin Insaurrealde	Alfredo Fernández	2010
Avellaneda	Ferraresi	Luis Parrilla	2011
Lanús	Darío Díaz Pérez	Luis Garcia / Ricardo Daniel Nucher	2011
Almirante Brown	Darío Giustozzi	Patricia Segovia	2012
La Matanza	Fernando Espinoza	Carlos Ricardo Einstein	2011 y 2015
Quilmes	Barba Gutierrez	Sergio Troiano	2015
Berazategui	Patricio Mussi	Eduardo Podestá	2015
Florencio Varela	Julio Pereyra	Alejandro Bagato / Mario Rodríguez	2015
Moreno	Mariano West	Patricia Rosemberg	2015
José C Paz	Carlos Urquiaga	Omar Vidable	2015
Tres de febrero	Hugo Curto	Domingo Jorge Collia	2015
Hurlingham	Luis Acuña	Carlos Zemek	2015

Fuente: Elaboración propia sobre la base del relevamiento hemerográfico.

Para la selección de los municipios donde se desarrollaron las UPA fue determinada por los arreglos que se establecieron entre los dos niveles de gobierno más la mediación de la región sanitaria. El acuerdo entre la PBA y municipios se cristalizaba mediante un convenio entre ambas partes que definía las responsabilidades financieras, dominiales de los terrenos, de la construcción, del montaje y de los recursos humanos. Los convenios estipularon el compromiso de los municipios a facilitar el terreno, su acondicionamiento para la construcción, no obstante los intendentes invirtieron además en el entorno del barrio, con asfaltos, plazas y otras obras de infraestructura. Los municipios aportaron el desarrollo y mejoramiento de entorno y el acceso geográfico, en algunos casos cambiando el entorno urbano y redefiniendo espacios (como Berazategui, Lanús y Hurlingham) (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: a).

En el convenio también se acordaba la pre-atención y con los servicios de “urgencia” (bomberos), a través de la articulación con los municipios. La localización de las UPA priorizó la zona sur del GBA, por el apoyo de la RSVI por el vínculo con la “Dirección de

Hospitales de la Provincia”. La referencia de la UPA a su hospital fue acordada con el criterio geográfico de proximidad para referenciar el servicio con el segundo nivel. Las UPA legalmente era servicios agregados al hospital, podían facturar a las obras sociales y se incorporaban al Sistema de Atención Médica Organizado (SAMO), esto produjo que incrementarían los ingresos porque recuperaban mediante la facturación del servicio prestado (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: a).

En este proceso, no encontramos resistencias de los gremios, por el contrario, hubo apoyo en la medida que las UPA implicaban ingreso de personal (Periódico local. InfoRegión. 13/07/2013). Resultó central el apoyo y la legitimidad de los trabajadores de los servicios que ingresaron a planta, formalmente habilitados a seguir con carrera, posibilidad que se produjo legalmente porque las UPA constituyeron un servicio más dentro de la estructura del hospital. Desde los aportes del modelo *button up*, los trabajadores facilitaron la puesta en marcha y rápida legitimidad dentro de la trama de servicios y como cara visibles de los efectores frente a la población.

iv. Las condiciones de la implementación de los servicios de “pronta atención”

Este apartado pasa en limpio las condiciones de implementación según el esquema propuesta por Parsons (1997). El cuadro sistematiza y muestra las circunstancias a través de las cuales se produce el proceso de implementación, poniendo el foco en los propósitos, los actores, las instituciones, el contexto socioeconómico y las definiciones de los diseñadores que configuran las condiciones de implementación.

Tabla N° 9: Las condiciones de la implementación

Condiciones	UPA
1. Objetivos claros y consistentes	Reducir la saturación de las guardias de los hospitales Acercar los servicios de “urgencia” y “emergencia” a los territorios
2. Respaldo de la teoría en la formulación de la política pública	Evaluaciones de le experiencia brasilera del bordeje de la “urgencia” y “emergencia”. Informes del BID, equipo sanitario y diagnóstico de emergencias, nota IDB-TN-888.

3. Estructuras de implementación adecuadas	<p>Sobre la estructura del Ministerio de Salud se crearon nuevos servicios con nuevas prácticas que comenzaron a funcionar desde cero.</p> <p>Convenios y articulación con las estructuras municipales</p>
4. Implementadores comprometidos y capaces	<p>Nuevo personal en los servicios con condiciones de trabajo favorables</p> <p>Equipos técnicos de la dirección de hospitales y Regiones Sanitarias apoyando el proceso</p>
5. Apoyo de grupos de interés y diversos actores involucrados	<p>Apoyo de gremios, colegios médicos, institutos de formación</p> <p>Colaboración de los hospitales de referencia, región sanitaria y ministerio de salud</p>
6. Cambios en la condiciones socioeconómicas	<p>Nuevo financiamiento para los servicios de UPA, cargos y recursos</p> <p>Nuevo papel del Ministerio de Infraestructura</p> <p>Apoyo de recursos periféricos de los municipios involucrados</p>

Fuente: Elaboración propia

(c) El tercer momento: la atención en movimiento

El tercer momento en el desarrollo de las UPA es la consolidación de los servicios de atención comenzó a fines del año 2010 hasta el año 2015. En este apartado analizamos la atención, la coordinación, los recursos humanos y la puerta de entrada a los servicios.

Las propuestas de análisis que ponen el foco en los procesos de atención, son iniciativas que se enmarcaron en lo que se denominan los “desempeños” de los servicios, reconociéndolos como los resultados de las políticas orientadas a mejorar la atención (OPS 2000: 2). Según la literatura, la indagación los “desempeños” de los servicios se constituye en una herramienta con la que se pueden medir los efectos de una intervención. Almeida y Macinko (2006: 43) proponen una serie de dimensiones para el análisis del desempeño, ellos identifican: al acceso, la puerta de entrada al sistema, el vínculo con el usuario, la

oferta de servicios, la coordinación de servicios, el enfoque territorial y, por último, el papel de los recursos humanos y su formación.

Wallace y Enriquez-Haass (2001: 18), señalan tres dimensiones del acceso a los servicios de salud: la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad. La *disponibilidad* refiere a la existencia de recursos de infraestructura y humanos suficientes para responder a las necesidades médicas de la población. La *accesibilidad* refiere, por un lado, a la existencia de medios en la población para acceder a los servicios y por el otro lado refiere a factores institucionales como la financiación de la atención en salud, el aseguramiento en salud, los procedimientos administrativos y la localización de los efectores. Por último, la *aceptabilidad* refiere a la existencia de servicios que respondan a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que éstos se vean motivados a utilizarlos apropiadamente.

Como lo hemos señalado, las UPA fueron definidas por el Ministerio de Salud provincial como efector “intermedio” entre del primer y segundo nivel. Para su análisis recuperamos 4 dimensiones para caracterizar la “atención en movimiento” desde la propuesta teórico de Almeida y Macinko e incorporaremos el abordaje de Wallace y Enriquez-Haass para ver la dimensión del acceso. Las dimensiones recuperadas son: la coordinación de servicios, la aceptabilidad, los recursos humanos y su formación, y por último la puerta de entrada al sistema.

i. La coordinación con los servicios de atención

La *coordinación* supone el seguimiento de los problemas de salud del usuario a lo largo del tiempo y entre los distintos niveles de atención, por parte del mismo profesional o por medio de la utilización de protocolos médicos. Esto incluye la derivación para consultas especializadas (segundo nivel) y servicios tercerizados, domiciliarios y comunitarios. Requiere así, de una continuidad e integración en la atención del paciente y de disponibilidad de información acerca de sus problemas y de aquellas situaciones que requieren de la derivación a otros profesionales y/o servicios (Almeida y Macinko, 2006: 97).

En este sentido, el tipo de atención inmediata que brindan las UPA requiere de la coordinación entre los diferente organismos sanitarios, los servicios y las redes locales que deben intervenir ante los eventos de “urgencia” y “emergencia”: policía, bomberos, servicios de emergencia y ambulancias (Ibáñez et al; 2014: 13). Las UPA buscaron resolver la atención tanto de la “urgencia” como de la “emergencia”, razón por la cual estos

establecimientos contaban con circuitos diferenciados para responder a los distintos requerimientos de ambos eventos (Ministerio de Salud de la provincia a, 2015: 13).

Según los actores entrevistados, fue la primera vez que se trabajó articuladamente entre provincia y gobiernos locales: el municipio aportó el espacio físico donde se emplazaba la UPA, la PBA encaró todo el proyecto de construcción, puesta en marcha y de dotación de personal. En varios casos el municipio participaba en el traslado de pacientes a través del servicio telefónico de emergencia 107.

Una red fundamental de coordinación fueron los CAPS, con los cuales las UPA articularon, mayoritariamente por temas de patologías crónicas, hipertensión, diabetes, entre otras. Con posterioridad a la atención de un evento, el equipo realizaba la referencia del usuario al centro de salud más cercano.

Cada efector de pronta atención atendía aproximadamente 5000 usuarios al mes (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b). Los casos nunca permanecieron más 24 horas por dos motivos: porque el problema era resuelto dentro del servicio, o bien porque se realizaba la derivación al segundo nivel. La descompresión del hospital nunca se pudo estudiar o medir cuantitativamente, sin embargo algunos funcionarios sostuvieron que la demanda de la emergencia disminuyó entre un 10 % o 12 % en el segundo nivel.

ii. Los recursos humanos de los servicios de “pronta atención”

Diferentes autores coinciden que el principal desafío de los servicios consiste en contar con profesionales capacitados, tanto en la esfera técnica, como en las habilidades comunicacionales y las relaciones interpersonales, competencias necesarias para la atención adecuada (Rovere, 2006: 6) (Abramzon, 2001: 66).

Los *recursos humanos* fueron un factor crítico en la organización de las UPA y requirieron de una capacitación en función del abordaje específico de este nuevo nivel “intermedio”. Los profesionales de las UPA necesitan de entrenamiento en situaciones críticas, desarrollando competencias para resolución de problemas con soluciones rápidas y precisas, que implica manejar la incertidumbre y tomar decisiones con información limitada.

Las competencias y la formación recursos humanos en salud, no sólo dependen de la teoría y la práctica, sino del ejercicio de una práctica reflexiva sobre la misma experiencia. Esto quiere decir que el desarrollo profesional en salud, requiere de la articulación entre la práctica laboral y del ejercicio de la reflexión acerca del propio trabajo (Abramzon 2001:

79). La formación de los recursos humanos en las UPA fue un tema relevante dada la innovadora modalidad de brindar atención. Así, estos establecimientos intermedios se enfrentaron con el primer desafío: contar con profesionales formados en la urgencia y emergencia. La propuesta de servicios de estos efectores preveía contar con dos perfiles de médicos: el generalista, clínico o pediatría que atendiera demanda espontánea, y el médico de terapia intensiva o emergentología, este último o fue difícil de encontrar dada su especificidad.

Como mencionamos previamente, resultó importante remarcar que para los servicios de enfermería se incorporaron egresados provenientes de la Escuela Provincial Eva Perón, escuela provincial que años atrás comenzó a formar enfermeros frente a la alta demanda y poca disponibilidad de estos profesionales. Personal administrativo, de limpieza, de mantenimiento y vigilancia luego de ingresar bajo formas tercerizadas, fueron incorporados a planta provincial. Los trabajadores involucrados en la UPA mostraron legitimidad de los servicios, todos se incorporaron a planta, situación que fue posible dado que las UPA constituyeron un servicio dentro de la estructura del hospital de referencia (Entrevista a Directo/a de UPA, 2018: c).

La modalidad de selección del personal que utilizó la “Dirección de Hospitales de la Provincia” fue recuperar las propuestas de diferentes lugares: desde el municipio, desde el hospital de referencia y desde los CAPS. En la selección de los recursos humanos participaba tanto la provincia mediante la “Dirección General de Hospitales”, como los municipios donde estaban localizadas las UPA y consistió en presentación de antecedentes y posteriormente entrevistas donde eran seleccionaron a los más acordes a los perfiles. El crecimiento de las UPA fue exponencial sobre todo en la *segunda ola* del año 2015, que trajo consigo el desafío de cubrir los recursos humanos donde resultó difícil alcanzar la cobertura de médico clínico y pediatría. El personal incorporado de enfermería se adaptó rápidamente, igual que el personal de limpieza y cuidadores que fueron capacitados para el desarrollo de sus tareas (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b).

iii. La aceptabilidad en el acceso

La *aceptabilidad* refiere a la existencia de servicios que respondan a las necesidades y valores de los usuarios, de manera que éstos se vean motivados a utilizarlos apropiadamente (Wallace y Enriquez-Haass, 2001: 18). La aceptabilidad de los servicios de salud suele estudiarse a través de la satisfacción que manifiestan los usuarios. En el caso de

las UPA, la demanda de la población ante el déficit de las guardias y la falta de servicios de emergencia fue parte del diagnóstico.

Una vez inauguradas las UPA lograron captar nueva demanda²⁰ y fueron avanzando en la resolución de situaciones que antes no eran resueltas. La población cercana a estos efectores valoró la apertura de servicios, según lo expresado en los medios locales (Periódico Local. InfoRegion. 13/07/2013), no sólo por el mejoramiento de los entornos barriales sino por la modalidad y garantía de contar con nuevos servicios cercanos (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b).

Un factor que favoreció la aceptabilidad de cada UPA fue la decisión de adoptar una arquitectura amigable, con el objetivo de generar proximidad, que consistió en el desarrollo de dos ejes:

1. Contar con grandes espacios con luz solar y con salas de espera cómodas -donde la disposición del espacio- promovió el encuentro del personal con los usuarios (MSP a, 2015: 11).
2. Desarrollar una comunicación comunitaria y de proximidad, con señalética grandes y con una estética vinculada con colores y gigantografías, con imágenes precisas y claras que visibilizaban los procedimientos y el modo de organizar la atención (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b).

Fueron los medios de comunicación quienes dieron gran visibilidad a las UPA y aportaron a la construcción de su legitimidad en el territorio. En los medios, las UPA aparecían como servicios innovadores y articuladores, que hacían frente al problema la falta de servicios o saturación de los hospitales, tanto con las salitas, como con el hospital (Periódico Local. Agencia Suburbana. 25/06/2015). Los servicios de pronta atención se destacaban allí por su amplitud horaria y servicio de emergencia con anclaje en los barrios, poniendo en evidencia el rol de los municipios para brindar respuestas a las necesidades de la población. Los medios locales destacaban la figura y el protagonismo de los intendentes en el desarrollo de las UPA (Periódico Local. El Crítico. 18/09/2014).

Un factor clave que puso en evidencia la adhesión a los servicios de UPA y su legitimidad por parte de la población, fue que las denominaron como nuevos “hospitalitos”, que si bien mostró la perspectiva “hospitalocéntrica” y “médico hegemónica” que sigue presente en la población, también expresa la confianza de la población sobre las UPA en el GBA.

²⁰ La cantidad de consultas la analizaremos en el cuarto capítulo.

iv. Una nueva puerta de entrada al subsector estatal

El concepto de *puerta de entrada* refiere al ingreso y uso de los servicios (en diferentes niveles) para cada nuevo problema que lleva a buscar la atención de la salud (Almeida y Macinko 2006: 90). Se trata de una categoría que intentó dar cuenta de la capacidad del sistema, a través de diferentes dispositivos y modalidades, para captar de manera temprana los problemas de salud de la población.

Este enfoque fue recuperado recurrentemente para analizar el ingreso al sistema desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud (APS), donde proponen que la puerta de entrada debería ser el primer nivel de atención, el cual organiza los criterios de atención de los usuarios, teniendo en cuenta los niveles de atención pero también el entorno familiar y comunitario. En este sentido, el primer nivel de atención y la APS son los organizadores de la “puerta de entrada”, desde los cuales garantizar la circulación por los distintos niveles y el seguimiento, con un abordaje territorial de los usuarios.

Como vemos en el caso de las UPA, estos servicios intermedios comenzaron a captar nueva demanda y, desde allí, derivar a otros niveles según los requerimientos de los eventos que se atendieron en “urgencia” y “emergencias”. Trascendiendo estos eventos, las UPA comenzaron a resolver también temas vinculados a patologías crónicas, hipertensión, diabetes, entre otros. Por otro lado, más de la mitad de las consultas en UPA fueron clasificadas como “verdes”, casos que podían resolverse en el primer nivel.

Las UPA se convirtieron en una nueva *puerta de entrada*, por estar cercana a la población facilitando *acceso* y *aceptabilidad*, pero también por tener la capacidad de resolver problemas de salud y derivar tanto al primer como al segundo nivel. Dadas estas múltiples capacidades se ubicó en un lugar privilegiado o estratégico para captar la demanda.

Un indicador del clima de atención resultó ser la sala de espera y en las UPA los usuarios se mostraban tranquilos, dado que cuando ingresaban se les consultaba acerca de las razones por la que se había acercado al servicio, lo registraban, lo catalogan y se le tomaban signos vitales. Las amplias salas de espera con espacios amigables sirvieron para que el personal de enfermería pudiera recibir a los pacientes, distinguir entre una “urgencia objetiva” y una “urgencias subjetiva” (Calderón et al., 2013: 21) y, de este modo, organizar mejor la atención y sus prioridades. Las UPA mostraron a la población que la atención resultaba cercana y posible. En función de cómo los profesionales catalogaban a los pacientes, se organizaban las prioridades de atención. Esta situación no se reproducía en los hospitales, donde las salas colapsadas expulsan a los usuarios (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: a).

Las salas de espera en las UPA sirvieron para medir satisfacción y la comparación de dos escenarios totalmente distintos (Hospital y UPA), marcó la diferencia mostrando que el espacio del efector de “pronta atención” resultó amigable y cercana (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b). Según testimonios de funcionarios del sector, “cuando alguien va a un hospital, tiene la sensación de que tiene que ir a luchar para que alguien lo atienda” (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b).

La urgencia como *puerta de entrada* responde al tipo de utilización que le da población al efector. Si tenemos en cuenta la bibliografía de la APS y el primer nivel, esta nueva puerta de entrada podríamos considerarla como un “ingreso poco adecuado”, dado que las UPA no ofrecen condiciones necesarias para garantizar adecuadamente el seguimiento y vínculo con el usuario y su entorno: familia, barrio, territorio. Algunos autores sostiene que si bien las UPA no serían la “puerta de entrada ideal” o deseada para organizar los sistemas, no obstante resultan una “puerta de entrada posible” y operativa, dado que orientaría al usuario al ingreso a la red del sistema público (Ibanéz et ál., 2014: 19).

Recapitulando

Encontramos que las *innovaciones* suelen ser el resultado de procesos a lo largo de un tiempo y no surgen sólo de nuevas ideas que llegan a un espacio de gestión, sino que tienen diferentes orígenes y su aparición depende de los procesos previos de construcción que habilitan su incorporación en una agenda de gobierno.

Encontramos la convergencia de intereses del Gobernador Scioli fue central en el inicio del periodo y luego se consolidó en la confluencia con el Banco Interamericano de Desarrollo²¹, que permitió que las UPA se transformaran en una prioridad en la agenda del gobierno provincial. Así, los servicios de “pronta atención” fueron un dispositivo de política sanitaria *innovador* que promovió una nueva institucionalidad, su expansión se encontró en sintonía con el proyecto político de la gestión provincial en la conformación de nuevas formas de organización de los servicios.

Para la instalación de las UPA, los municipios del sur del GBA fueron privilegiados por sobre el resto de la PBA. Respecto a la articulación y coordinación con la Red con los Hospitales, encontramos que aproximadamente sólo el 1% necesitaron ser derivados al segundo nivel.

²¹ Nota técnica IDB-TN-888 (BID, 2015).

En términos de la estructura organizacional del servicio, las UPA fueron servicios agregados como una nueva dirección del hospital de referencia. El desarrollo de este nuevo servicio implicó la creación de nuevos cargos directivos y otros tipos de perfiles. El Ministerio provincial reclutó con el apoyo de los municipios en cortos tiempos, el personal necesario para las UPA. El trabajo formal que implicó el ingreso a una UPA con todos los beneficios de la carrera hospitalaria, facilitó y legitimó a estos servicios frente a los trabajadores. Asimismo, los medios locales de comunicación fueron quienes dieron gran visibilidad de las UPA y aportaron a la construcción de su legitimidad en el territorio. En esta línea, los espacios amigables sirvieron con profesionales atentos a las situaciones que se presentaron generó adhesión y legitimidad por parte de la población usuaria que tenía naturalizado el modo crítico con el cual funcionaban las guardias de los hospitales.

Si bien la descompresión del hospital nunca se midió cuantitativamente, algunos funcionarios sostuvieron que la demanda de la “urgencia” y “emergencia” disminuyó levemente en el segundo nivel de los hospitales cercanos a las UPA. Las UPA comenzaron a recibir nueva demanda ya diferencia del caso de Brasil, no contaron con móviles y los traslados fueron gestionados por los municipios que manejaban el 107. En este sentido, los municipios también fueron protagonistas en la coordinación de la urgencia y emergencia. Si bien cada UPA tenía área programática, cada efector recibió pacientes que llegaban de cualquier zona.

Las UPA ocuparon un lugar que se encontraba vacante entre los servicios públicos, por ellos consideramos que aportó a que los usuarios solucionen de modo organizado eventos de urgencia y emergencia. Las UPA funcionaron como “puerta de entrada” posible y operativa y el desafío fue garantizar que pese a los condicionamientos propios de las UPA, estas pudieran efectivizar la articulación con el resto de los niveles y el sistema, particularmente con aquellas competencias que son propias del primer nivel, como los abordajes integrales y el vínculo con la población en el territorio.

Hasta aquí revisamos el proceso del ciclo de las UPA, en el próximo capítulo analizamos la inserción de estos efectores en la trama del subsector estatal del GBA.

Las Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA)

En este capítulo ponemos el foco en la inserción de las Unidades de Pronta Atención (UPA) en la trama de la oferta de servicios del subsector estatal en el Gran Buenos Aires (GBA). En este capítulo analizaremos: las condiciones de vida de la población, algunos indicadores de estructura, proceso y resultados, y por último desarrollamos las particularidades en la organización de los servicios de “pronta atención”.

En este capítulo recuperamos la clasificación propuesta por Donabedian (1980: 33) sobre la estructura, los procesos y los resultados. Este autor refiere a la *estructura* como las edificaciones, el equipamiento, los medicamentos, los insumos médicos, vehículos, el personal, dinero y sistemas organizacionales; como *proceso* a las prestaciones y procesos que garantizan que se brinde adecuada atención; y por último, como *resultado* refiere al estado de salud que es medido por indicadores de mortalidad y morbilidad y capacidad o discapacidad funcional producida por las enfermedades.

1. Las condiciones de vida de la población desde una perspectiva socio sanitaria

En este apartado referimos a las condiciones de vida de la población en aquellos municipios en los que se desarrollaron las UPA, realizando algunos contrapuntos con el conjunto de municipios GBA.

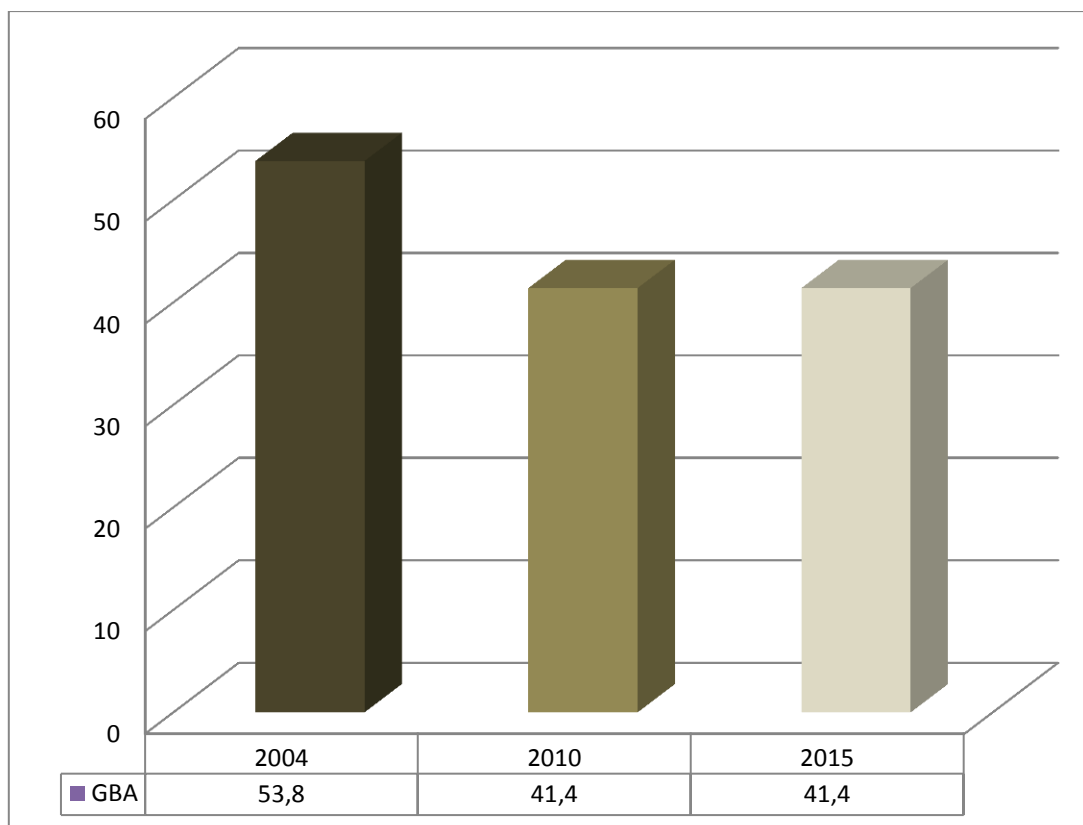
Siguiendo la tendencia provincial, en el GBA durante la década iniciada con las poscrisis del 2001, hasta el 2010, creció la cobertura de obra social y de plan médico²². La recuperación del empleo formal resultado de la recuperación económica tuvo en el GBA un correlato positivo en los niveles de cobertura de salud; a pesar de estos cambios en sus valores agregados, los municipios experimentaban distintas realidades socioeconómicas que determinaban una presión diferente sobre el subsector público: se mantuvieron las brechas de cobertura entre el primer y segundo cordón, siendo este último el que experimentó niveles más bajos de cobertura de obra social o plan privado.

Otra particularidad en torno a la cobertura en el GBA, refiere a su evolución en el periodo previo al año 2010, con un decrecimiento constante de la población no cubierta por obra social o plan médico, desde el año 2004 hasta el 2010, esto se visualiza en el Gráfico N° 3. Este indicador expresó el crecimiento de la cobertura mediante la recuperación del mercado

²² Ver Mapa N° A.1 y A.2 de anexo.

de trabajo, a través de la utilización de los servicios de las obras sociales o los planes privados de salud hasta el año 2010. Sin embargo, en el periodo bajo estudio, se mantiene estable, como se puede ver en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 3: Porcentaje de población no cubierta por obra social o plan médico en los años, 2004, 2010 y 2015 en los 24 municipios del Gran Buenos Aires (GBA)



Fuente: Elaboración propia con base a Encuesta Permanente de Hogares (EPH), INDEC.

En otras palabras, coincidentemente con el proceso de recuperación económica, observamos que para el inicio del periodo de estudio la cobertura de obra social y privada fue creciendo, situación que cambió en el año 2010, cuando se mantiene estable hasta el años 2015 (Gráfico N° 3).

Tabla N° 10: Porcentaje de población con cobertura por obra social y/o plan de salud privado, hogares con necesidades básicas insatisfechas²³ y tasa de mortalidad infantil en municipios con y sin Unidades de Pronta Atención (UPA) del Gran Buenos Aires (GBA), año 2015

²³ Ver Gráfico N° A.2 de anexo para el año 2010.

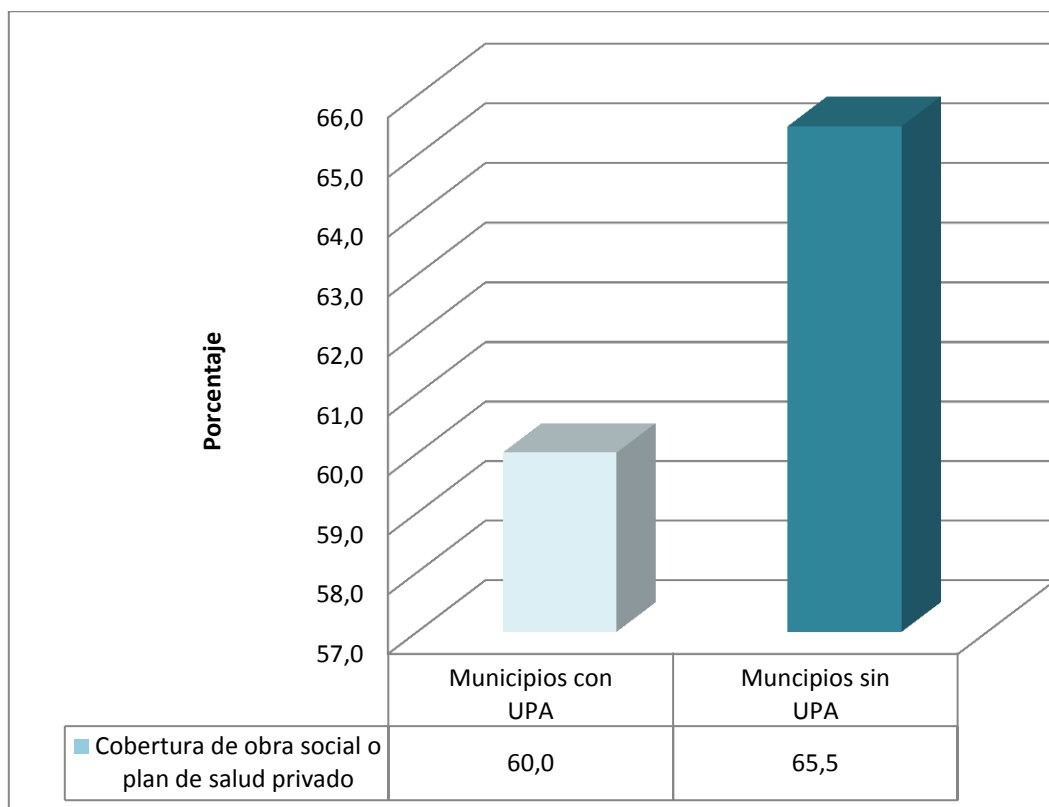
UPA	Municipios del GBA	Porcentaje de Cobertura de obra social o plan medico (%)	Índice Hogares NBI (%)	Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos)
UPA 5	ALMIRANTE BROWN	60,43	10,5	9,4
UPA 2	AVELLANEDA	70,12	5,8	11,5
UPA 10	BERAZATEGUI	60,93	10,4	8,9
UPA 11	FLORENCIO VARELA	47,61	17,0	10,1
UPA 9	HURLINGHAM	67,47	6,9	8,8
UPA 15	JOSE C. PAZ	52,24	12,0	10,3
UPA 4 y 18	LA MATANZA	53,81	11,9	10,1
UPA 3	LANUS	69,08	5,0	10,1
UPA 1	LOMAS DE ZAMORA	57,12	8,9	8,8
UPA 12	MORENO	50,44	12,9	11,3
UPA 17	QUILMES	62,60	9,2	11,4
UPA 16	TRES DE FEBRERO	68,28	4,3	7,9
Sin UPA	ESTEBAN ECHEVERRIA	57,80	10,8	14,2
	EZEIZA	53,95	14,1	10,4
	GRAL. SAN MARTIN	65,09	6,7	8,8
	ITUZAINGO	68,96	4,9	9,7
	MALVINAS ARGENTINAS	56,86	12,1	9,9
	MERLO	52,41	11,5	10,5
	MORON	71,48	3,5	11,4
	SAN FERNANDO	66,73	8,6	7,0
	SAN ISIDRO	78,70	3,7	7,3
	SAN MIGUEL	64,72	8,2	12,3
	TIGRE	64,50	11,0	8,9
	VICENTE LOPEZ	84,59	2,4	4,1

Fuente: elaboración propia sobre la base Dirección de Información Sistematizada de Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2017.

Al observar la Tabla N° 10, si miramos en particular cada municipio del GBA con y sin UPA, se observa una brecha considerable en los niveles de cobertura. Avellaneda es el municipio con UPA con mejor cobertura, con el 70 %, frente a Vicente López (sin UPA), con un 84,5 %. La misma situación se repite en los municipios en peores condiciones de cobertura: con UPA Florencia Varela con un 47 %, frente a Merlo (sin UPA) con el 52 %. Finalmente, la cobertura de obra social y plan médico resultó más baja en los municipios

con UPA, que la cobertura que en aquellos municipios donde no se desarrollaron estos servicios, tal como se observa en el Gráfico N°4.

Gráfico N° 4: Comparación del porcentaje de cobertura por obra social o plan de salud, de municipios con y sin UPA en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2015

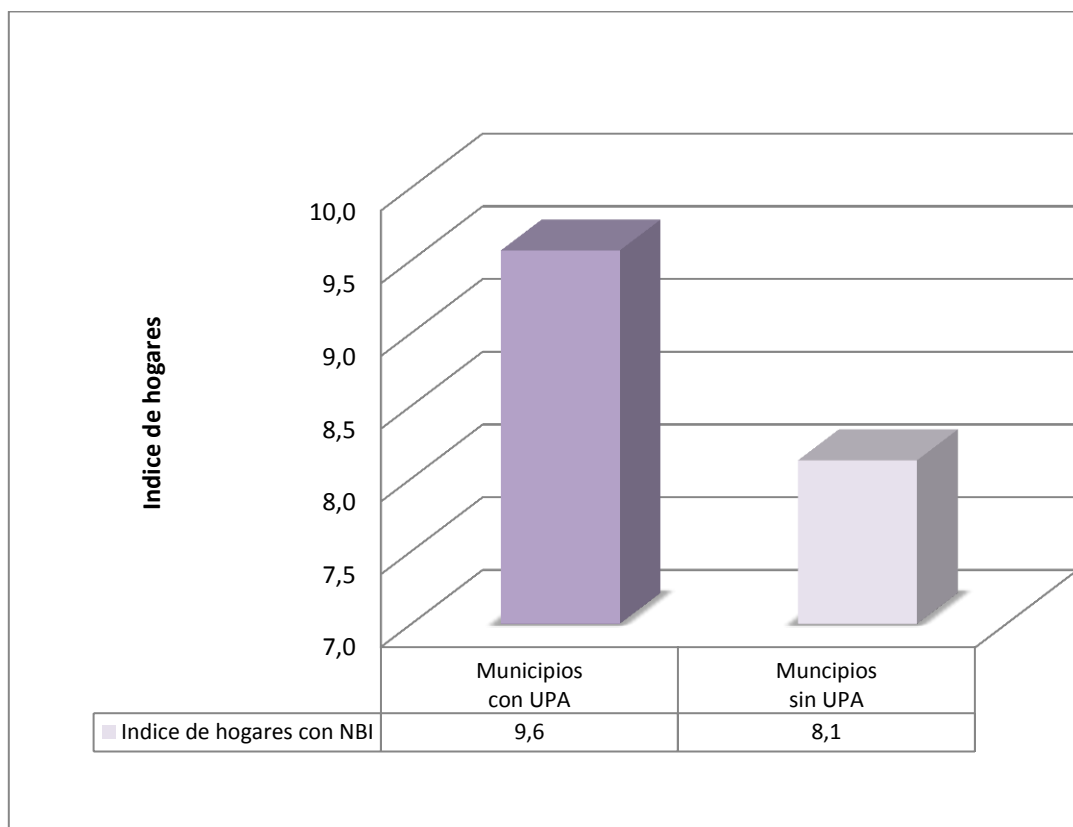


Fuente: elaboración propia sobre la base del INDEC, 2015.

El crecimiento intercensal de la población fue más elevado en el GBA que en la provincia (14% frente a 12%, respectivamente), y fue esta la región donde se expresaron peores condiciones socioeconómicas y desiguales condiciones de vida. El índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) en el conjunto de municipios que desarrollaron UPA resultó levemente más alto que el promedio de los 24 municipios del GBA, por lo tanto las UPA se desarrollaron en municipios en promedio con peores condiciones de NBI, tal como expresa el Gráfico N°5. Como sucedió con la cobertura de salud, también encontramos brechas entre los extremos, el NBI más alto entre los municipios con UPA²⁴ se encontró 3 puntos porcentuales por sobre el que no posee UPA (Florencia Varela con UPA en el 17 %, frente a Ezeiza sin UPA y con 14 %) (Ver Tabla N° 10).

²⁴ Ver Mapa N° A.5 de anexo.

Gráfico N° 5: Comparación del índice de hogares con necesidades básicas insatisfechas (NBI) en municipios con y sin Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2015

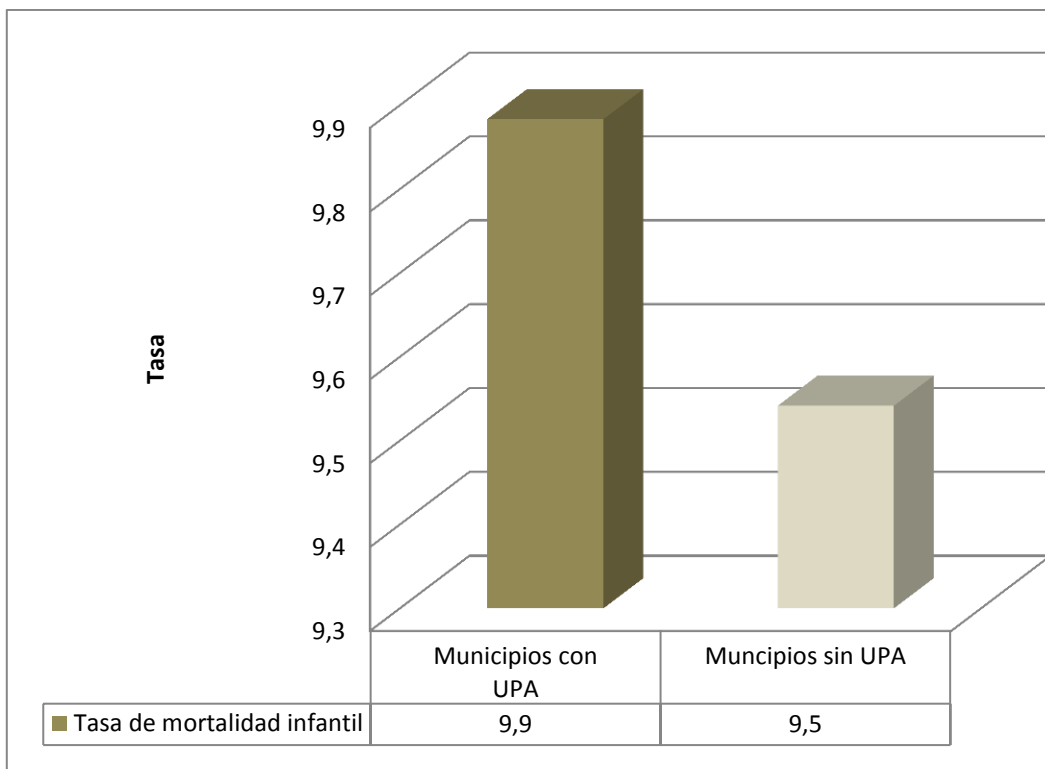


Fuente: elaboración propia sobre la base del INDEC, 2015.

Un indicador de *resultado* expresivo que expresa de manera dramática el deterioro o la mejora en las condiciones de vida de la población es la mortalidad infantil. Este indicador descendió considerablemente durante la década pasada hasta el 2010²⁵. Sin embargo, si observamos el comportamiento en el periodo bajo estudio, encontramos que resultó más alta en los municipios con UPA, frente a aquellos que no tienen este servicio como se expresa en el Gráfico N° 6. En el caso del grupo de municipios sin UPA presentan brechas internas, una situación expresiva es que este conjunto posee la tasa más baja, pero también la más alta de todo el GBA (Vicente López con 4.1, frente a Esteban Echeverría con el 14,2) (Ver tabla N° 10).

Gráfico N° 6: Comparación de la tasa de mortalidad infantil en municipios con y sin Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2015

²⁵ Ver Mapa N° A.3 y A.4 de anexo.



Fuente: elaboración propia sobre la base del INDEC, 2015.

Si bien el conjunto del GBA mostró condiciones heterogéneas con el resto de la provincia, los municipios que desarrollaron las UPA conforman un subconjunto que experimento peores condiciones que el total del GBA: cobertura de la salud, el NBI y la mortalidad infantil son más regresivas en los municipios que desarrollaron las UPA. Esta situación expresó una selección localización adecuada de las UPA en de alta vulnerabilidad social (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: a).

2. Una mirada de los servicios en la región: la estructura y los procesos socio sanitarios

En este apartado describimos la composición de la estructura y la oferta de servicios de los municipios de GBA. Asimismo, analizamos las respuestas de subsector estatal utilizando indicadores de proceso para describir el funcionamiento de la trama de servicios en la región. Con el fin de reconocer el desarrollo en su trama institucional identificamos a los actores involucrados en el nivel local. Por último, nos introducimos a conocer las formas novedosas de organización de los servicios de las UPA.

En este apartado recuperamos los indicadores de *estructura* y de *proceso* de la clasificación de Donabedian (1980: 33). En términos generales, Argentina posee una cantidad de efectores comparativamente aceptable respecto del resto de los países de América Latina. Con referencia al segundo nivel, encontramos que nuestro país mejoró su dotación de camas cada mil habitantes, mejorando su performance durante los últimos 15 años, pasando de 4.1 en el año 2000 a 4.5 en el 2010²⁶.

Para el año 2008 el GBA contaba con unos 749²⁷ centros de atención primaria de la salud (CAPS) entre los 24 municipios, cifra que se incrementó hasta los 836 efectores hacia el año 2015 (Tabla N°11). Mirando este indicador desde una perspectiva histórica, creció sustantivamente respecto de los 402 CAPS correspondientes al año 1988²⁸. La oferta hospitalaria bajo la órbita de municipios en el GBA es superior a las oferta provincial (38 municipales y 33 provinciales), según lo expresado en la Tabla N°10. Paralelamente, en el periodo bajo estudio la oferta del segundo nivel creció de 66 a 72 hospitales, 4 municipales y 3 provinciales²⁹. El único Hospital Nacional localizado en el GBA es el “Posadas”, en el municipio Morón. En simultáneo a este leve incremento, aparecieron las 13 upa como “Hospitales Intermedios en la región.

Tabla N° 11: Establecimientos del subsector estatal, según jurisdicción en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2015

Establecimientos	Municipal	Provincial	Nacional	Total
Hospitales	38	33	1	72
CAPS	836	-	-	836
UPA	-	13	-	13

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de Información Sistematizada de Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

Otro indicador de estructura relevante es la cantidad de camas, como se observa en la Tabla N° 12, la disponibilidad en la jurisdicción nacional y provincial resulta superior a la cantidad de camas bajo la órbita municipal. Contrariamente a lo que sucedía con la primacía en términos de cantidad de efectores, 59.8% de las camas son provinciales y 5%

²⁶ Banco Mundial, 2017 (<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS?page=2>)

²⁷ Ver Tabla N° A.4 en de anexo.

²⁸ Fuente: Informe Coyuntura 1995.

²⁹ Esta información se observa en la cantidad de hospitales de la Tabla N° 6 en anexo.

son nacionales, mientras que el 35.2% son municipales. No obstante del 2010 al 2015 creció el porcentaje de camas bajo la órbita municipal.

Tabla N° 12: Disponibilidad de camas de las tres jurisdicciones (nacional, provincial, municipal) en el Gran Buenos Aires (GBA), en el periodo 2010 - 2015

Jurisdicción	2010	2015
Municipal	3.084 (33.95%)	3.381 (35.2%)
Provincial	5.532 (60.9%)	5.755 (59.8%)
Nacional	472 (5,2%)	482 (5%)
Total	9.088	9.618

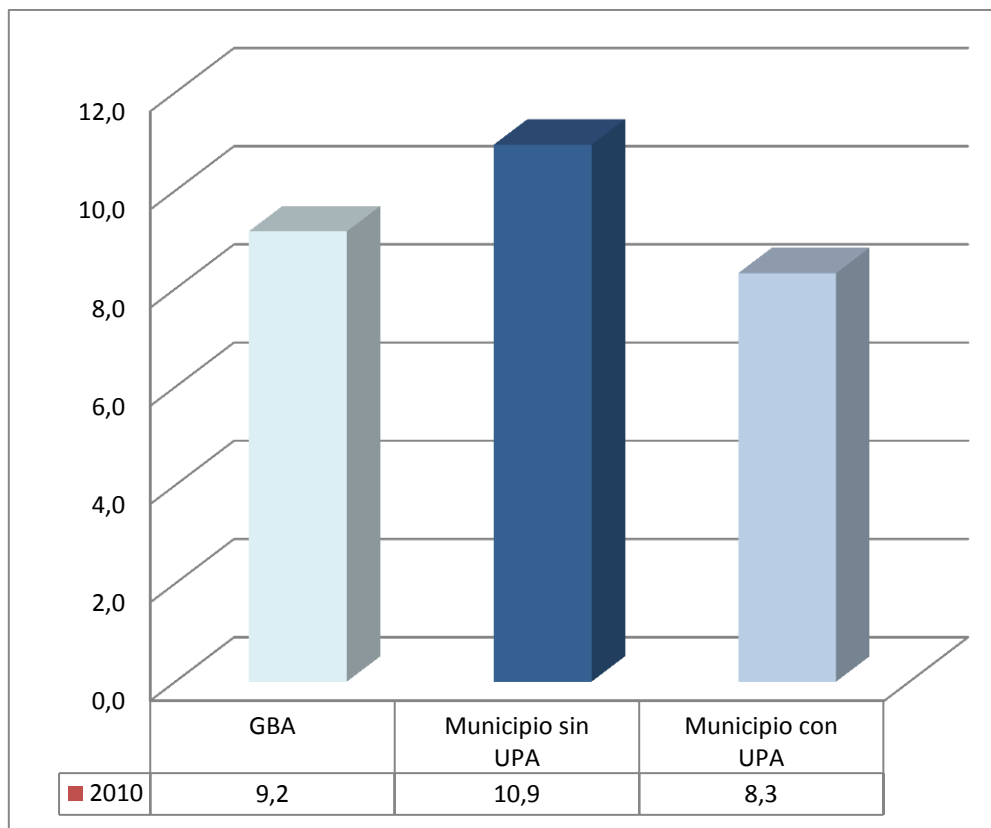
Fuente: Elaboración propias sobre la base de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

En cuanto a la cantidad de camas, si bien la tendencia provincial expresó una disminución de la oferta de camas en relación a la población (Gráfico N°1, Capítulo N° 2), algunos municipios del conurbano experimentaron un incremento de su cantidad de camas, en el periodo 2003-2010, como fueron los casos de Malvinas Argentinas, Florencia Varela, Hurlingham, Merlo, San Isidro y en menor medida Vicente López.

Más allá de las particulares que asumió el subsector estatal en cada municipio, encontramos que la disponibilidad de camas cada mil habitantes en el GBA, fue menor a la disponibilidad del interior de la provincia de Buenos Aires³⁰. Encontramos que el conjunto de municipios que desarrolló UPA, en total cuentan con una mejor disponibilidad en camas que aquellos no poseen el servicio en el GBA, tal como se expresa el siguiente Gráfico.

Gráfico N° 7: Camas del subsector oficial cada diez mil habitantes, en el Gran Buenos Aires (GBA) y sus municipios con y sin Unidades de Pronta Atención (UPA), año 2010

³⁰ Ver Tabla N° A.5 de anexo.



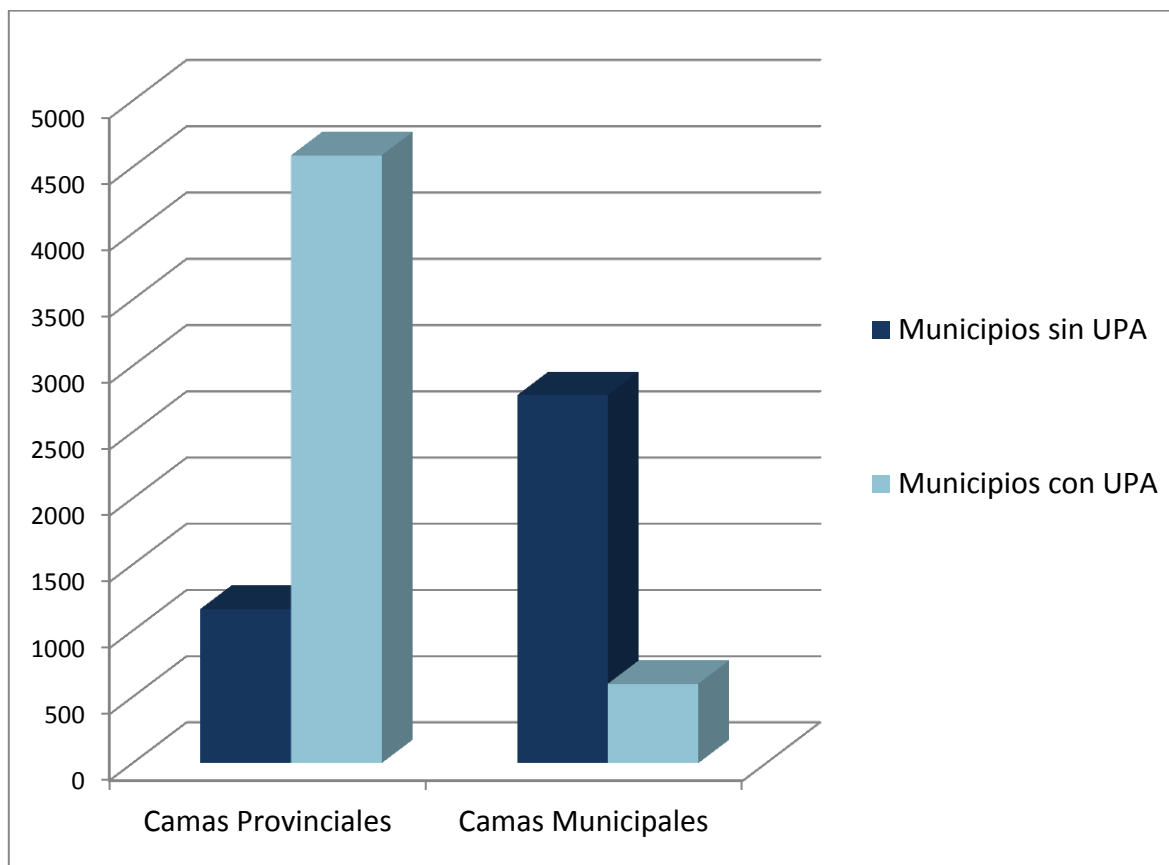
Fuente: Elaboración propias sobre la base de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2010.

Las UPA fueron servicios que se insertaron en zonas atravesadas por el deterioro de las condiciones de vida de la población, pero también se localizaron en partidos con distintos desarrollos de sus sistemas locales de salud, pero fundamentalmente se desarrollaron en municipios que poseen gran presencia de camas de la órbita provincial, no parece casual que los distritos con mayor desarrollo de camas municipales -como Malvinas Argentinas y San Isidro³¹ pertenecen el conjunto de partidos que no desarrollaron UPA.

En esta línea, para nuestro análisis es central identificar como se conformó la estructura de servicios para el año 2010, que fue el punto de partida del periodo bajo estudio, podemos identificar, por un lado, que en los partidos con UPA, la presencia de camas provinciales es muy superior a las camas municipales. Por otro lado, en el conjunto que no posee UPA, la presencia de camas bajo la órbita municipal es muy superior a la cantidad de camas de origen provincial (Gráfico N° 8).

³¹ Ver Tabla N° A.7 de anexo

Gráfico N° 8: Cantidad de camas provinciales y municipales en distritos con y sin Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2010



Fuente: Elaboración propias sobre la base de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2010.

Las consultas son un indicador de *proceso* porque dan cuenta de prestaciones y atenciones que se brindan desde los efectores pertenecientes al subsector estatal. Como se observa en la Tabla N°13, en el periodo bajo estudio, se produjo un crecimiento en el número de consultas. Particularmente se presentó un mayor aumento en la cantidad de consultas en los establecimientos sin internación. También se expresó un leve aumento en el porcentaje de habitantes que consultaron un establecimiento de salud, pasando de un 3,4% en el año 2010, a un 3,5% para el año 2015.

Tabla N° 13: Cantidad de consultas en establecimientos con y sin internación en el Gran Buenos Aires (GBA) y porcentaje de habitantes que consultaron algún establecimiento de salud, año 2010 y 2015

Tipo de establecimiento	2010	2015
Establecimientos con internación	14.572.378	15.178.327
Establecimientos sin internación	18.814.438	23.643.808
Porcentaje habitantes que consultaron un establecimiento (c/s)	3,4	3,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de Información Sistematizada de Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

En cuanto a las consultas en los centros de atención primaria de la salud (CAPS), encontramos que La Matanza es el municipio con mayor cantidad de consultas registradas³² y además presentó entre el 2010 y 2015 el incremento de consultas más significativo³³; sin embargo hay que tener en cuenta que es el municipio que concentra la mayor cantidad de población en la provincia y el GBA³⁴. Otros municipios con aumentos significativos de las consultas fueron Malvinas Argentinas y Merlo, en menor medida en Tigre, Tres de Febrero, José. C. Paz, Moreno, Lanús, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría, Ezeiza, Quilmes, Berazategui y Florencio Varela.

El número de consultas expresa la cantidad de demanda atendida, sin embargo un indicador que se aproxima mejor a la capacidad de los servicios frente a la población es la cantidad de consultas por habitantes.

Entre el año 2003 y el 2010, el promedio de las consultas por habitantes que realizaban las personas en el GBA en los CAPS se incrementó en más de un 50%, pasando de 1,1 a 1,9, tal como se muestra en el Gráfico N° 8³⁵.

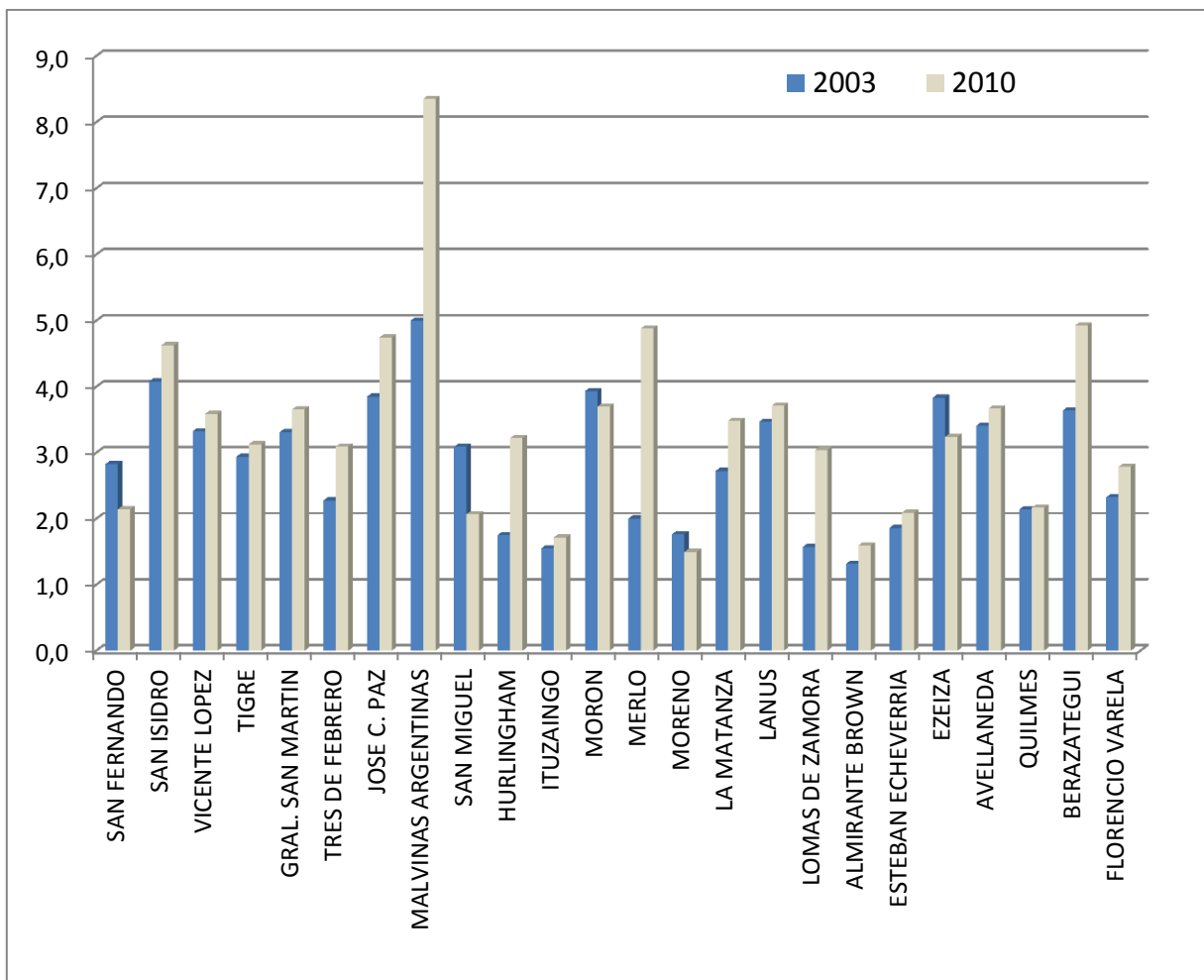
Gráfico N° 9: Promedio de consultas en centros de atención primaria de la salud (CAPS) por habitante para los municipios del Gran Buenos Aires (GBA) en el año 2003 y 2010.

³² Ver Tabla N° A.8 de anexo.

³³ Ver Tabla N° A.8 de anexo.

³⁴ Partidos como Lanús, Quilmes, Tigre y José C. registraron valores inferiores, pero por encima de las 700 mil consultas.

³⁵ Al observar el comportamiento a nivel municipal se destaca el municipio de Malvinas Argentinas que triplicó su promedio en el periodo entre los años 2003 y 2010, pasando de 1,5 a 5. Por otra parte Merlo, Hurlingham, Berazategui, Lomas de Zamora y La Matanza si bien arrancaron el período con un promedio bastante bajo, elevaron notoriamente sus consultas.



Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2010.

Más adelante, nos enfocaremos las UPA instaladas en para dar cuenta de su estructura dentro de la trama de servicios. Como vemos en la Tabla N° 14, de los municipios con UPA, existen algunos con una red sanitaria menor, como Hurlingham con tan solo 9 CAPS, frente a de mayor territorio y densidad poblacional como La Matanza, con 54 CAPS.

La instalación de las UPA en el territorio evidenció que las tramas de efectores del primer nivel de los municipios poseen diferentes alcances, situación atravesada por la densidad poblacional, las particularidades del territorio y el desarrollo de los sistemas locales de salud. EL GBA posee municipios que poseen 9 CAPS y otros 54, citando las dos puntas de la brecha como se observó en la Tabla N° 14.

Tabla N° 14: Cantidad de centros de atención primaria de la salud (CAPS), según municipios con Unidades de Pronta Atención (UPA) y pertenencia a región sanitaria, año 2015

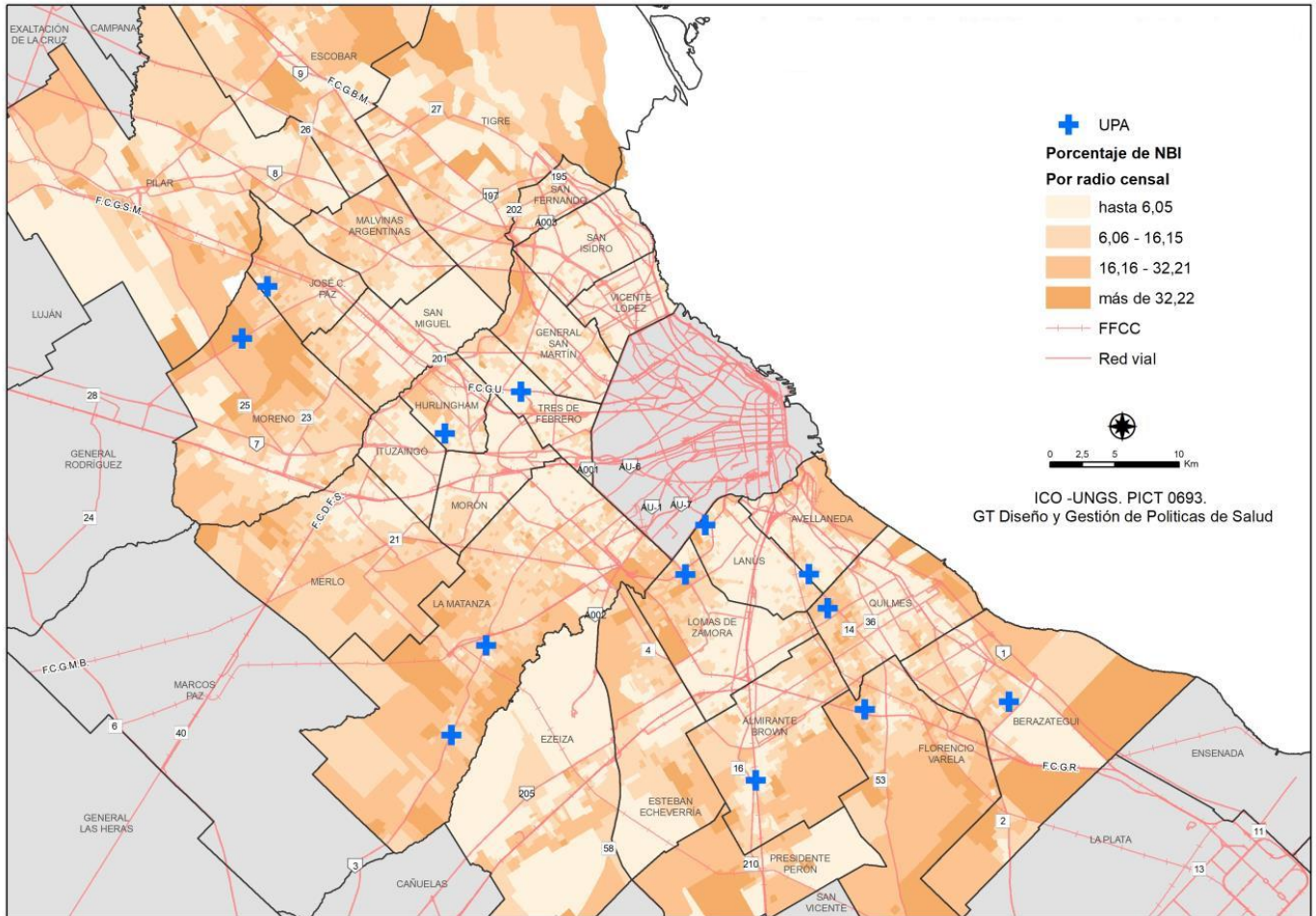
Municipios	Nombre de la UPA	Cantidad de CAPS en el municipio	Región Sanitaria
José C Paz	UPA 15	24	V
Almirante Brown	UPA 5	31	VI
Avellaneda	UPA 2	34	VI
Berazategui	UPA 10	37	VI
Florencia Varela	UPA 11	33	VI
Lanús	UPA 3	44	VI
Lomas de Zamora	UPA 1	47	VI
Quilmes	UPA 17	43	VI
Tres de Febrero	UPA 16	17	VII
Moreno	UPA 12	33	VII
Hurlingham	UPA 9	9	VII
La Matanza	UPA 4 y 18	54	XII

Fuente: Elaboración propias sobre la base de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud provincial, 2017.

Según los informes ministeriales y documentos, la localización³⁶ territorial de las UPA en el GBA fue definida con el criterio de su ubicación permitiese “brindar respuesta inmediata” a las situaciones de emergencia en los municipios que experimentaron una mayor vulnerabilidad social (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires a, 2015: 3). En el Mapa N° 1 observamos que las UPA mostraron que fueron instaladas en municipios con altos índices de NBI. En los casos particulares de Lanús y Tres de Febrero, las UPA fueron ubicadas en zonas con asentamientos y zonas con alta vulnerabilidad social (Entrevista a Alto Funcionario Ministerial, 2017: a).

Mapa N° 1: Localización de las Unidades de Pronta Atención (UPA) en el gran Buenos Aires (GBA), según necesidades básicas insatisfechas (NBI) por radio censal, año 2015

³⁶ En la Tabla N° A.1 de anexo se encuentran las direcciones de localización de cada UPA.

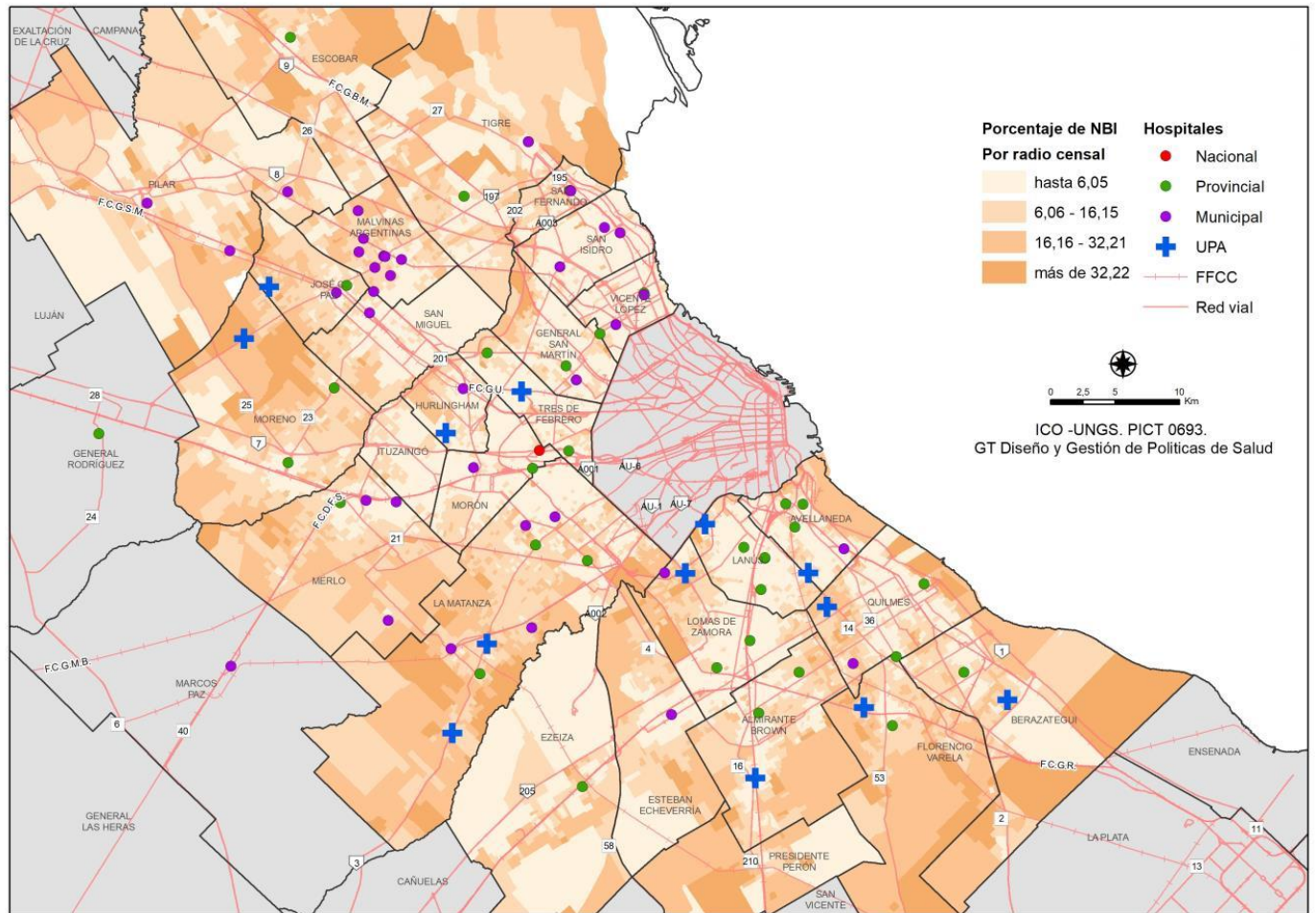


Fuente: Elaboración propia sobre la base del INDEC y del proyecto PICT 0693 del Grupo de Diseño y gestión de Políticas de Salud, ICO – UNGS, 2017.

Si bien la implantación de las UPA estuvo condicionada por los arreglos políticos entre la provincia y los municipios, las características sociodemográficas y sanitarias fueron tenidas en cuenta/consideradas.

Como se observa en el Mapa N° 1 y N° 2, la mayoría de las UPA fueron localizadas en la zona sur del GBA, en municipios con altos índices de NBI, pero también en municipios con menor cantidad de camas municipales y mayor presencia de hospitales provinciales (Mapa N° 2) que el promedio del conurbano.

Mapa N° 2: Localización de las Unidades de Pronta Atención (UPA), Hospitales según jurisdicción en el Gran Buenos Aires (GBA), según necesidades básicas insatisfechas (NBI) por radio censal, año 2015



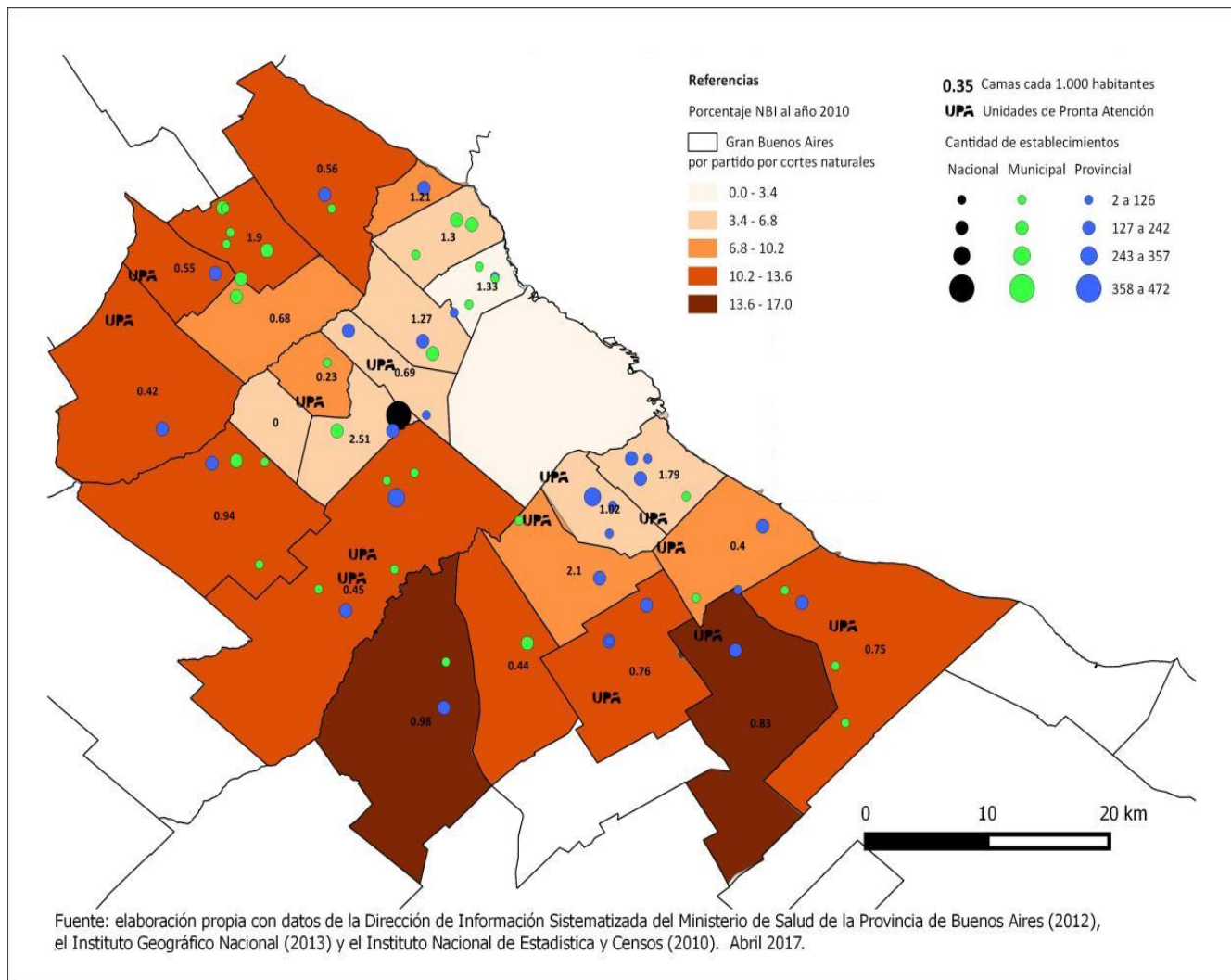
Fuente: Elaboración propia sobre la base del INDEC y del proyecto PICT 0693 del Grupo de Diseño y gestión de Políticas de Salud, ICO – UNGS, 2017.

Como se observa en ambos mapas (N° 1 y 2), las UPA fueron localizadas en zonas con rápidos accesos, particularmente de la red vial para facilitar la circulación de ambulancias, pero también la accesibilidad por medio de transporte público para la población del entorno.

El conjunto de municipios de la primera corona del GBA, (aquellos lindantes con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), experimentan un NBI más bajo que en la segunda Corona, y poseen una mejor performance en la cantidad de cama cada mil habitantes.

En el GBA sur, con mayor presencia de camas de la provincia y el oeste y norte con más paridad entre camas provinciales y municipales, tal como se observa en el Mapa N° 3.

Mapa N° 3: Localización de Unidades de Pronto Atención (UPA) y cantidad de camas cada 1000 habitantes en establecimientos municipales, provincial y nacional, según necesidades básicas insatisfechas (NBI) por municipios del Gran Buenos Aires (GBA) para el años 2010



Fuente: Elaboración propia sobre la base del INDEC 2010, Laboratorio SIG – ICO, UNGS, 2017.

Los establecimientos de salud que pertenecen al primer nivel de atención fueron definidos en la literatura como “puerta de entrada” al sistema sanitario, dada su capacidad para captar de manera temprana los problemas de salud de la población (Almeida et al., 2006: 90). Sin embargo, en esta tesis encontramos evidencia que las UPA favorecieron la apertura de una “nueva puerta de entrada”, convirtiéndose así la utilización de los servicios de “urgencia” y “emergencia”, como un nuevo portal para el ingreso al sistema.

Si bien las UPA se insertaron en territorios muy heterogéneos, el común denominador fue tanto la situación de precariedad del barrio donde fueron instaladas, como la conectividad con alguna vía de acceso, en zonas de alta vulnerabilidad pero situados en la cercanía de rutas provinciales o avenidas (Entrevista a Alto Funcionario, 2017: a) (Director/a de UPA, 2018: c).

Como se evidencia en la Tabla N° 15, de los municipios donde se localizaron las UPA, encontramos algunos con un gran número de habitantes y un alto número de consultas en el primer nivel, tales como José C Paz, Berazategui, Lanús, La Matanza y Lomas de Zamora y por otra parte identificamos que en municipios con gran cantidad de habitantes que experimentan menores registros de consultas del primer nivel como Almirante Brown y Moreno.

En cantidad de consultas, también se constata la brecha entre el municipio con la menor y la mayor cantidad, Gráfico N°10, situación que expresa diferencias en los municipios que desarrollaron las UPA: las demandas de la población sobre el subsector público, realidades heterogéneas en la trama de efectores de, capacidades particulares de responder a la demandas, y un segundo nivel con presencia diferente en cada municipio.

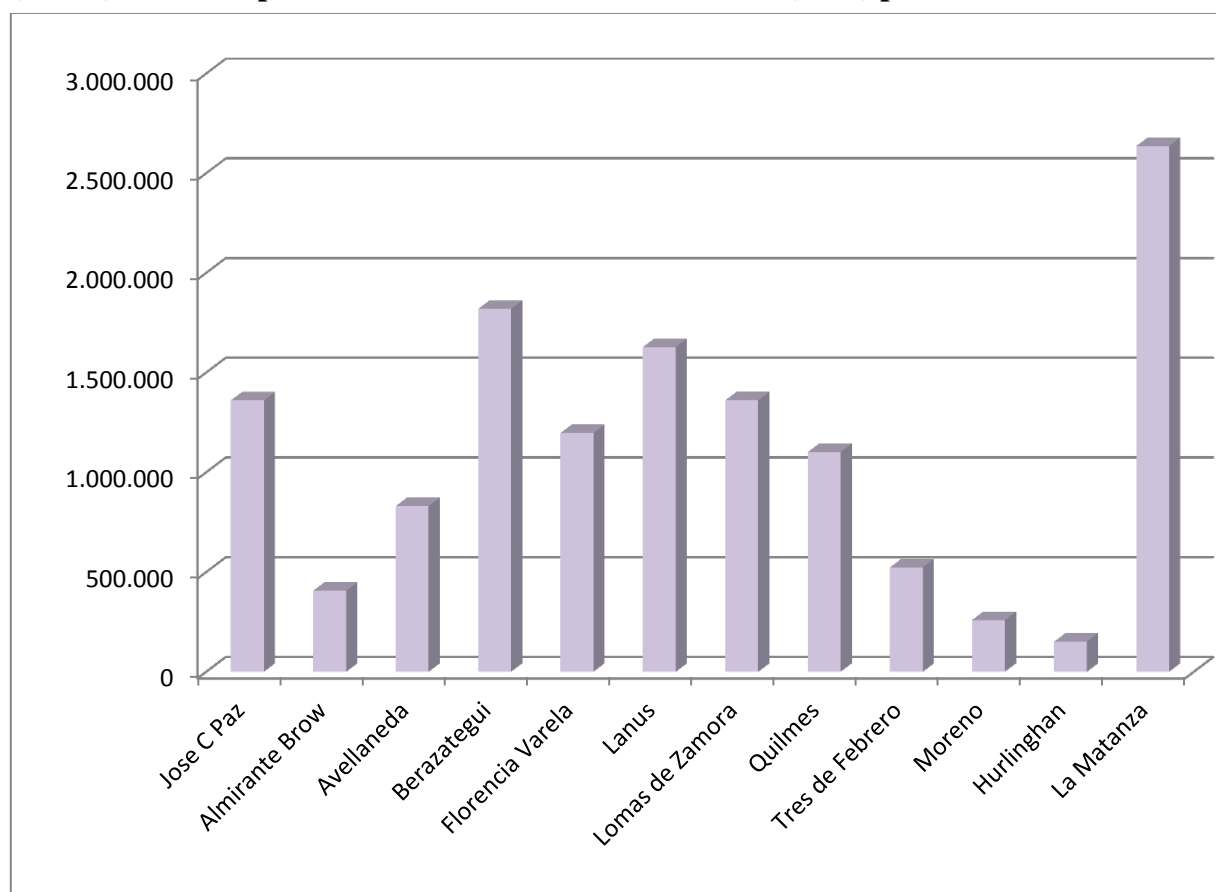
Tabla N° 15: Cantidad de población y consultas en centros de atención primaria de la salud (CAPS) en municipios del Gran Buenos Aires (GBA) con Unidades de Pronta Atención (UPA), año 2015

Municipios	Nombre de UPA	Consultas en CAPS	Población
José C Paz	UPA 15	1.360.589	265.981
Almirante Brown	UPA 5	407.080	552.902
Avellaneda	UPA 2	830.699	342.677
Berazategui	UPA 10	1.818.852	320.224
Florencia Varela	UPA 11	1.196.889	426.005
Lanús	UPA 3	1.627.799	459.263
Lomas de Zamora	UPA 1	1.360.738	616.279
Quilmes	UPA 17	1.100.896	582.943
Tres de Febrero	UPA 16	523.472	340.071

Moreno	UPA 12	259.612	452.505
Hurlingham	UPA 9	151.147	181.241
La Matanza	UPA 4 y 18	2.636.425	1.775.816

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de Información Sistematizada y el censo 2010 del INDEC

Gráfico N° 10: Cantidad de consultas total en centros de atención primaria de la salud (CAPS) de municipios con Unidades de Pronta Atención (UPA) para el año 2015

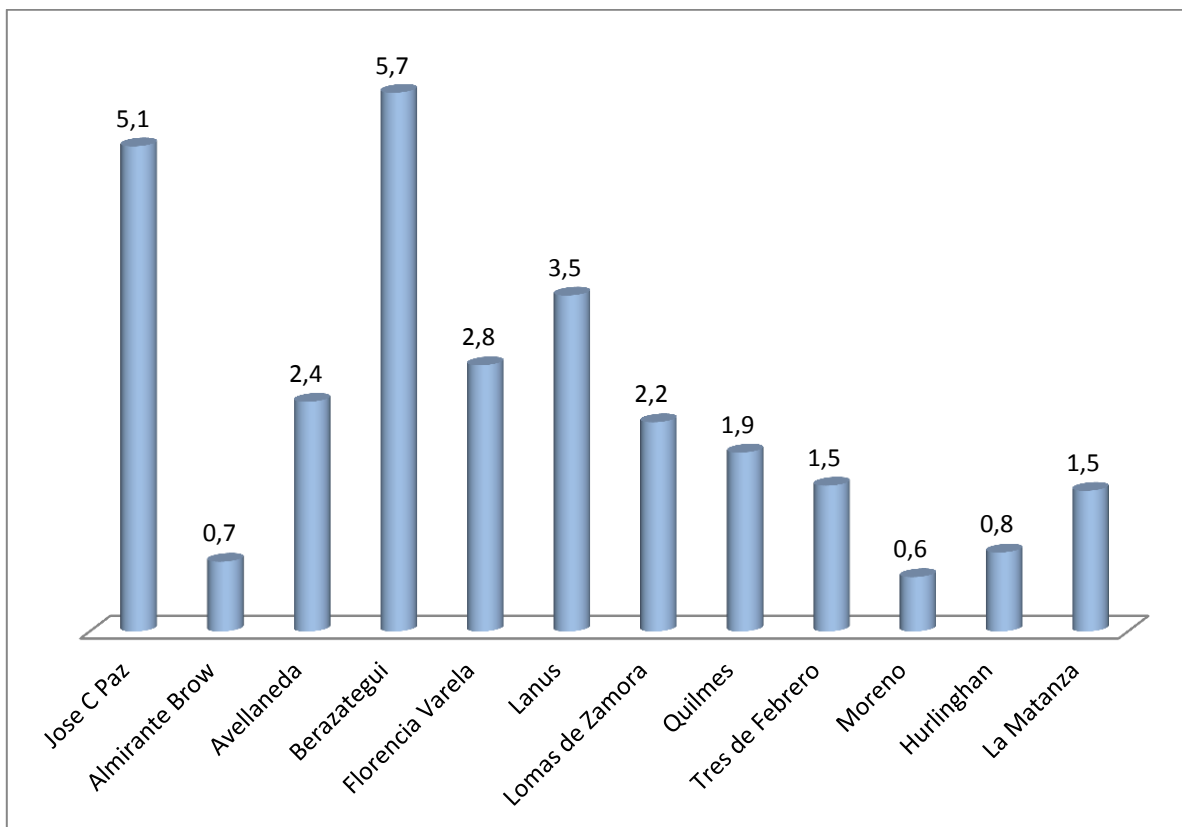


Fuente: Elaboración propias sobre la base de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de la Salud provincia de Buenos Aires, 2017.

Sin embargo para precisar la caracterización es necesario hacer el análisis de consultas por habitante. En los CAPS de municipios los municipios donde se localizaron las UPA, observamos con mayor precisión los resultados de la atención de la red de efectores del primer nivel.

Según el Gráfico N° 11, José C. Paz, Berazategui y Lanús respondieron con mayor cantidad de consultas por habitante a las demandas de su población, y por otro lado, Almirante Brown, Moreno, Hurlingham y La Matanza fueron los municipios con UPA que quedaron muy por detrás en las respuestas de la atención del primer nivel.

Gráfico N° 11: Porcentaje de consultas anuales por habitante en centros de atención primaria de la salud (CAPS) de municipios con Unidades de Pronta Atención (UPA), año 2015



Fuente: Elaboración propias sobre la base de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2017.

Sin embargo resulta complejo realizar análisis comparativos si no se estudia cada caso en forma particular. La cantidad de consultas por mes de cada UPA dio cuenta de la demanda con al cual se encontró cada efector en los diversos territorios del GBA (Tabla N° 16).

Tabla N° 16: Promedio mensual de cantidad de consultas en Unidades de Pronta Atención (UPA) según municipio, año 2015³⁷

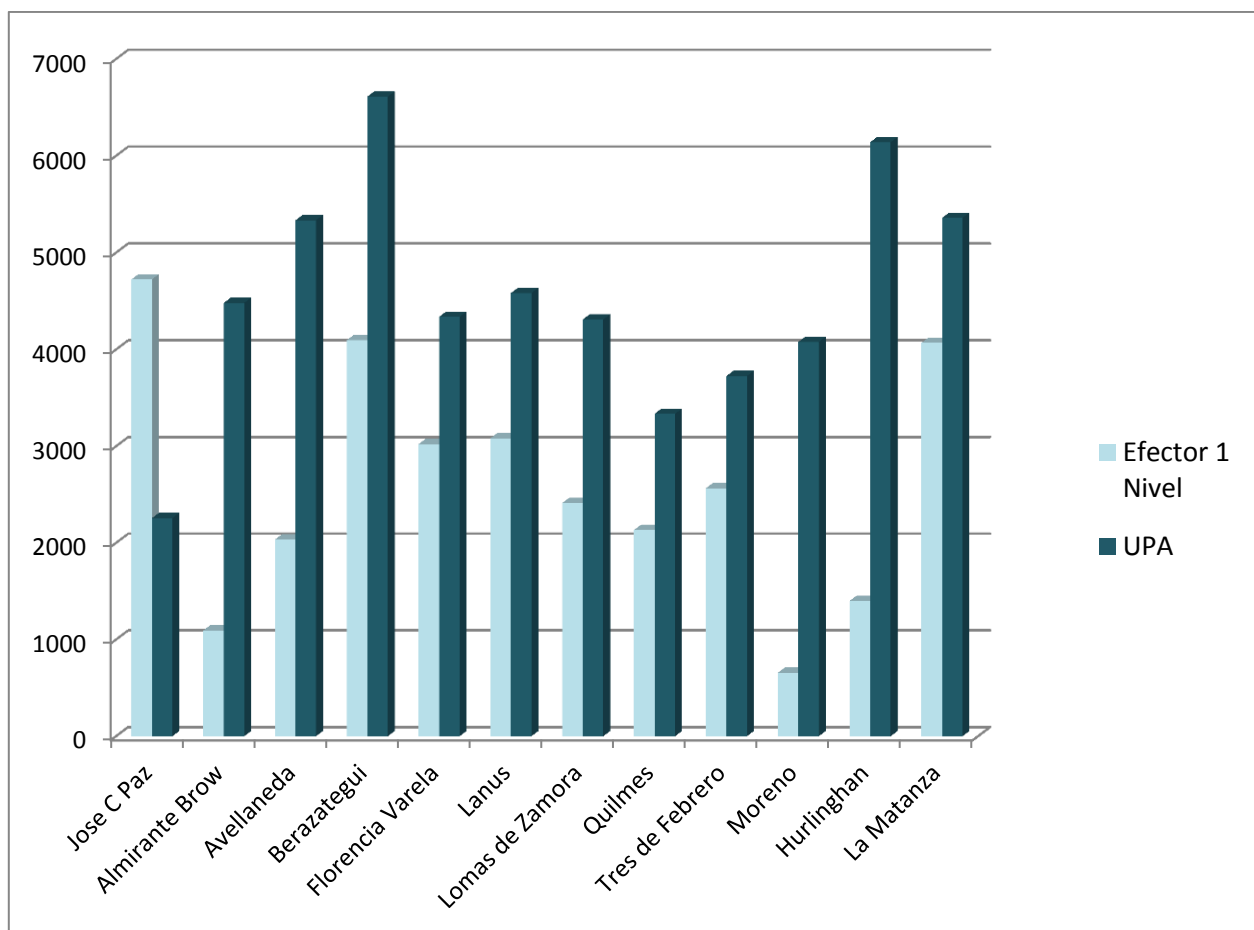
Municipio	Nombre de la UPA	Cantidad de Consultas a UPA
José C. Paz	UPA 15	2256
Almirante Brown	UPA 5	4481
Avellaneda	UPA 2	5335
Berazategui	UPA 10	6612
Florencia Varela	UPA 11	4338
Lanús	UPA 3	4583
Lomas de Zamora	UPA 1	4310
Quilmes	UPA 17	3336
Tres de Febrero	UPA 16	3726
Moreno	UPA 12	4078
Hurlingham	UPA 9	6141
La Matanza	UPA 4 y 18	5359

Fuente: Elaboración propia sobre la base y la Dirección de Información Sistematizada Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2017.

En la Tabla N° 16, se observa que la UPA con mayor cantidad de consultas durante el año 2015 en su UPA es Berazategui, seguida por Hurlingham. Un dato interesante que se puso en evidencia con el análisis de la información disponible fue que las UPA, por lo general, tuvieron una mayor producción de atención de consultas que los CAPS. En algunos casos la cantidad de consultas atendidas en UPA duplicó o triplicó la respuesta de las CAPS (Gráfico N° 11) en varios Municipios (Moreno, Hurlingham, Avellaneda, Almirante Brown), esto no sólo se debió a la demanda, sino a la amplia franja horaria de 24 horas. El único caso donde un efector del primer nivel superó a una UPA fue en José C. Paz.

Gráfico N° 12: Cantidad de consultas mensuales en la Unidades de Pronta Atención (UPA) y en promedio de consultas mensuales de un centro de atención primaria de salud (CAPS), por municipio, año 2015

³⁷ En el 2015 se inauguraron 8 UPA, por ello se calculó la cantidad por mes teniendo en cuenta el momento de apertura de cada efector con el objetivo de poder comparar entre UPA y con los CAPS.



Fuente: Elaboración propias sobre la base de la Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2017.

3. Las particularidades en la organización de los servicios de “pronta atención” en el territorio

En este apartado analizamos a los servicios en el territorio, poniendo el foco en la organización de la innovadora estructura edilicia y los recursos humanos que cumplieron un papel central en la consolidación de formas de abordaje y trabajo con los usuarios. Asimismo en esta sección analizamos el vínculo de las UPA con la trama de servicios: el sistema de emergencia local, los CAPS y los hospitales.

Revisando el concepto de *territorio*, encontramos que son determinados atributos del espacio que hacen referencia a la apropiación los sujetos, tiene un carácter dinámico, y es el resultado de una relación entre los componentes sociales (economía, cultura, instituciones, poderes) que expresan determinadas relaciones de poder, en relación a una dimensión temporal (Dematteis y Governa, 2005: 33). Por ello, el territorio no debe verse como un

espacio estático en el tiempo, sino como una construcción política, económica y cultural. Esta definición de territorio es fundamental para comprender el desarrollo de las UPA, donde los usuarios, los trabajadores, los actores de la gestión provincial y municipal cobraron un papel protagónico en el desarrollo de los servicios.

Sobre el montaje de la infraestructura en el territorio, encontramos que la organización de estos servicios cobró un rol central. Su edificio fue diseñado para una construcción en tiempos cortos -6 meses-, comparativamente rápida frente a la construcción de un hospital que tardaba unos 5 años (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: a). En el Capítulo N° 2 desarrollamos como fueron instaladas y construidas las UPA, su arquitectura consistió en un formato estandarizado para todos los efectores de pronta atención, donde la estructura modular facilitó el montaje que resultó funcional al tipo de circuitos en los que se organizó la atención.

El entorno de los barrios donde se instalaron las UPA fue modificado, es decir mejorados por los acuerdos y convenios establecidos entre los diferentes municipios involucrados con el gobierno provincial. En barrios con una baja presencia de instituciones públicas y con altos niveles de vulnerabilidad social, la infraestructura de las UPA, tuvo un fuerte impacto entre la población (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b).

Como se observó tanto en las fuentes documentales, como en las entrevistas y observaciones realizadas, la UPA como “nuevo establecimiento” tuvo gran importancia en generar una presencia pública del Estado en zonas donde el acceso a los servicios era un tema pendiente (Entrevista a Director/a de UPA, 2018: c).

La arquitectura amigable fue una característica innovadora y el objetivo de la del MSP fue generar proximidad. La promoción de cercanía de las UPA con la población se desarrolló en dos ejes. El primero fue la generación de grandes espacios con luz solar y con salas de espera cómodas, donde la disposición del espacio promovió el encuentro del personal con los usuarios (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires b, 2015: 8).

El segundo eje consistió en desarrollar una comunicación comunitaria y de proximidad, con señaléticas grandes y con una estética vinculada con colores y gigantografías, con imágenes precisas y claras que visibilizaban los procedimientos y el modo de organizar la atención (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b). La señalética cumplió un papel muy importante para demarcar las zonas por color, lo que facilitó la organización de los servicios.

Las dimensiones de la infraestructura fue otra de las singularidades de estos servicios: contaba con grandes espacios para un helipuerto y estacionamiento de ambulancias. En una

segunda etapa, su tamaño se redujo; según la evaluación realizada por la Dirección de Hospitales, las primeras UPA fueron demasiado grandes (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: a), las que se construyeron en el año 2015 tenían de 1000 metros cuadrados (las del 2010 median 1500) y fueron construidas y ensambladas completamente con productos nacionales (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires b, 2015: 3).

Figura N° 3: Imágenes de la arquitectura y organización de los servicios de las Unidades de Pronta Atención (UPA)



Espacios
receptivos



Comunicación
amigable



Fuente: Elaboración propia sobre las imágenes del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires b, 2015.

Como se muestra en la Tabla N° 17, cada UPA estaba asociada a un hospital de referencia cabecera; en términos organizativos, el Director de la UPA formaba parte del equipo de dirección de dicho hospital. No obstante esta dependencia en términos institucionales formales, se pensaron y se convirtieron en un espacio “intermedio” entre los hospitales y los CAPS. Cada UPA realizaba las derivaciones a los hospitales de los cuales dependía, ampliando la red de servicios y sumando experiencia de articulación.

Un espacio de gestión que fortaleció el vínculo entre las UPA y el segundo nivel fue la participación de los Directores de UPA en las reuniones de servicios de los hospitales (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b y Entrevista a Director /a de UPA, 2018: c).

Existieron otros modelos adaptados, un caso fue la UPA de ruta 2 (Km 65), pensada en su ubicación estratégica en rutas para atender prontamente víctimas de accidentes múltiples, de atención inmediata para luego realizar la derivación. Otra adaptación del formato, fueron las UPA de General Rodríguez y de Mar del Plata que reemplazaron el

servicio de emergencia del hospital por diversos motivos, el criterio fue ordenar el tránsito del ingreso al hospital (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: b).

Tabla N° 17: Hospitales de referencia de cada Unidad de Pronto Atención (UPA) del Gran Buenos Aires (GBA), en el periodo 2010 - 2015

Municipio	Nombre de la UPA	Hospital de Cabecera
José C. Paz	UPA 15	Hospital “Mercante”
Almirante Brown	UPA 5	Hospital “Dr. Lucio Meléndez”
Avellaneda	UPA 2	Hospital “Dr. Pedro Fiorito”
Berazategui	UPA 10	Dr. “Lucio Meléndez”
Florencia Varela	UPA 11	Hospital “Mi Pueblo”
Lanús	UPA 3	Hospital “Evita”
Lomas de Zamora	UPA 1	Hospital “Gandulfo”
Quilmes	UPA 17	Hospital “Iriarte”
Tres de Febrero	UPA 16	Hospital “Ramon Carrillo”
Moreno	UPA 12	Hospital “Luciano y Mariano de la Vega”
Hurlingham	UPA 9	Hospital “Guemes de Haedo”
La Matanza	UPA 4 y 18	Hospital “Mi Pueblo”

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2017.

La falta de una “lógica de circuitos” en la atención de la emergencia en los hospitales fue el diagnóstico del que partió el Ministerio de Salud provincial para edificar una nueva forma de respuesta a través de las UPA.

Los “circuitos” de las UPA, dotaron de una lógica pertinente y adecuada en la atención La incorporación de esta dinámica de trabajo implicó la conformación de dos circuitos para la atención determinada por el tipo de ingreso al efector; en ambulancia o por recepción. Las UPA se dieron una nueva forma de trabajo catalogando a la urgencia y emergencia de modo directo, utilizando una paleta de colores para organizar la entrada y circulación de la población por el efector. Esa utilización de colores también se incorporó en el edificio –con bandas de colores en los muros- a fines de priorizar y catalogar la espera y tránsito de los usuarios por la UPA. El rojo se utilizó para la “emergencia”, el naranja para la “urgencia” (guardia) y el amarillo las zonas de observación o espera.

Figura N° 4: Imágenes de la señalética de “urgencia” y “emergencia”

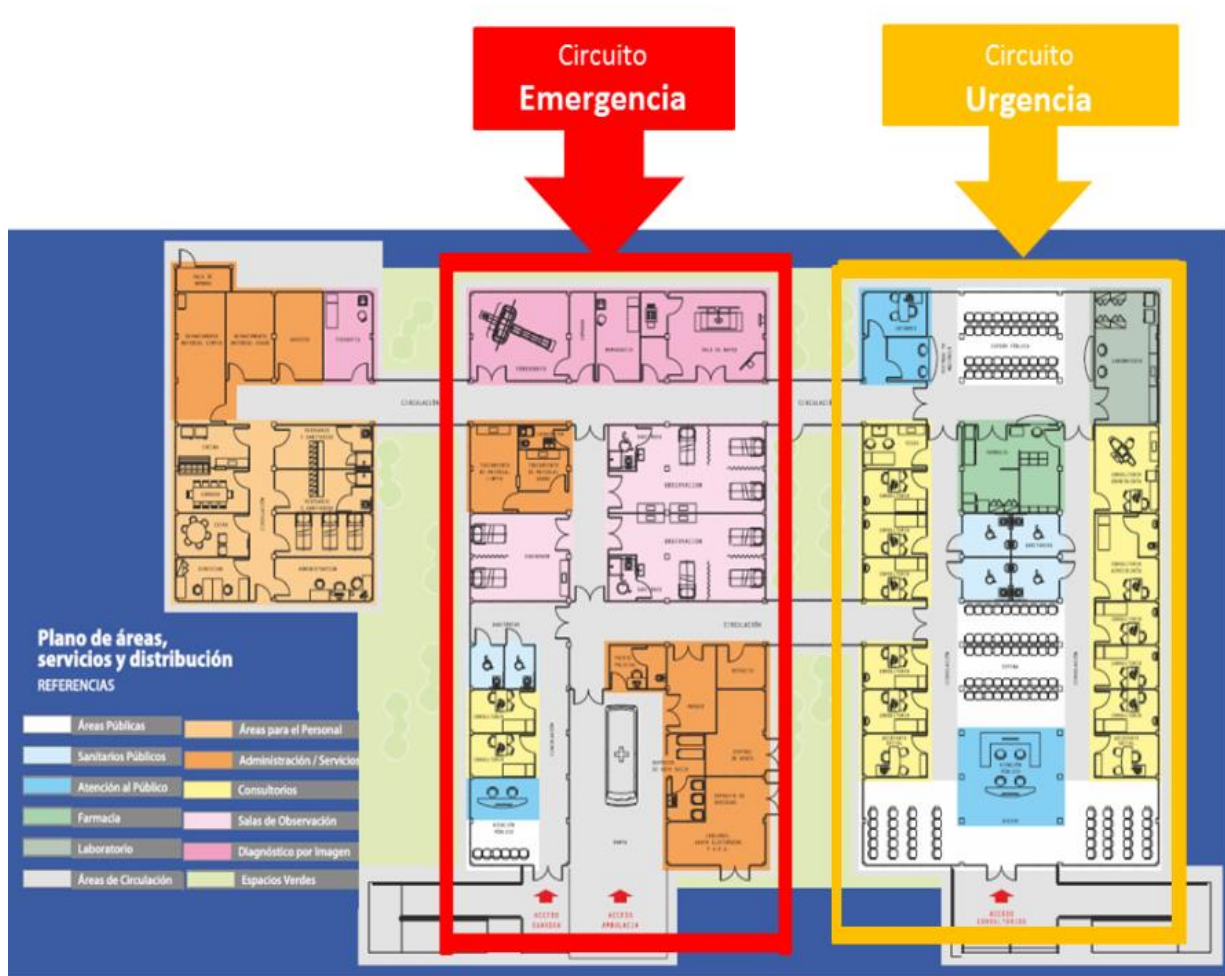


Fuente: Elaboración propia sobre las imágenes del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (b), 2015.

La clasificación por colores de los casos que ingresaban a la UPA permitió definir rápidamente a qué circuito debía ingresar cada paciente, definiendo los tiempos de atención (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires b, 2015: 6).

Con referencia al proceso de categorizar la “emergencia” y la “urgencia” mediante colores, el rojo significó atención inmediata, estos usuarios ingresaban directamente en ambulancia al shock room. Los usuarios que entraban por el circuito de guardia generalmente eran de catalogados en amarillo o verde, los amarillos requerían de atención al corto plazo y los verdes resultaron ser aquellos usuarios con problemas menores que podían esperar y resolver su problema de salud fuera de la UPA.

Figura N° 5: Circuitos de atención de “urgencia y emergencia” en el plano genérico de las Unidades de Pronta Atención (UPA)



Fuente: Elaboración propia sobre la base del plano del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (a), 2015.

Si bien las UPA orientaron su atención a la “urgencia” y “emergencia”, concretamente sucedió que gran parte los problemas con los que llegaba la población al servicio se podían resolver en los CAPS, situación que fue definitiva para fortalecer la articulación en red con el primer nivel (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: a). Las UPA articularon con los CAPS de su área de referencia, mayoritariamente por temas de patologías crónicas, hipertensión, diabetes, entre otras. Según lo relevado, entre dos tercios de los usuarios atendidos en UPA fueron clasificados como verdes, ósea como casos que podían resolver su problema en el primer nivel donde eran derivados para su seguimiento (Entrevista a Director/a de UPA, 2018: c).

Respecto a la articulación y coordinación con la red de hospitales, según fuentes primarias, encontramos que muy pocos casos necesitaron ser derivados al segundo nivel (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: a). Las UPA comenzaron a resolver demandas sanitarias del territorio que antes no se resolvían, porque los usuarios no llegaban a ningún

efector del primer o del segundo nivel. Si bien cada UPA contaba con una cama para internación, los casos de emergencia que atendieron las UPA nunca permanecieron más de 24 horas, sea porque el problema fue resuelto dentro del servicio, o bien porque se realizó la derivación al segundo nivel.

Según diversos actores involucrados en el Ministerio de Salud provincial, la “descompresión” del hospital nunca se pudo estudiar o medir cuantitativamente. Algunos funcionarios sostuvieron que la demanda de la emergencia disminuyó levemente la demanda sobre el segundo nivel (Entrevista Alto Funcionario Ministerial, 2017: a).

Recapitulando

Las UPA se desarrollaron en municipios en promedio con peores condiciones de NBI, cobertura de obra social y plan de salud y con una peor tasa de la mortalidad infantil. Como se mostró en el mapa la mayoría de las UPA fueron localizadas en el sur del GBA en municipios con altos índices de NBI, pero también en municipios con menor cantidad de camas municipales y mayor presencia de hospitales de la PBA. En esta línea podemos sostener que las UPA se instalaron en municipios con una alta presencia del segundo nivel bajo la órbita provincial que garantizaba, no sólo la implementación, sino la articulación, una nueva “puerta de entrada” y la gobernabilidad del sub sector por parte de la PBA.

El hecho que los gobiernos locales de partidos en los que se establecieron las UPA pertenecieran a la misma fuerza política que el provincial, facilitó la conformación de equipos y la articulación entre los establecimientos.

Por un lado, las UPA se instalaron en municipios con diferentes desarrollos de su subsector estatales salud. Si bien las UPA se insertaron en territorios muy diversos, el común denominador fue la situación de precariedad del barrio donde fueron instaladas y la cercanía de vías de acceso.

Un dato que surgió de la información disponible, fue que las UPA tuvieron una mayor producción de consultas que los CAPS. Las UPA se situaron en un espacio “intermedio” entre los hospitales y los centros de salud, coordinando diferentes situaciones y demandas, tanto con el primer, como con el segundo nivel. La organización interna consistió en una nueva forma de trabajo catalogando a los eventos mediante dos circuitos y de modo directo. Si bien las UPA orientaron su atención a la “urgencia” y “emergencia”, concretamente sucedió que los problemas con los que llegaba la población al servicio se podían resolver en los CAPS.

Respecto a la articulación y coordinación con la red con los hospitales y CAPS, encontramos que fue muy bajo los casos que necesitaron ser derivados al segundo nivel. No se recargó de trabajo al hospital, por el contrario las UPA comenzaron a resolver demandas sanitarias de la población que antes no se resolvían porque los usuarios simplemente no accedían a los servicios públicos.

Recapitulando para abrir nuevas interrogantes

Las Unidades de Pronta Atención (UPA) son servicios con un corto tiempo de vida, poco investigados y con escasos datos disponibles sobre su funcionamiento, situación que planteó grandes desafíos para esta tesis. Lejos de cerrar, este trabajo propone recapitular los descubrimientos de cada sección de la tesis con el fin de plantear nuevas preguntas a modo de conclusión.

En el primer apartado de esta capítulo final, pasamos en limpio los hallazgos referidos al *primer objetivo específico* el análisis del “surgimiento y expansión de estos nuevos servicios en Brasil y en la provincia de Buenos Aires (PBA) desde una perspectiva comparada”. Recapitulamos la experiencia brasilera y de la provincia con el propósito de realizar contrapuntos y pasar en limpio similitudes, diferencias y aprendizajes.

En el segundo apartado, referimos al *segundo y tercer objetivo específico* sobre el análisis de “la gestación, implementación y puesta en marcha de la atención” y sobre el estudio de “las condiciones socio sanitarias y la trama de servicios en los municipios del GBA”. En este sentido, revisamos algunos hallazgos y conclusiones sobre la experiencia de las UPA con la finalidad de identificar las particularidades en el proceso de implementación, desarrollo y puesta en marcha de la atención de “urgencias” y “emergencias” en los municipios del GBA.

1. Contrapuntos entre la experiencia de Brasil y de la provincia de Buenos Aires (PBA)

En esta sección realizamos una comparación entre la experiencia de Brasil y la PBA. Estos “contrapuntos” nos permitieron reconocer las similitudes y diferencias entre ambas experiencias. La comparación se realizó sobre los siguientes ejes analizados en los capítulos previos: origen, actores promotores, gestión, estructura, infraestructura, coordinación, normativas y el desarrollo de los recursos humanos.

Un contrapunto relevante refiere a los diferentes *orígenes* de las experiencias. En Brasil fue producto de varios años de redefinición de la política de la atención de las “urgencias” y “emergencias”, mientras que en el caso de la PBA, el origen fue producto de una réplica o de una “transferencia internacional de políticas pública”.

Como observamos, las UPA en la PBA fueron iniciativas trasplantadas desde Brasil y adaptadas a partir del entramado de instituciones, actores, procesos de gestión, y si bien en la formulación ambas experiencias aparecen similitudes, la implementación refiere a cada contexto particular.

En interés inicial del Gobernador de la PBA fue determinante en el periodo de inicio. Para el año 2015, la nota técnica del BID convergió con el diagnóstico preliminar elaborado por el Ministerio de Salud de la provincia, donde se marcó la necesidad de actuar en dirección de la reducción de la presión sobre los hospitales. Esto produjo una confluencia entre el interés del Gobernador Daniel Scioli con el diagnóstico técnico, situación que facilitó que las UPA se expendieran y se consolidaran como una prioridad en la agenda del gobierno provincial para ese año³⁸.

Sobre el eje de los *actores promotores*, en la experiencia brasilera fueron producto de un proceso de desarrollo de una década, donde participaron múltiples actores: referentes de los comités regionales, Secretarios de Salud de los municipios, autoridades de Ministerios de Salud, tanto el estadual y como el federal. En la experiencia de la PBA, como se mencionó, tuvo una fuerte presencia de la figura del Gobernador Scioli, pero también de los equipos técnicos del Ministerio de Salud de la provincia.

Con relación al eje de la *gestión*, encontramos que en la experiencia brasilera el nivel Estadual fue el nivel articulador, con una importante coordinación del nivel Federal y con los municipios, principalmente en los temas financiamiento y coordinación. También los diversos comités (estaduales y regionales) fueron facilitadores del desarrollo de la experiencia. En la PBA, la gestión de la UPA se encontró bajo la órbita provincial, aunque los municipios fueron importantes para la articulación con el territorio y los diferentes establecimientos de la red sanitaria, y en algunos casos gestionan recursos adicionales para los servicios de “pronta atención”.

Sobre la *estructura* la experiencia de Brasil para el año 2015, alcanzó un número de 416 establecimientos, mientras que en la PBA para el mismo año se habían desarrollado 18 unidades en el territorio provincial, y 13 en la región de GBA.

Respecto al tema de la particular *infraestructura* de las UPA, el formato brasilero fue copiado idénticamente en las primeras construcciones en la PBA los años 2010 y 2011, aunque posteriormente fueron adaptadas a los requerimientos que fue definiendo la articulación con los municipios.

³⁸ Posteriormente, el Gobernador Scioli se comprometió a construir 20 UPA durante los cuatro años, en la apertura de sesiones de su segundo mandato, el 1° de marzo de 2012.

Sobre la *localización* de las UPA, por el lado de la experiencia brasilera hallamos que estuvieron formalizados los criterios de selección de territorios aunque su expansión fue acelerada, sin una efectiva organización en red. Por el lado del caso provincial, no encontramos criterios formales para la selección de los municipios, sino más bien una lógica de acuerdos entre actores sobre la base de las necesidades de la población en situación de vulnerabilidad, donde se privilegió la región sur del GBA.

Sobre los temas de *coordinación*, en la experiencia brasilera encontramos que las UPA estaban bajo la órbita de los cuerpos de bomberos lo cual en términos logísticos facilitó el abordaje inmediato de los casos de “urgencia” y “emergencia”. Por el lado de la experiencia de la PBA, encontramos que durante el periodo bajo estudio, el servicio encargado de las “urgencias” y “emergencias” a nivel provincial fue el Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria (SIES)³⁹. Este sistema articulaba con los municipios⁴⁰, facilitando la red de comunicaciones y recursos para el abordaje de la atención de la “urgencia” y “emergencia”. Si bien el SIES estaba bajo la órbita provincial, el sistema debió articular con los bomberos bajo la órbita municipal para los casos donde debían intervenir.

Respecto del eje de las *normativas*, hallamos que la experiencia brasilera tuvo un gran despliegue de legislación para regular el funcionamiento de la “urgencia” y “emergencia”, con más de una década de desarrollo previo (Tabla N° 18). En el caso de la PBA encontramos pocas normativas para definir el funcionamiento de las UPA, destacando el Decreto N° 601/2012 por la cual el Ministerio de Infraestructura delegó al Ministerio de Salud provincial, la ejecución de las UPA en la PBA.

Un último contrapunto refiere a las iniciativas de *desarrollo de los recursos humanos* que en la experiencia brasilera conformó un problema estructural. El desarrollo de las UPA implicó la incorporación de médicos, emergentólogos, enfermeras médicos formados en la atención de “urgencias” y “emergencias” donde se evidenciaron conflictos con los recursos humanos por la falta de profesionales, pero también originado en los tipos de contratación precarizados.

En la PBA se incorporaron de enfermeras, médicos generalistas, pediatras formados en la atención de “urgencias” y “emergencias”. La provincia garantizó la carrera hospitalaria y condiciones formales de inserción laboral, algunos municipios cubrieron faltantes de personal. El único conflicto que emergió -en algunos casos- fue la dificultad para encontrar

³⁹ En la actualidad este servicio se denomina SAME.

⁴⁰ El SIES 107 integra a 22 centrales operativas destinadas a la cobertura en salud en todo el territorio provincial.

profesionales entrenado en la “emergentología”. En la siguiente tabla se presenta una síntesis de la comparación de cada eje.

Tabla N° 18: Ejes de comparación entre la experiencia brasilera y de la provincia de Buenos Aires (PBA), año 2015

Ejes	Brasil	Provincia de Buenos Aires
Origen	Experiencia con un largo periodo de gestación fundado por las políticas de urgencia previas (PNU) y consolidada con la atención pre hospitalaria promovida por el SAMU. Diferentes normativas fueron gestando las bases de la atención de la “urgencias y emergencia”.	Adaptación de la experiencia de Brasil, transferencia internacional de políticas pública.
Actores promotores	Secretarios de Salud de los municipios, autoridades de Ministerios de Salud estadual y federal.	Gobernador y equipos técnicos del MSP.
Gestión	Estadual, con una importante articulación el nivel Federal y con los municipios principalmente en los temas financiamiento y coordinación. Con un importante papel de los Comités Regionales y Estaduales.	Provincial, con una articulación municipal menor en financiamiento pero importante en la articulación.
Estructura	416 efectores.	18 efectores.
Localización	17 Estados a lo largo del territorio brasilero, La región Sudeste concentra la mayor cantidad.	1 Provincia, en 17 municipios de la de los cuales 12 forman parte del GBA.

Infraestructura	<p>Construcciones industrializadas modulares que facilitan el desarrollo orgánico del funcionamiento. Edificaciones con 4 sectores vinculados a las áreas de funcionamiento orgánico de los servicios; administración, consultorios, guardia y diagnóstico.</p>	<p>El formato brasilero fue copiado idénticamente en las primeras construcciones.</p> <p>Posteriormente fueron adaptadas a los requerimientos que fue definiendo la articulación con los municipios. Se redujeron las dimensiones del terreno.</p>
Coordinación	<p>En el caso Brasilero las UPA estaban bajo la órbita de los cuerpos de bomberos lo cual términos logísticos facilitó el abordaje inmediato de los casos de urgencia y emergencia.</p> <p>Coordinación con la red del SUS.</p>	<p>Articulación con el SIES (Sistema Integrado de Emergencia Sanitaria, actual SAME) de los municipios, facilitando la red de comunicaciones. Las UPA también articularon con el primer y segundo nivel, además con otras dependencias municipales, bomberos y la policía.</p>
Normativas	<p>NOAS 01, Ordenanza 2048, GM/MS Ordenanza 2072, Ordenanza 2657, Ordenanza 3125, Ordenanza GM/MS 2922, Ordenanza GM/MS 1020, Ordenanza GM/MS 1600/1601, GM/MS 2648, Decreto 7508, Ordenanza GM/MS 2820/2821, Ordenanza GM/MS 1171/1172.</p>	<p>Decreto 601 / 12.</p> <p>Por este el Ministerio de Infraestructura delega al Ministerio de Salud la ejecución de las UPA en la provincia de Buenos Aires</p>

Recursos humanos	Incorporación de médicos, emergentólogos, enfermeras médicos formados en la atención de “urgencias” y “emergencias”. Conflictos con los recursos humanos constituyeron un problema en relación a la falta de profesionales, pero también orinado en los tipos de contratación precarizados.	Incorporación de enfermeras, médicos generalistas y otros formados en la atención de “urgencias” y “emergencias”. Incorporación de pediatras. La provincia garantizó la carrera hospitalaria y condiciones formales de inserción laboral, algunos municipios cubrieron faltantes de personal.
-------------------------	--	---

Fuente: Elaboración propia sobre la base del relevamiento bibliográfico

En el caso de Brasil, hallamos que las UPA se insertaron en la red de atención de salud reforzando y reproduciendo la dinámica de fragmentación ya establecida, resultando en una integración limitada entre los puntos de atención a la salud, fuertemente dependientes de las relaciones interpersonales. La Región Metropolitana contó con el mayor número de servicios de UPA, particularmente Río de Janeiro, coincidentemente en la provincia donde el mayor desarrollo fue la región del GBA. En este sentido, la gestión provincial apostó que las UPA fueran parte de una estrategia de reingeniería institucional importante para la provincia.

2. Algunos hallazgos y conclusiones sobre la experiencia de los servicios de pronta atención en el Gran Buenos Aires (GBA)

Finalmente, revisamos los hallazgos del objetivo específico 2 y 3 presentando resultados a partir de: el ciclo de desarrollo de las UPA, las condiciones de vida y la estructura de los municipios del GBA donde se desarrollaron los establecimientos de “pronta atención”, y finalmente las particularidades que asumieron esos servicios en el territorio del GBA.

Sobre *el ciclo de desarrollo de las UPA*, encontramos que para la localización se seleccionaron los municipios del sur del GBA por sobre el resto de la provincia, y hallamos que se instalaron en partidos con diferentes desarrollos de sus sistemas locales de salud. Un común denominador de los municipios donde se desarrollaron las UPA fue la situación de

vulnerabilidad de la población, pero también la presencia de vías de acceso a los establecimientos.

Las UPA se consolidaron como dispositivo de política sanitaria “innovador”, con nuevas prácticas, lógicas de trabajo, nuevos recursos y nuevas formas de organizar la atención. Los establecimientos de “pronta atención” ocuparon un lugar que se encontraba vacante entre los servicios públicos y comenzaron a funcionar como una “puerta de entrada” posible y operativa. Estos servicios, también desarrollaron un vínculo de cercanía con la población, aunque no poseen el alcance de la red de los CAPS para el trabajo de abordajes integrales propios de la APS en el territorio.

En esta tesis, hallamos que una particularidad de la atención que brindaron las UPA, fue la atención de consultas médicas de casos de menor gravedad, situación que mostró una lógica de trabajo permeable a las demandas de la población consideradas como no urgentes, lo cual facilitó la aceptabilidad del servicio.

Respecto a la coordinación con la red de hospitales y CAPS, encontramos una baja necesidad de derivación al segundo nivel, por lo cual no se recargó de trabajo al hospital, por el contrario las UPA comenzaron a resolver demandas sanitarias de la población que antes no se resolvían porque los usuarios simplemente no accedían a los servicios públicos. Si bien la descompresión del hospital nunca se evaluó, algunos actores sostuvieron que la demanda de la emergencia en las guardias disminuyó levemente en el segundo nivel de los hospitales cercanos a las UPA.

El desarrollo de cada UPA, impulsó a los municipios donde fueron localizadas a ocupar un papel central en la coordinación de la “urgencia” y “emergencia”, por un lado, porque administraban el servicio de ambulancias, y por el otro lado, por garantizaban recursos adicionales según la demanda particular de cada UPA, como insumos o recursos humanos.

Los intendentes de los municipios con UPA estuvieron en sintonía política con el gobierno provincial que facilitó la incorporación rápida de los efectores. El partido de gobierno de Scioli (FPV) y los 12 municipios también pertenecían al proyecto político Nacional hasta el año 2015. Concluimos que el hecho que los gobiernos locales de municipios en los que se establecieron las UPA pertenecieran a la misma fuerza política que el provincial, facilitó la conformación de equipos y la articulación.

Respecto de las *condiciones de vida*, hallamos que las UPA se desarrollaron en promedio en municipios con peores condiciones de NBI, cobertura de obra social y plan de salud y con una peor tasa de la mortalidad infantil del GBA. Al agrupar los municipios que desarrollaron UPA frente a aquellos que no desarrollaron este servicio, observamos que la

pronta atención se expandió en el conjunto de los partidos con peores indicadores socio sanitarios.

Sobre las iniciativas sanitarias de la PBA, concluimos que la oferta de programas desplegados en simultáneo a las UPA, estuvieron orientados a fomentar las estrategias de promoción, brindar información sobre prevención de enfermedades, y garantizar el acceso a insumos y medicamentos, dejando a los establecimientos de “pronta atención” como la única iniciativa orientada a la atención.

Sobre la *estructura sanitaria*, encontramos que el aumento de la población no fue acompañado por el incremento en la cantidad de camas disponibles en establecimientos en la PBA, más allá del aumento de la oferta municipal del segundo nivel. La mayoría de las UPA fueron localizadas en el sur del GBA en municipios con altos índices de NBI, pero también en municipios con menor cantidad de camas municipales y mayor presencia de hospitales y camas provinciales. En este sentido, hallamos que las UPA se desarrollaron en partidos con una alta presencia del segundo nivel bajo la órbita provincial, que no sólo garantizaba la implementación, sino también la articulación y la gobernabilidad. Esto le otorgó a la provincia aumentar su protagonismo el sistema y abrir una nueva “puerta de entrada” a los servicios bajo su órbita.

En promedio, cada UPA experimentó una mayor producción de consultas frente al promedio de un CAPS perteneciente para el mismo municipio, a pesar de recibir situaciones de mayor complejidad. Estos establecimientos, se situaron en un espacio “intermedio” entre los hospitales y los centros de salud, coordinando adecuadamente las diferentes situaciones y demandas, tanto con el primer, como con el segundo nivel.

Por último, sobre los *servicios en el territorio GBA*, la estructura edilicia y los espacios amigables, junto a profesionales atentos a los “eventos”, generaron adhesión y facilitaron la aceptabilidad por parte de la población usuaria. La organización interna promovió una nueva forma de trabajo catalogando adecuadamente a la “urgencia” y “emergencia”, comprometiendo diversos recursos, organizando y coordinando la atención con dos lógicas correspondientes.

En términos de la estructura organizacional, las UPA fueron establecimientos agregados como una nueva dirección perteneciente al hospital de referencia. El desarrollo de este nuevo servicio implicó la creación de cargos directivos y de todo tipo de perfiles. El trabajo formal que promovió el ingreso a una UPA y facilitó la incorporación del personal y la puesta en marcha de los servicios.

Los nuevos servicios de “pronta atención” lograron adhesiones de diferentes actores, parte de su expansión radicó en que respondieron a una demanda social, por una mayor “presencia del Estado en los territorios” y de ampliación de los servicios hospitalarios en la cercanía. Los medios de comunicación dieron gran visibilidad de las UPA y abonaron a la construcción de su legitimidad por parte de la población.

Finalmente, concluimos que el desarrollo de las UPA fue producto de la confluencia de una necesidad socio sanitaria del territorio con la agenda de la política del gobierno provincial, en convergencia con los municipios que desarrollaron estos innovadores servicios.

Los hallazgos hasta aquí mencionados nos abrieron un conjunto de preguntas vinculadas, tales como: ¿cómo se garantizó la sostenibilidad de las UPA?; ¿cuál fue la política que tuvo el gobierno posterior al 2015?; ¿cómo se consolidó con el tiempo el vínculo entre las UPA con los usuarios? y ¿cuáles son las disparidades entre efectores dado que articulan en red con distintas jurisdicciones?

Bibliografía

- Abramzon, M. (2001): “*Recursos Humanos en Salud en Argentina /2001*”. En Organización Panamericana de la Salud, Observatorio de Recursos Humanos en Salud Representación OPS/OMS en Argentina.
- 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 Nivel Local*”. En Serie Técnica Desenvolvimento de Sistema de Saúde, Brasília, DF.
- Ariovich, A y Jiménez, C. (2012): “*Accesibilidad a la atención de la salud en el Municipio de Malvinas Argentinas*”. UNGS, Los Polvorines, .BS AS.
- Báscolo, E. y Vasallo, C. (1999): “*Una mirada económica institucional del proceso de cambio del sector salud en Argentina*”. En: “Innovaciones en la gestión de servicios de salud”. Publicación de la Asociación de Economía de la Salud (AES), Buenos Aires.
- Briozzo, Rodrigo y Musetti y Marcel (2015): “*Método multicritério de tomada de decisão: aplicação ao caso da localização espacial de uma Unidade de Pronto Atendimento – UPA 24 h*”. En Revista Gest. Prod. Vol 10, Pág. 13 -27. São Carlos.
- Calderon, C.; Delgado, C.; González, P. (2013): “*Concepto de urgencia, emergencia, catástrofe y desastre: revisión histórica y bibliográfica*”. Facultad de Medicina, Universidad de Oviedo.
- Chiara, M. (2012): “*Salud Política y Territorio en el Gran Buenos Aires*”. UNGS / Prometeo. Bs As.
- Chiara, M.; Di Virgilio, M.; Cravino, M.; Catenazzi, (2000): “*La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el Conurbano Bonaerense*”. Colección de Investigación, Serie de informes de investigación. UNGS.
- Chiara, M.; Jiménez, C. (2007): “*Relaciones intergubernamentales (RIGs) y política de salud en el nivel local. El caso del subsector público en el Gran Buenos Aires*”. CLAD.
- Cravacuore, D.; Ilari, S.; Villar, A. (2003): “*La articulación en la gestión Municipal. Actores y Políticas*”. Editorial UNQ, Buenos Aires.

- Dematteis, G. y Governa, F. (2005): “*Territorio y territorialidad en el desarrollo local. La contribución del Modelo SLOT*”. Boletín de la A. G. E. Nro. 39. P. 31-38.
- Donabedian, A (1980): “*The definition of quality and approaches to its assessment, 1980*”; Vol. II. Ann Arbor: Health Administration Press, USA.
- Ibanéz, N.; Vianna, A; Granka, G. (2014): “*Rede de atenção às Urgências y emergências: avaliação da implantação e desempenho das unidades de pronto atendimento (UPA)*”. Gov de Brasil, OPS, CEALAG, CONASS. Rio de Janeiro.
- Konder, M. y O’Dwyer, G. (2015): “*As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências*”. En Revista de Saúde Coletiva. Vol. 10, Pág. 525 - 545. Rio de Janeiro.
- Lima, L.; Machado, C.; O’Dwyer, G.; Baptista, T.; Andrade, Konder, M. (2014): “*Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil*”. En Revista Temas Livres Free Themes. Vol. 10, Pág. 595 - 605. Rio de Janeiro.
- Maceira, D.; Cejas, C.; Ovliviaga, S. (2010): “*Coordinación e integración: el desafío del sistema de salud argentino*”. Documento de Trabajo N°49. CIPPEC.
- Machado, C.; Lima, L.; O’Dwyer, G.; Andrade, C.; Baptista, T.; Pitthan, R.; Ibanéz, N. (2016): “*Gestão do trabalho nas Unidades de Pronto Atendimento: estratégias governamentais e perfil dos profissionais de saúde*”. En Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro.
- Machado, C.; Salvador, F.; O’Dwyer, G. (2011): “*Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: análise da política brasileira*”. Rev. Saúde Pública, Vol. 10, Pag, 519-28. Brasil.
- O’Dwyer, G. (2010): “*A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. Management of attention to emergency rooms and the federal role*”. Ciência & Saúde Coletiva, Pág. 2395-2404.
- Parsons, W. (1997): “*Public Policy. An introduction to the theory and practice of policy analysis*”. 1ª reimp. Gran Bretaña. Edward Elgar Pub. 1997.

- Piana, S. (2014): *“El Plan de Regionalización de la Provincia de Buenos Aires: Una aproximación a sus presupuestos teóricos”*. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP.
- Pressman, J. y Wildavsky, A. (1973): *“Implementación. Como grandes expectativas concebidas en Washinton se frustran en Oakland”*. Fondo de Cultura Económica. México. 1ª Edición.
- Plan de Regionalización (2011): *“Plan de regionalización. La Estrategia de Desarrollo para la Provincia”*. Documento del Gobierno Provincial.
- Rocha, A. (2005): *“Determinantes da procura de atendimento de urgencia pelos suarios nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte”*. Dissertação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais: Brasil.
- Rovere, M. (2006): *“El campo de recursos humanos en salud o los recursos humanos en el campo de la salud”*. En: Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Pp. 45-79.
- Starfield, B (2004): *“Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías”*. Ed. Masson, 2da edición. Madrid.
- Subirats, J. (1989): *“Análisis de Políticas Públicas y eficacia de la Administración Pública”*. Madrid, Ministerio de Administraciones Públicas. España.
- Tobar, F. (2000): *“Herramientas para el análisis del sector salud”*. Mimeo. Buenos Aires.
- Uchimura, Liza (2014): *“Diagnostico da integração e da adequabilidade das unidades de pronto atendimentos (UPAs) do estado do Párana ás redes de atenção do Sistema Unico de Saúde”*. Dissertacao, Faculdade de Medicina da Universidades de Sao Paulo. Brasil.
- Villanueva, A. (1996): *“Estudio introductorio”*. En la *“Hechura de las Políticas”*. Miguel Porrúa. México. Segunda edición.
- Vinicius, S. (2017): *“Apontamentos para a investigação sobre a Transferência Internacional da Unidade de Pronto Atendimento”*. I Seminario Discendente do Programa PPGDPP. UNIRIO, Brasil.

–Wallace y Haass, (2001); *“Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambios para los adultos mayores de EEUU”*. Scholl of Public Health Center for Center Policy Reserch.

Documentos

–Banco Interamericano de Desarrollo (2015): *“El Centro de Gobierno en la Provincia de Buenos Aires Diagnóstico de funcionamiento y propuestas de fortalecimiento”*. Nota Técnica: N° IDB-TN-888. Public adm., Argentina, Buenos Aires (Province). I. Alessandro, Martin. II. Lafuente, Mariano. III. Reyes, Javier A. IV. Straface, Fernando. V. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Capacidad Institucional del Estado. VI. Serie.

–Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, (c) (2014): *“¿Qué es el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Paciente Diabético de la Provincia de Buenos Aires”*. Informe del MSP.

–Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, (a) (2015): *“Unidades de Pronta Atención las 24 hs”*. Informe UPA 24 hs, Buenos Aires.

–Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, (b) (2015): *“UPA 24 horas, Hospital Intermedio”*. Informe UPA 24 horas, Buenos Aires.

–Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, (d) (2010): *“¿Qué es el PRODIABA”*. Documento del MSP.

–Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, (d) (2010): *“Informe de Gestión Semestral del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”*. Documento del MSP.

–Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, (e) (2011): *“Manual de codificación estadística en el 1° Primer Nivel de Atención, Seguro Público del Salud”*. Informe del MSP.

–Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, (f) (2015): *“Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil”*. Informe del MSP.

- Organización Mundial de la Salud (2017): “*Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria*”. OPS y BM 7 BIRF /AIF.
- Organización Panamericana de la Salud (2002): “*La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*”. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2013): “*Marco de Respuesta a Emergencias*”. Washington, DC: OPS.

ANEXOS

Índice de Anexo

Tablas.....117

Tabla N° A.1: Localizaciones de las Unidades de Pronto Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2015

Tabla N° A.2: Partidos políticos que gobernaron los municipios con Unidades de Pronto Atención (UPA) del Gran Buenos Aires (GBA), año 2010 y 2015

Tabla N° A.3: Municipios con Unidades de Pronto Atención (UPA) según sección electoral, año 2015

Tabla N° A.4: Cantidad de centros de atención primaria de la salud (CAPS), consultas médicas y consultas totales en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2008

Tabla N° A.5: Camas en el Gran Buenos Aires (GBA), el interior y en toda la provincia, año 2010

Tabla N° A.6: Efectores y camas en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2008.

Tabla N° A.7: Camas, establecimientos con y sin internación según jurisdicción en municipios del Gran Buenos Aires (GBA), año 2015

Tabla N° A.8: Consultas en establecimientos con y sin internación y por habitante en municipios del Gran Buenos Aires (GBA), año 2015

Tabla N° A.9: Porcentaje de la inversión municipal en salud en los municipios del Gran Buenos Aires (GBA), periodo 2003 y 2010.

Tabla N° A.10: Cantidad de camas del subsector público, por 1.000 habitantes en la provincia de Buenos Aires, el Gran Buenos Aires (GBA) y el resto de la provincia entre los años 2003 y 2010

Tabla N° A.11: Porcentaje de población no cubierta por obra social o plan médico en los años, 2004, 2010 y 2015 en los 24 municipios del Gran Buenos Aires (GBA)

Tabla N° A.12: Porcentaje de población cobertura de por obra social o plan médico entre los años 2004 y 2015 en los 24 municipios del Gran Buenos Aires (GBA)

Tabla N° A.13: Comparación de cobertura de obra social o plan privado de salud, las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y la tasa de mortalidad infantil, en el Gran Buenos Aires (GBA), frente a sus municipios con Unidades de Pronto Atención (UPA), año 2015

Tabla N° A.14: Promedio de consultas en centros de atención primaria de la salud (CAPS) por habitante para los municipios del Gran Buenos Aires (GBA) en el año 2003 y 2010.

Tabla N° A.15: Porcentaje de consultas anuales por habitante en centros de atención primaria de la salud (CAPS) de municipios con Unidades de Pronto Atención (UPA), año 2015

Tabla N° A.16: Cantidad de consultas mensuales en la Unidades de Pronto Atención (UPA) y en promedio de consultas mensuales de un centro de atención primaria de salud (CAPS), por municipio, año 2015

Tabla N° A.17: Promedio de inversión local en salud en municipios con Unidades de Pronto Atención (UPA) y el total de los municipios del Gran Buenos Aires (GBA), año 2010

Tabla N° A.18: Índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) de hogares en los municipios del Gran Buenos Aires (GBA), según el Censo 2010

Tabla N° A.19: Camas cada mil habitantes según municipio con Unidades de Pronto Atención (UPA), año 2015

Tabla N° A.20: Cantidad de camas provinciales y municipales en distritos con y sin Unidades de Pronto Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2010

Mapas.....127

Mapa N° A.1: Cobertura de obra social y/o plan de salud privado en los 24 municipios del Gran Buenos Aires (GBA), año 2001.

Mapa N° A.2: Cobertura de obra social y/o plan de salud privado en los 24 municipios del Gran Buenos Aires (GBA), año 2010.

Mapa N° A.3: Mortalidad infantil en los 24 municipios del Gran Buenos Aires (GBA), año 2001

Mapa N° A.4: Mortalidad infantil en los 24 municipios del Gran Buenos Aires (GBA), año 2010.

Mapa N° A.5: Localización de la Unidades de Pronto Atención (UPA) en municipios del Gran Buenos Aires (GBA), según necesidades básicas insatisfechas (NBI), año 2010.

Mapa N° A.6: Localización de las Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA), y cantidad de camas cada 1000 habitantes en establecimientos municipales del segundo nivel, según necesidades básicas insatisfechas, año 2010.

Gráficos.....130

Gráfico N° A.1: Cantidad de Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA) y el resto de la provincia de Buenos Aires (PBA) hasta el año 2015

Gráfico N° A.2: Índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) de hogares en los municipios del Gran Buenos Aires (GBA), según el Censo 2010

Gráfico N° A.3: Camas cada mil habitantes según municipio con Unidades de Pronta Atención (UPA), año 2015

Gráfico N° A.4: Porcentaje de la inversión municipal en salud en los municipios del Gran Buenos Aires (GBA) con Unidades de Pronta atención (UPA), año 2010

Materiales del Trabajo de Campo.....132

Grilla de Entrevistados

Guion N° 1: Entrevista a funcionarios de la Provincia de Buenos Aires

Guion N° 2: Entrevista a Directores de UPA en el GBA

Guion N° 3: Entrevista a Especialista / Académico sobre las UPA

Relevamiento hemerografico: Listado de Medios de comunicación consultados, resumen, URL y fecha, año 2017

Tablas**Tabla N° A.1: Localizaciones de las Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2015**

Municipio	Dirección
Lomas de Zamora	Avenida Presidente Perón -camino negro- y Recondo – Riachuelo
Avellaneda	Caxaraville entre Boulevard de los Italianos y De la Peña
Lanús	Osorio y Pasaje Aguirre
La Matanza	Ruta 3, Km. 29.5000 y Ruta 3 Km. 38
Almirante Brown	Av. Aviación e/ Bulogne Sur - Mer y Del Lado Oeste Longchamps
Quilmes	Cabo Sessa entre 185 y 186
Berazategui	Calle 147 y Otto Bemberg -calle 55-
Florencio Varela	Av. Padre Obispo Jorge Novak y Los Charrúas
Moreno	Ruta 24 y Conscripto Bernardi
José C Paz	Ayacucho e/ Lima y Naciones
Tres de febrero	Calle Pte. Juan Domingo Perón y Aviador Tte. Benjamín Matienzo
Hurlingham	Veragua y Aristizábal

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

Tabla N° A.2: Partidos Políticos que gobernaron los municipios con Unidades de Pronta Atención (UPA) del Gran Buenos Aires (GBA), año 2010 y 2015

Municipio	Gestión Local	Posterior al 2015
Lomas de Zamora	FPV - PJ	FPV – PJ
Avellaneda	FPV - PJ	FPV – PJ
Lanús	FPV - PJ	Cambiamos
La Matanza	FPV - PJ	FPV – PJ
Almirante Brown	FPV - PJ	FPV – PJ
Quilmes	FPV - PJ	Cambiamos
Berazategui	FPV - PJ	FPV – PJ
Florencio Varela	FPV - PJ	FPV – PJ
Moreno	FPV - PJ	FPV – PJ
José C Paz	FPV - PJ	FPV – PJ
Tres de febrero	FPV - PJ	Cambiamos
Hurlingham	FPV - PJ	FPV – PJ

Fuente: Elaboración propia sobre la base del relevamiento hemerográfico

Tabla N° A.3: Municipios con Unidades de Pronta Atención (UPA) según sección electoral, año 2015.

Municipio	Sección electoral
Lomas de Zamora	Tercera
Avellaneda	Tercera
Lanús	Tercera
La Matanza	Tercera
Almirante Brown	Tercera
Quilmes	Tercera
Berazategui	Tercera
Florencio Varela	Tercera
Moreno	Primera
José C Paz	Primera
Tres de febrero	Primera
Hurlingham	Primera

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

Tabla N° A.4: Cantidad de centros de atención primaria de la salud (CAPS), consultas médicas y consultas totales en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2008.

Jurisdicción	Centros de Atención Primaria (CAPS)	Consultas médicas totales	Consultas en CAPS
Nacionales	--	2.3% (580.369)	--
Provinciales	--	18.6% (4.749.804)	--
Municipales	100% (749)	79.1 (20.222.645)	100% (16.937.486)
Totales	100% (749)	100% (25.552.818)	100% (16.937.486)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de UAES, 2008.

Tabla N° A.5: Camas en el Gran Buenos Aires (GBA), el interior y en toda la provincia, año 2010

Nivel	Total	Provincial	Municipal	Nacional
Interior de la provincia	18.728	6.985	10.441	1.302
GBA	9.088	5.532	3.084	472
Total Provincia	27.816	12.517	13.525	1.774

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

Tabla N° A.6: Efectores y camas en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2008

Efector	Municipio	Provincia	Nación	Total
Hospitales	34	30	2	66
Camas	2802	5599	481	8882

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

Tabla N° A.7: Camas, establecimientos con y sin internación según jurisdicción en municipios del Gran Buenos Aires (GBA), año 2015

Municipios	Total			Provincial			Municipal			Nacional		
	C/I	S/I	Camas	C/I	S/I	Camas	C/I	S/I	Camas	C/I	S/I	Camas
GRAL SAN MARTIN	4	29	571	2	2	308	2	27	263			
JOSE C. PAZ	1	35	154	1	2	154		33				
MALVINAS ARGENTINAS	7	44	764		1		7	43	764			
SAN FERNANDO	4	27	197	1	2	151	3	25	46			
SAN ISIDRO	3	20	378		1		3	19	378			
SAN MIGUEL	1	26	211		1		1	25	211			
TIGRE	2	29	239	1	1	144	1	28	95			
VICENTE LOPEZ	5	28	406	1	3	60	4	25	346			
ALMIRANTE BROWN	3	42	395	3	2	395		40				
AVELLANEDA	4	45	617	4	3	617		42				
BERAZATEGUI	4	48	245	1	2	224	3	46	21			
ESTEBAN ECHEVERRIA	1	31	131		1		1	30	131			
EZEIZA	1	23	180	1	1	180		22				
FLORENCIO	3	47	450	2	2	402	1	45	48			

VARELA										
LANUS	4	54	381	4	2	381		52		
LOMAS DE ZAMORA	3	57	1.254	2	4	1.178	1	53	76	
QUILMES	2	60	240	1	3	168	1	57	72	
HURLINGHAM	1	15	41		2		1	13	41	
ITUZAINGO	-	18	-		1			17		
MERLO	5	37	549	1	2	174	4	35	375	
MORENO	2	46	215	2	2	215		44		
MORON	3	20	803	1	2	149	1	18	172	1
TRES DE FEBRERO	2	24	251	2	2	251		22		
LA MATANZA	7	82	946	3	7	604	4	75	342	
	72	887	9.618	33	51	5.755	38	836	3.381	1
										482

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

Tabla N° A.8: Consultas en establecimientos con y sin internación y por habitante en municipios del Gran Buenos Aires (GBA), año 2015

Municipios	Consultas S/I		Consulta C/I		Consulta por habitante	
	2010	2015	2010	2015	2010	2015
SAN FERNANDO	183.555	274.933	166.653	150.491	2,1	2,5
SAN ISIDRO	591.884	641.599	764.580	871.543	4,6	5,1
VICENTE LOPEZ	358.230	580.842	609.087	807.907	3,6	5,1
TIGRE	811.473	887.553	366.720	292.252	3,1	2,8
GRAL. SAN MARTIN	676.169	637.243	839.721	838.679	3,7	3,5
TRES DE FEBRERO	707.593	718.396	344.701	297.639	3,1	3,0
JOSE C. PAZ	1.093.710	1.676.419	169.320	149.014	4,7	6,3
MALVINAS ARGENTINAS	1.606.839	996.933	1.085.109	1.228.958	8,4	6,5
SAN MIGUEL	326.494	492.633	245.250	482.304	2,1	3,3
HURLINGHAM	272.258	524.890	311.754	814.995	3,2	7,1
ITUZAINGO	288.091	293.031	-		1,7	1,7
MORON	171.867	147.408	1.015.851	842.147	3,7	3,1
MERLO	1.042.080	1.226.099	1.539.278	1.719.959	4,9	5,2
MORENO	446.246	307.631	231.458	224.468	1,5	1,1
LA MATANZA	3.639.645	3.680.319	2.550.186	2.449.720	3,5	3,0
LANUS	1.072.623	1.701.839	632.345	535.499	3,7	4,8
LOMAS DE ZAMORA	1.195.840	1.415.200	680.297	661.666	3,0	3,3
ALMIRANTE BROWN	394.731	460.857	487.348	350.859	1,6	1,4

ESTEBAN ECHEVERRÍA	409.553	790.891	220.054	176.737	2,1	2,9
EZEIZA	353.751	793.347	177.189	125.510	3,2	4,8
AVELLANEDA	533.246	938.693	724.480	617.425	3,7	4,4
QUILMES	809.656	1.253.043	454.098	409.642	2,2	2,7
BERAZATEGUI	1.038.532	1.895.267	559.847	719.408	4,9	7,5
FLORENCIO VARELA	790.372	1.308.742	397.052	411.505	2,8	3,6
Total PROVINCIA	26.448.559	S/D	28.078.337	S/D	3,5	4,0
TOTAL CONURBANO	18.814.438	23.643.808	14.572.378	15178327	3,4	3,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

Tabla N° A.9: Porcentaje de la inversión municipal en salud en los municipios del Gran Buenos Aires (GBA), periodo 2003 y 2010

Municipios	Porcentaje de la inversión municipal en Salud 2003	Porcentaje de la inversión municipal en Salud 2010
Almirante Brown	5,99%	5,50%
Avellaneda	14,35%	8,19%
Berazategui	19,45%	10,24%
Esteban Echeverría	26,30%	23,06%
Ezeiza	12,16%	14,46%
Florencio Varela	28,07%	11,20%
General San Martín	25,58%	21,58%
Hurlingham	14,74%	15,10%
Ituzaingó	13,09%	9,64%
Jose C. Paz	16,86%	7,53%
La Matanza	32,74%	26,36%
Lanús	13,19%	11,65%
Lomas de Zamora	15,57%	9,66%
Malvinas Argentinas	34,33%	40,45%
Merlo	22,32%	20,65%
Moreno	9,40%	17,80%
Morón	18,60%	20,18%
Quilmes	12,95%	12,75%
San Fernando	12,79%	13,86%
San Isidro	29,48%	25,96%
San Miguel	28,17%	23,83%

Tigre	9,36%	8,75%
Tres de Febrero	11,54%	11,31%
Vicente López	29,61%	27,87%

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Observatorio del Conurbano

Tabla N° A.10: Cantidad de camas del subsector público, por 1.000 habitantes en la provincia de Buenos Aires, el Gran Buenos Aires (GBA) y el resto de la provincia entre los años 2003 y 2010

Nivel	2.003	2.010
Provincia de Buenos Aires	18,9	17,8
Gran Buenos Aires	9,9	9,2
Resto de la PBA	34,1	33,0

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

Tabla N° 11: Porcentaje de población no cubierta por obra social o plan médico en los años, 2004, 2010 y 2015 en los 24 municipios del Gran Buenos Aires (GBA)

	2004	2010	2015
GBA	53,8	41,4	41,4

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

Tabla N° A.12: Porcentaje de población cobertura de por obra social o plan médico entre los años 2004 y 2015 en los 24 municipios del Gran Buenos Aires (GBA)

Años	PBA %	GBA %
2004	51,2	46,2
2005	51,2	46,2
2006	51,2	46,2
2007	51,2	46,1
2008	51,2	46,1
2009	51,2	46,1
2010	64,0	58,6
2011	64,6	58,6
2012	64,6	58,6
2013	64,6	58,6
2014	64,6	58,6
2015	64,6	58,6

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

Tabla N° A.13: Comparación de la porcentaje cobertura, el índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) y la Tasa de mortalidad infantil en municipios con y sin Unidades de Pronta Atención (UPA), en el año 2015

	Cobertura de obra social o plan de salud privado	Índice de hogares con NBI	Tasa de mortalidad infantil
Municipios con UPA	60,0	9,6	9,9
Municipios sin UPA	65,5	8,1	9,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, EPH e Indec 2015.

Tabla N° A.14: Promedio de consultas en centros de atención primaria de la salud (CAPS) por habitante para los municipios del Gran Buenos Aires (GBA) en el año 2003 y 2010.

Municipio	2003	2010
SAN FERNANDO	2,8	2,1
SAN ISIDRO	4,1	4,6
VICENTE LOPEZ	3,3	3,6
TIGRE	2,9	3,1
GRAL. SAN MARTIN	3,3	3,7
TRES DE FEBRERO	2,3	3,1
JOSE C. PAZ	3,9	4,7
MALVINAS ARGENTINAS	5,0	8,4
SAN MIGUEL	3,1	2,1
HURLINGHAM	1,8	3,2
ITUZAINGO	1,6	1,7
MORON	3,9	3,7
MERLO	2,0	4,9
MORENO	1,8	1,5
LA MATANZA	2,7	3,5
LANUS	3,5	3,7
LOMAS DE ZAMORA	1,6	3,0
ALMIRANTE BROWN	1,3	1,6
ESTEBAN ECHEVERRIA	1,9	2,1
EZEIZA	3,8	3,2
AVELLANEDA	3,4	3,7
QUILMES	2,1	2,2
BERAZATEGUI	3,6	4,9
FLORENCIO VARELA	2,3	2,8

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

Tabla N° A.15: Porcentaje de consultas anuales por habitante en centros de atención primaria de la salud (CAPS) de municipios con Unidades de Pronto Atención (UPA), año 2015

Municipios con UPA	Porcentaje
Jose C Paz	5,1
Almirante Brown	0,7
Avellaneda	2,4
Berazategui	5,7
Florencia Varela	2,8
Lanus	3,5
Lomas de Zamora	2,2
Quilmes	1,9
Tres de Febrero	1,5
Moreno	0,6
Hurlingham	0,8
La Matanza	1,5

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

Tabla N° A.16: Cantidad de consultas mensuales en la Unidades de Pronto Atención (UPA) y en promedio de consultas mensuales de un centro de atención primaria de salud (CAPS), por municipio, año 2015

Municipios	Efactor 1 Nivel	UPA
José C Paz	4724	2256
Almirante Brown	1094	4481
Avellaneda	2036	5335
Berazategui	4097	6612
Florencia Varela	3022	4338
Lanús	3083	4583
Lomas de Zamora	2413	4310
Quilmes	2134	3336
Tres de Febrero	2566	3726
Moreno	656	4078
Hurlingham	1400	6141
La Matanza	4069	5359

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2017.

Tabla N° A.17: Promedio de inversión local en salud en municipios con Unidades de Pronta Atención (UPA) y el total de los municipios del Gran Buenos Aires (GBA), año 2010

Municipios	Porcentaje de la inversión municipal en Salud, año 2010
Almirante Brown	5,50%
Avellaneda	8,19%
Berazategui	10,24%
Florencio Varela	11,20%
Hurlingham	15,10%
Jose C. Paz	7,53%
La Matanza	26,36%
Lanus	11,65%
Lomas de Zamora	9,66%
Moreno	17,80%
Quilmes	12,75%
Tres de Febrero	11,31%
Promedio de Municipios del GBA con UPA	12,27
Promedio GBA	16,57

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Observatorio del Conurbano

Tabla N° A.18: Índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) de hogares en los municipios del Gran Buenos Aires (GBA), según el Censo 2010

Municipios	Índice
Almirante Brown	10,5
Avellaneda	5,8
Berazategui	10,4
Esteban Echeverría	10,8
Ezeiza	14,1
Florencio Varela	17,0
General San Martín	6,7
Hurlingham	6,9
Ituzaingó	4,9

José C. Paz	12,0
La Matanza	11,9
Lanús	5,0
Lomas de Zamora	8,9
Malvinas Argentinas	12,1
Merlo	11,5
Moreno	12,9
Morón	3,5
Quilmes	9,2
San Fernando	8,6
San Isidro	3,7
San Miguel	8,2
Tigre	11,0
Tres de Febrero	4,3
Vicente López	2,4
24 partidos del GBA	9,2

Fuente: Elaboración propia sobre la base INDEC, 2010.

Tabla N° A.19: Camas cada mil habitantes según municipio con Unidades de Pronta Atención (UPA), año 2015

Municipio	Camas Cada 1000 Habitantes
Lomas de Zamora	2,1
Avellaneda	2,1
Lanús	1
La Matanza	0,6
Almirante Brown	0,7
Quilmes	0,4
Berazategui	0,7
Florencio Varela	0,7
Moreno	0,1
José C Paz	0,6

Tres de febrero	0,7
Hurlingham	0,2

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2015.

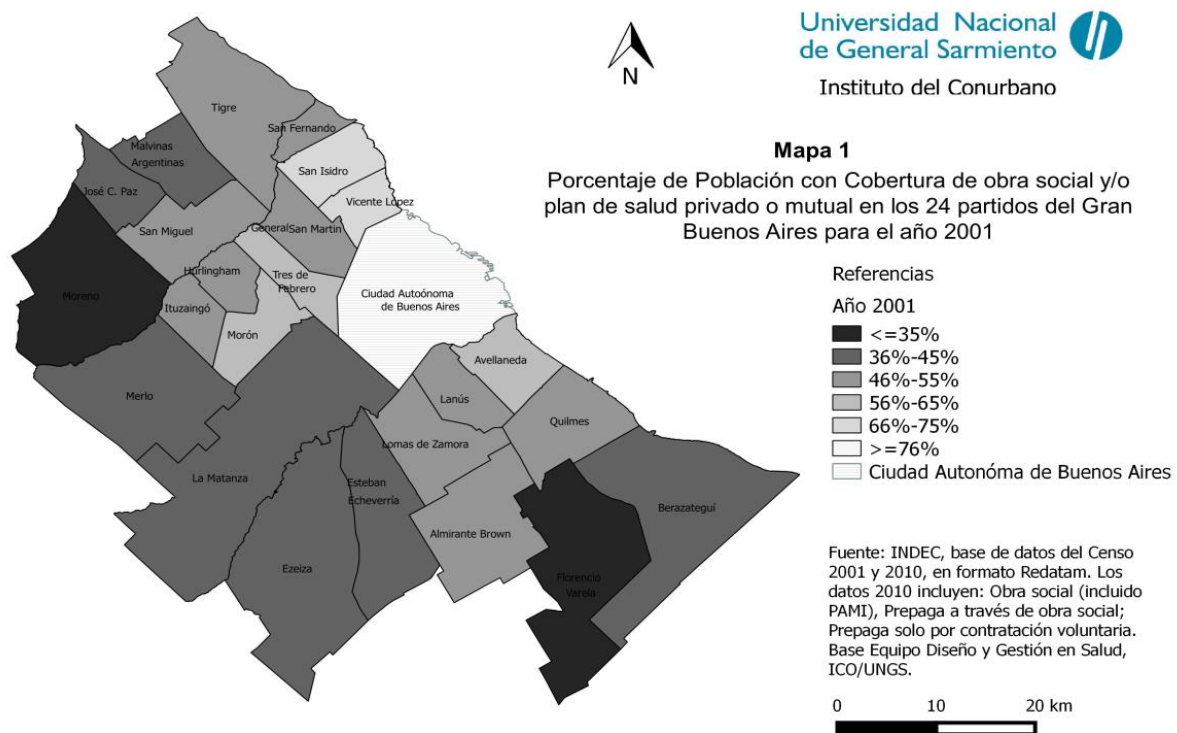
Tabla N° A.20: Cantidad de camas provinciales y municipales en distritos con y sin Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA), año 2010

	Camas Provinciales	Camas Municipales	Total
Municipios sin UPA	1166	2.781	3947
Municipios con UPA	4589	600	5189

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Dirección de información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2010.

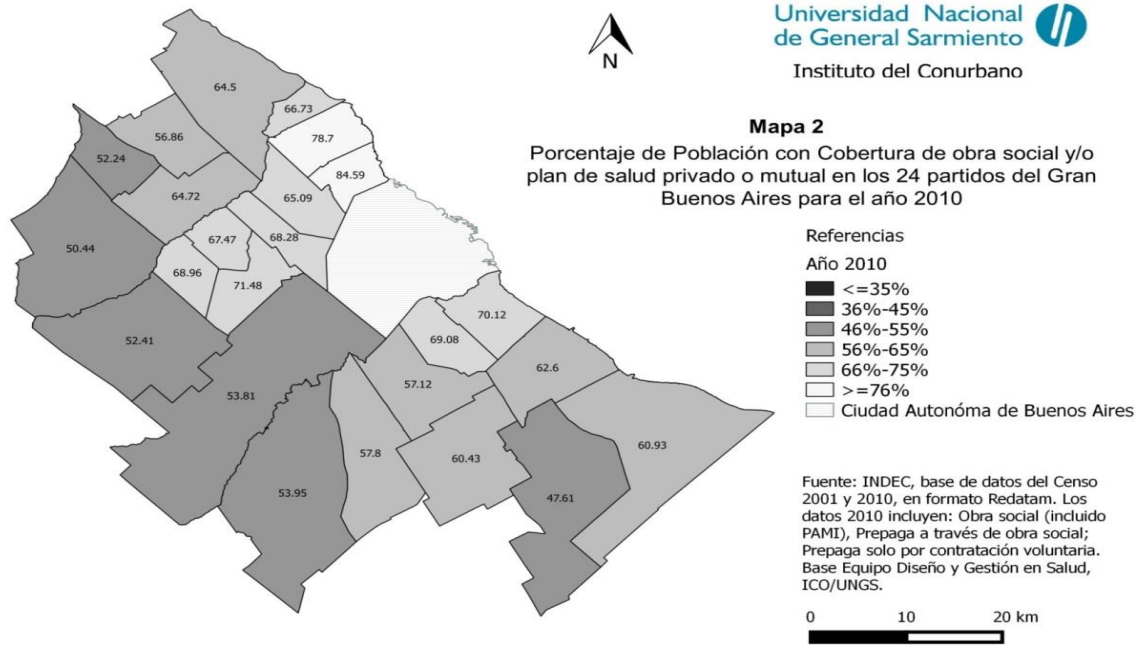
Mapas

Mapa N° A.1: Cobertura de obra social y/o plan de salud privado en los 24 municipios del Gran Buenos Aires (GBA), año 2001



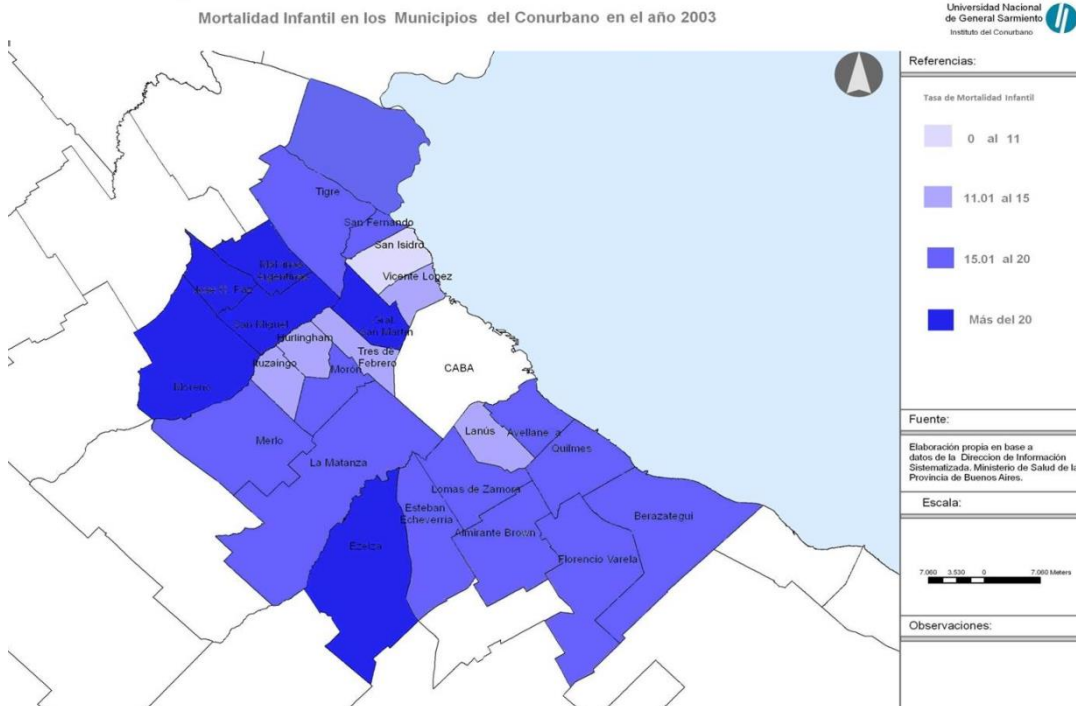
Fuente: Elaboración propia sobre la base del INDEC 2010, Laboratorio SIG – ICO, UNGS

Mapa N° A.2: Cobertura de obra social y/o plan de salud privado en los 24 municipios del Gran Buenos Aires (GBA), año 2010.



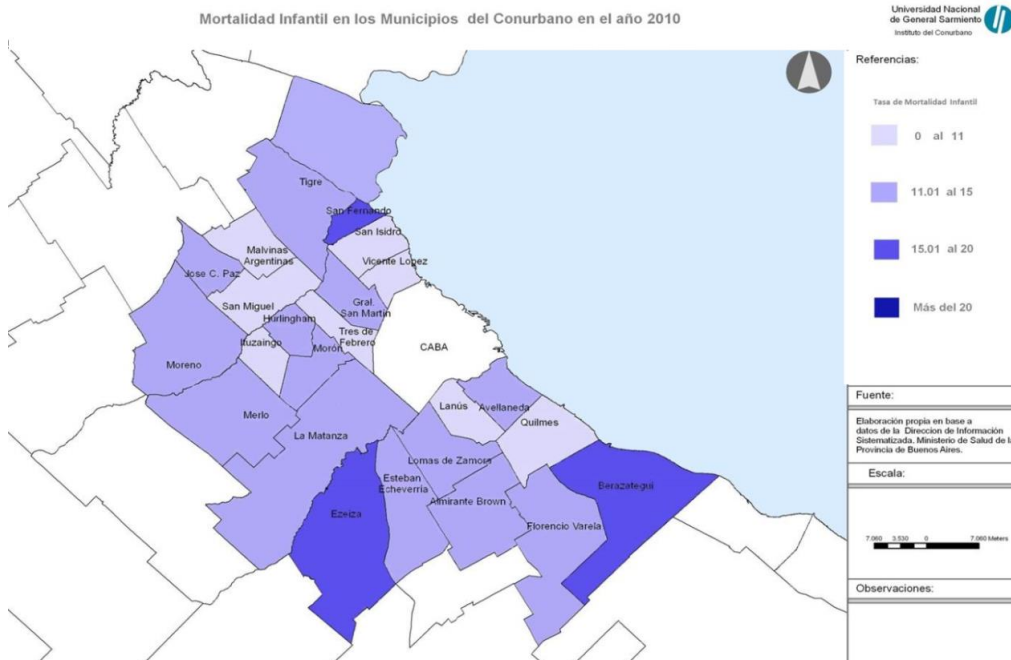
Fuente: Elaboración propia sobre la base del INDEC 2010, Laboratorio SIG – ICO, UNGS.

Mapa N° A.3: Mortalidad infantil en los 24 municipios del Gran Buenos Aires (GBA), año 2001



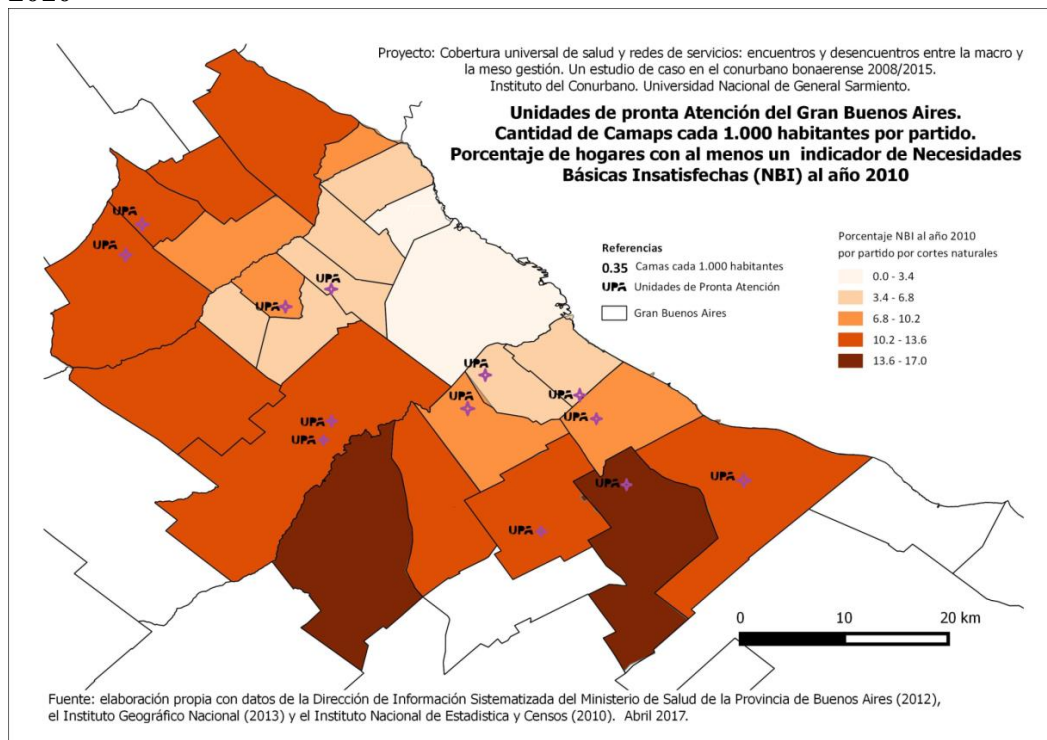
Fuente: Elaboración propia sobre la base del INDEC 2010, Laboratorio SIG – ICO, UNGS.

Mapa N° A.4: Mortalidad infantil en los 24 municipios del Gran Buenos Aires (GBA), Año 2010



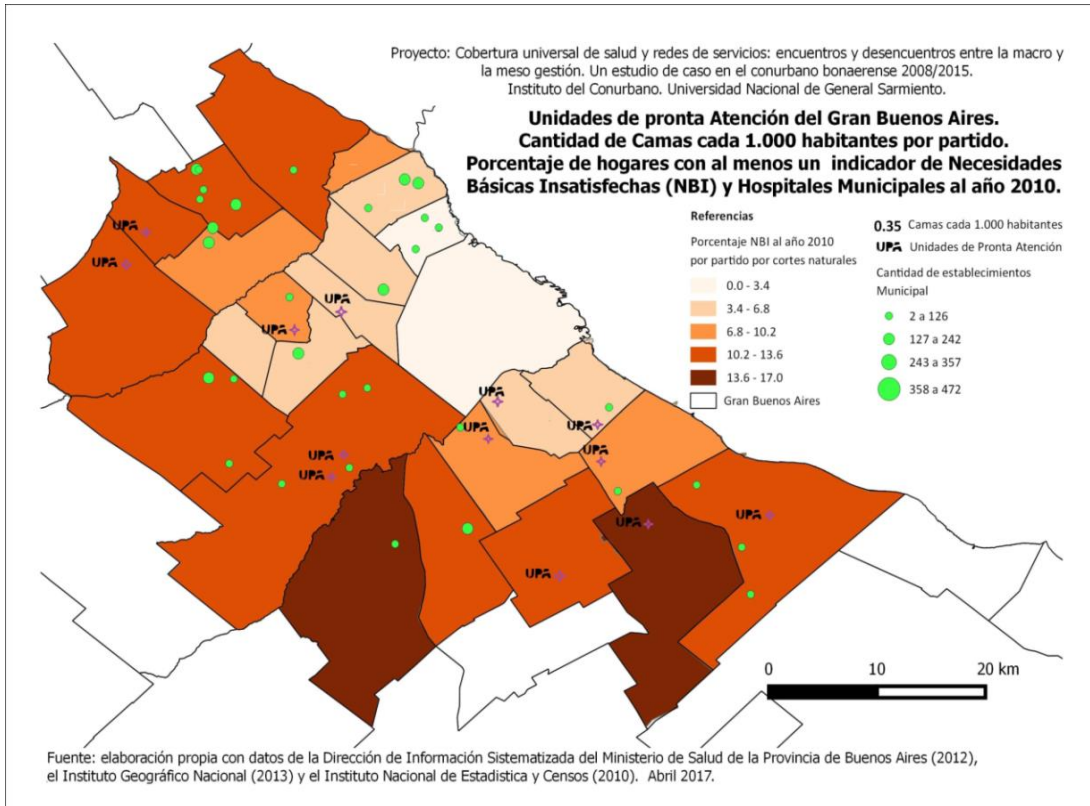
Fuente: Elaboración propia sobre la base del INDEC 2010, Laboratorio SIG – ICO, UNGS.

Mapa N° A.5: Localización de la Unidades de Pronta Atención (UPA) en municipios del Gran Buenos Aires (GBA), según necesidades básicas insatisfechas (NBI), año 2010



Fuente: Elaboración propia sobre la base del INDEC 2010, Laboratorio SIG – ICO, UNGS.

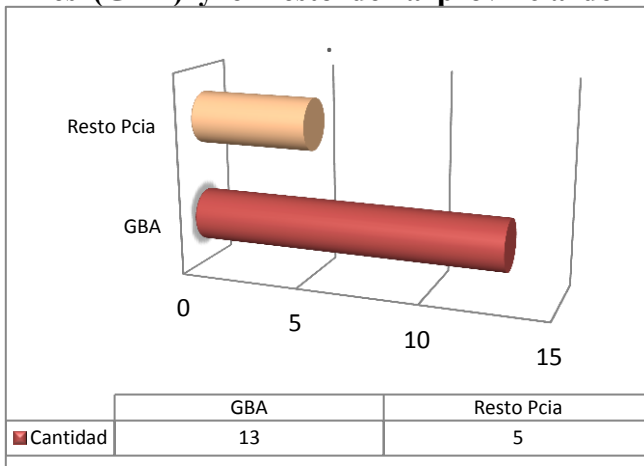
Mapa N° A.6: Localización de las Unidades de Pronto Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA), y cantidad de camas cada 1000 habitantes en establecimientos municipales del segundo nivel, según necesidades básicas insatisfechas (NBI), año 2010.



Fuente: Elaboración propia sobre la base del INDEC 2010, Laboratorio SIG – ICO, UNGS.

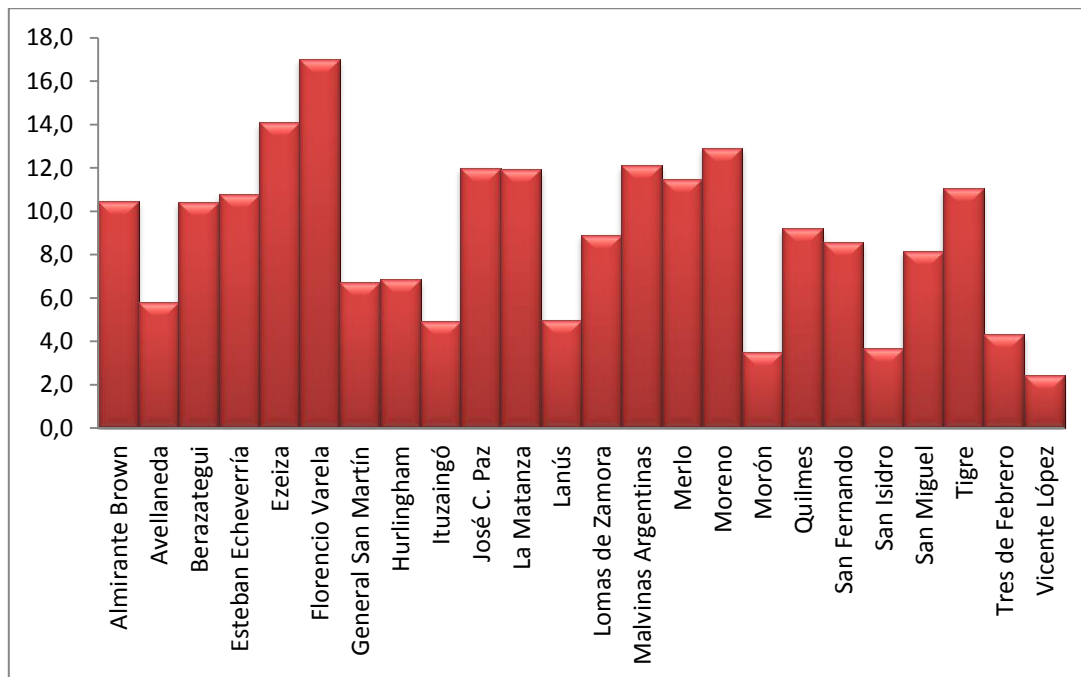
Gráficos

Gráfico N° A.1: Cantidad de Unidades de Pronto Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA) y el resto de la provincia de Buenos Aires (PBA) hasta el año 2015



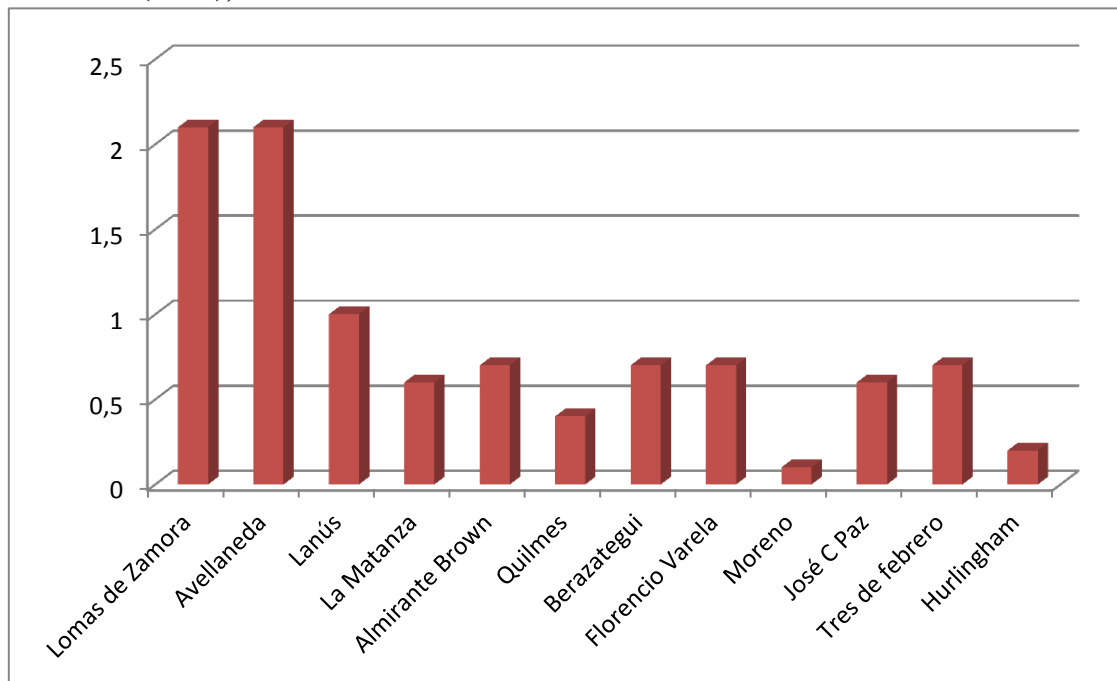
Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° A.2: Índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI) de hogares en los municipios del Gran Buenos Aires (GBA), según el Censo 2010



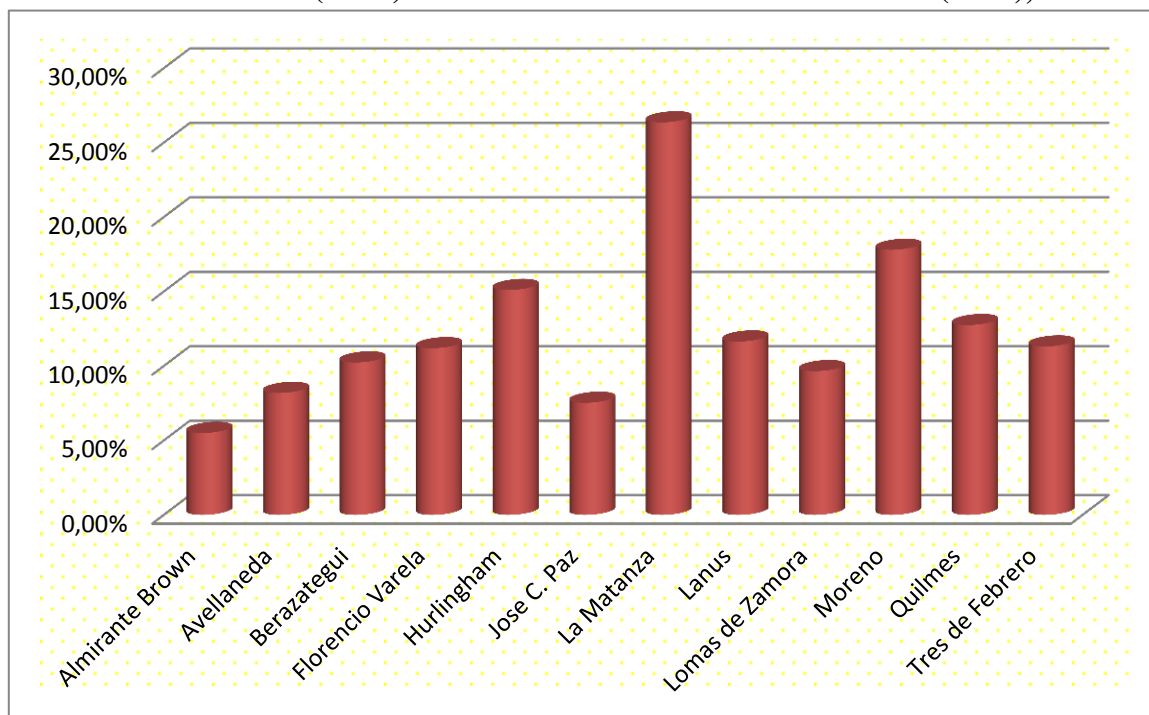
Fuente: Elaboración propia sobre la base del Indec.

Gráfico N° A.3: Camas cada mil habitantes según municipio con Unidades de Pronta Atención (UPA), año 2015



Fuente: Elaboración propia

Gráfico N° A.4: Porcentaje de la inversión municipal en salud en los municipios del Gran Buenos Aires (GBA) con Unidades de Pronta atención (UPA), año 2010



Fuente: Elaboración propia

Materiales del Trabajo de Campo

Grilla de Entrevistas

Referencia	Entrevistado	Fecha
A	Alto funcionario del Ministerio de salud de la Provincia	07/2017
B	Alto funcionario del Ministerio de salud de la Provincia	11/2017
C	Director/a de UPA	01/2018
D	Especialista/Académico especialista sobre UPA de la Universidad de Brasilia	08/2017

Guion N° 1: Entrevista a funcionarios de la Provincia de Buenos Aires

1. *¿Cómo accedió la Provincia a conocer la experiencia de Brasil de UPA?*
2. *¿Qué cosas del modelo brasilero resultaron atractivas y consideraron que podían funcionar en la Provincia?*
3. *¿Cómo la experiencia Brasilera despertó el interés de la Gestión Provincial?*
4. *¿Cuál fue el rol del Gobernador en impulsar esta iniciativa?*
5. *¿Hubo algún diagnóstico de base que favoreció la idea de incorporar UPA?*
6. *¿Cuál fue el rol de los equipos técnicos del Ministerio de Salud Provincial esta iniciativa?*
7. *¿Cuáles fueron los primeros pasos para la instalación de las UPA?*
8. *¿Qué expectativa generaron las UPA?*
9. *¿Cómo se pensó la factibilidad de la instalación en términos presupuestarios? ¿Quién la definieron?*
10. *¿Qué se esperaba del UPA respecto de los que podían dar las guardias de los hospitales?*
11. *¿Desde qué área del Ministerio encargo de darle forma el proyecto de las UPA y con qué apoyos?*
12. *¿Qué papel jugaban las regiones sanitarias en la definición de la localización de las UPAS?*
13. *¿Cuáles serán los criterios para promover la instalación de UPA en los municipios?*
14. *¿Cómo se definían los convenios entre provincia y los municipios para la implementación de las UPA?*
15. *¿Hubo municipios que demandaron las UPA?*
16. *¿Cuáles fueron los factores que a su juicio facilitaron la rápida incorporación de las UPA?*
17. *¿Cómo fue el proceso de implementación en el GBA?*
18. *¿Quién y cómo se definió que servicios que se ofrecieran en cada UPA?*
19. *¿Hubo alguna diferencia respecto del modelo brasilero, teniendo en cuenta*

nuestro escenario de fragmentación?

20. *¿Quiénes y cómo se definía la distribución de responsabilidades para la sostenibilidad de las UPA?*
21. *¿Cómo se pensó la articulación con la red de servicios entre provincia, regiones sanitarias y municipios?*
22. *¿Qué era lo novedoso que trajeron los servicios de UPA?*
23. *¿Cuál fue el aporte de la UPA a la red de servicios?*
24. *¿Cómo impactó en la articulación / coordinación entre los servicios locales?*
25. *¿Cómo funcionan organizacionalmente las UPA?*
26. *¿Cuál era el rol de los Hospitales cercanos a las UPA?*
27. *¿Cómo se dotaron de RRHH y de quienes dependieron? ¿hubo diferencias entre municipios?*
28. *¿Qué cosas se tuvieron en cuenta de las primeras UPAS en términos de aprendizajes para la segunda oleada de implantación (2015)?*
29. *¿Qué recepción tuvieron por parte de los equipos técnicos a nivel provincial?*
30. *¿Cuál fue la posición que tomaron los hospitales de las áreas programáticas de las UPA?*
31. *¿Hubo alguna demanda particular de los municipios beneficiados con el servicio?*
32. *¿Qué recepción tuvieron por parte de otros actores: gremios, organizaciones sociales, Partidos Políticos, colegios médicos, etc.?*
33. *¿Hubo registro o se pudo medir que las UPA descomprimieron efectivamente a los hospitales, básicamente de aquellas primeras creadas en el 2011?*

Guion N° 2: Entrevista a Directores de Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA)

1. *¿Cuánto sabía de la UPA y de su propuesta de servicios antes de conocerlos?*
2. *¿Qué le resultaba importante de la experiencia brasilera?*
3. *¿Tuvo alguna capacitación sobre la modalidad de servicios que promovió la UPA?*
4. *¿Cuál fue el rol del Gobernador y los equipos técnicos para impulsar esta iniciativa?*
5. *¿Qué se esperaba del UPA respecto de los que podían dar las guardias de los hospitales?*
6. *¿Cuál fue el rol del Ministerio de Salud Provincial para garantizar el funcionamiento de la UPA?*
7. *¿Qué papel jugaban las Regiones Sanitarias en la definición de la localización de las UPA?*
8. *¿Cuáles fueron los criterios para promover la instalación de UPA en los municipios donde fueron incorporadas en el GBA?*
9. *¿Sabes cómo se gestó la idea de incorporar la UPA que dirige en el GBA?*
10. *¿Cuál fue el rol del municipio?*
11. *¿Conoce como fue el convenio de los municipios de la UPA que dirige con la Provincia?*
12. *¿Quiénes y cómo se definía la distribución de responsabilidades y como se acordaban?,*
13. *¿Que marcaba la experiencia brasilera en este punto?*
14. *¿Cómo se pensó la articulación con la red de servicios entre provincia, Regiones Sanitarias y municipios?*
15. *¿En qué consistió la “novedad” de la propuesta de servicios de la UPA?*
16. *¿Cómo se organizaron internamente los servicios y cuáles fueron las particularidades?*
17. *¿Cómo fue el vínculo con los municipios y el secretario de salud?*
18. *¿Cómo fue la articulación con los CAPS?*
19. *¿Podrías describir el perfil de la demanda sobre los servicios de UPA?*

20. *¿Cómo fue la articulación con los hospitales zonales y en particular con el de referencia?*
21. *¿Cómo fue la articulación con el SIES?*
22. *¿Necesitaron coordinar con otras áreas del gobierno municipal u otros actores? (Policía, bomberos, secretaria de desarrollo social)*
23. *¿Cuál fue el aporte de la UPAS a la red de servicios?*
24. *¿Cuáles fueron los desafíos de dirigir una UPA?*
25. *¿Cómo se dotaron recursos humanos y cuáles fueron los problemas?*
26. *¿Existió una coordinación interna entre directores de UPA?*
27. *¿Usaban algún tipo de programa para el registro y seguimiento de usuarios?*
28. *¿Qué cosas se tuvieron en cuenta de las primeras UPAS en términos de aprendizajes para la segunda oleada de implantación (2015)?*
29. *¿Qué recepción tuvieron por parte desde la población los servicios de UPA?*
30. *¿Cuál fue la posición que tomaron los hospitales de las áreas programáticas de las UPA?*
31. *¿Qué recepción tuvieron por parte de otros actores: gremios, organizaciones sociales, Partidos Políticos, colegios médicos, etc.?*
32. *¿Hubo registro en cada UPA, se pudo medir que las UPA descomprimieron efectivamente a los hospitales?*
33. *¿Existe algún registro sobre la cantidad de consultas que resolvió la UPA?*

Guion N° 3: Entrevista a Especialista / Académico sobre las UPA

1. *¿Cómo fue el origen de la experiencia de Brasil de UPA?*
2. *¿Qué expectativa generaron las UPA en Brasil?*
3. *¿Qué se esperaba de las UPA, respecto de los que podían dar las guardias?*
4. *¿Conoces evaluaciones sobre el funcionamiento de las UPA?*
5. *¿Por qué la experiencia brasilera despertó el interés de la provincia?*
6. *¿Cómo fue el proceso de implementación en el GBA?*
7. *¿Cuál fue el aporte de la UPA a la red de servicios en el SUS?*
8. *¿Cómo funcionan organizacionalmente las UPA?*
9. *¿Cómo se dotaron de recurso humanos?*
10. *¿Qué recepción tuvieron por parte de otros actores?*
11. *¿Hubo registro o se pudo medir la producción de las UPA en Brasil?*
12. *¿Qué bibliografía recomendarías revisar?*

Relevamiento hemerográfico: Listado de Medios de comunicación consultados, resumen, URL y fecha, año 2017

Fecha	Medio	Resumen	Link
24/06/2011	Diario Popular	Construirán una Unidad de Pronta Atención en Catán. Funcionará las 24 horas, los 365 días del año y articulará el trabajo de los centros de salud con el de los hospitales, descomprimiendo la asistencia de las emergencias.	http://www.diariopopular.com.ar/notas/92312-construiran-una-unidad-pronta-atencion-catan

20/10/2010	Uol	Visita de Scioli y funcionarios a conocer la experiencia brasilera, en Rio de Janeiro	http://mais.uol.com.br/vie/w/cphaa0gl2x8r/eleicoes-2010-no-rio-sergio-cabral-vota-acompanado-de-fam-04020C9A3664CC813326
23/09/2011	LaCiudad	La UPA 24 horas de Avellaneda atendió más de 600 consultas en sólo 15 días. Es el nuevo centro provincial de salud de mediana complejidad, que funciona en la calle Caxaraville, entre Boulevard de los Italianos y De la Peña, de la localidad de Wilde. Aseguran que sólo un 1,5 por ciento de los casos requirió derivación.	http://laciudadavellaneda.com.ar/la-upa-24-horas-de-avellaneda-atendio-mas-de-600-consultas-en-solo-15-dias/
13/07/2013	Info Región	Unidades de Pronta Atención: la salud urgente y más cerca del barrio. Basándose en el modelo de Salud brasileño, Buenos Aires implementó hace tres años estos establecimientos que buscan descongestionar la demanda sanitaria de los grandes hospitales. Cómo funcionan para alcanzar ese objetivo y mejorar el acceso.	http://www.inforegion.com.ar/noticia/46857/unidades-de-pronta-atencion-la-salud-urgente-y-mas-cerca-del-barrio
10/04/2014	Contexto Digital	Hoy los hornenses tienen su UPA funcionando las 24 horas los 365 días del año, sin embargo, aún tienen que esperar por una ambulancia que llegue desde el Hospital San Martín, porque la unidad sanitaria no cuenta con su ambulancia	http://www.perio.unlp.edu.ar/contextodigital/node/878
24/04/2014	Periodismo del Medio	El gobernador de Buenos Aires, Daniel Scioli, realizó el anuncio en una reunión con el concejal del Frente para la Victoria de ese distrito, Juan Zabaleta, quien le comunicó que están los terrenos en un barrio de Villa Tesei para comenzar las obras del centro de salud.	http://periodismodelmedio.com.ar/?p=1040
16/05/2014	La Nación	Un histórico hospital de Lomas de Zamora, fundado en 1903, y la Unidad de Pronta Atención (UPA), creada para descomprimir la demanda sobre ese hospital, representan dos caras del mismo	http://www.lanacion.com.ar/1691758-hospitales-y-upa-las-dos-caras-de-la-salud-bonaerense

		sistema de salud, el bonaerense.	
18/09/2014	El Critico	EL intendente Osvaldo Cáffaro anunció el miércoles, en el inicio del curso de Agentes Sanitarios, que se construirá en Zárate una Unidad de Pronta Atención médica (UPA) con fondos provinciales y propios. A su vez, el propio gobernador Daniel Scioli comunicó que el próximo año se inaugurarán siete UPA en territorio bonaerense, entre ellos el de nuestra ciudad	http://www.enlacecritico.com/destacados/se-construira-una-unidad-de-pronta-atencion-en-zarate
15/01/2015	A1Noticias	El gobernador Daniel Scioli anunció la construcción de una Unidad de Pronta Atención (UPA) de 24 horas para Moreno, que se sumará a las que funcionan en Lomas de Zamora, Avellaneda, La Matanza y Lanús en cumplimiento con la política sanitaria provincial de “dar respuestas rápidas en sectores estratégicos”	http://www.a1noticias.com.ar/noticias/1351/moreno-construiran-la-unidad-de-pronta-atencion-24-horas.html
12/02/2015	Minuto 1	Las patologías simples cada vez más se resuelven en las Unidades de Pronta Atención, al ser más rápidas y cómodas para los pacientes. Las 8 UPA existentes ya asistieron más de 1,5 millones de personas desde que se inauguró la primera, en 2010. Y este año se construirán 9 en el Conurbano y 2 en el interior.	http://www.minutouno.com/notas/353635-construyen-11-nuevas-unidades-pronta-atencion-la-provincia
04/03/2015	El Dia	Construirán una Unidad de Pronta Atención en Villa Elvira. Se trata de un centro de asistencia médica de complejidad intermedia, preparado para atender emergencias. Se sumará a la que funciona en Los Hornos	http://www.eldia.com/la-ciudad/construiran-una-unidad-de-pronta-atencion-en-villa-elvira-40271
09/07/2015	Ambito.Com	El gobernador de la provincia de Buenos Aires, Daniel Scioli, junto al ministro de Salud provincial, Alejandro Collia, inauguró el jueves pasado en Florencia Varela otra Unidad de Pronta Atención (UPA), que al igual que la de Berazategui, fue financiada por el programa	http://www.ambito.com/798325-ya-funcionan-11-unidades-de-pronta-atencion

		Remediar+Redes a través del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).	
10/07/2015	Telam	El gobernador de Buenos Aires y precandidato presidencial por el Frente para la Victoria, Daniel Scioli, inauguró otra UPA, esta vez en Moreno, la décimo segunda construida en barrios de la provincia con alta demanda de asistencia sanitaria, informó el gobierno bonaerense.	http://www.telam.com.ar/notas/201507/112242-inauguracion-unidad-de-pronta-atencion-upa-moreno.html
21/04/2015	Punto Noticias	Matias Casales, administrador general del Consorcio Punta Mogotes confirmó en declaraciones al programa Vencedores y Vencidos (Radio La Red FM 91.3), que la Unidad de Pronta Atención (UPA), ubicada en el complejo de balnearios, “fue creada con la intención que esté abierta los 365 días del año, las 24 horas. Y así es. Va a estar abierta todo el año”, aseveró.	http://punto-noticias.com/130571-la-unidad-de-pronta-atencion-de-punta-mogotes-estara-abierta-todo-el-ano/
19/06/2015	La Capital	Scioli inaugura hoy una nueva Unidad de Pronta Atención. Se trata de la segunda UPA puesta en funcionamiento en Mar del Plata en lo que va del año. Atenderá durante las 24 horas los siete días de la semana.	http://www.lacapitalmdp.com/noticias/La-Ciudad/2015/07/19/284880.htm
28/05/2015	Infobae	El gobernador Daniel Scioli inauguró hoy la novena unidad de pronta atención donde destacó que "la salud y la educación pública, son dos pilares fundamentales de una sociedad inclusiva, que amplía derechos".	http://www.infobae.com/2015/05/28/1731802-scioli-inauguro-la-novena-unidad-pronta-atencion/

20/04/2016	Compromiso Diario	Notoria incertidumbre se percibe en Lezama (Dolores) sobre el destino que podría tener la Unidad de Pronto Atención (UPA-Trauma) inaugurada en el año 2014 y que brinda atención tanto a la accidentología vial como a la población en general.	http://www.compromisodiarario.com.ar/incertidumbre-sobre-el-destino-de-la-unidad-de-pronta-atencion-de-lezama/
28/05/2015	InFoban	Scioli abrió la novena unidad de pronta atención en Hurlingham. El Gobernador Daniel Scioli estuvo acompañado por el ministro de Salud Alejandro Collia y el concejal y candidato a Intendente del FPV Juan Zabaleta	http://infoban.com.ar/despachos.asp?cod_des=62835&ID_Seccion=1
05/06/2015	QueDigital	HIGA: en dos meses estará terminada la Unidad de Pronto Atención. Ya se montaron los ciellorrasos y ahora se pasará a la etapa final que contempla la colocación de los paneles divisorios correspondientes a las paredes interiores.	http://quedigital.com.ar/sociedad/higa-en-dos-meses-estara-terminada-la-unidad-de-pronta-atencion/
25/06/2015	Agencia Suburbana	Acompañado por el gobernador Daniel Scioli, el intendente de Berazategui, Juan Patricio Mussi inauguró la Unidad de Pronto Atención (UPA 24 HS) que se ubica en avenida Bemberg y calle 147 de Hudson. UPA 24 HS que funciona como un hospital intermedio, dependiente del hospital regional, y cuyo objetivo es que los vecinos estén más cerca de los centros de salud para poder ser atendidos en patologías de demanda espontánea, como pueden ser acvs (accidentes cardiovasculares) o infartos.	http://www.agenciasuburbana.com.ar/index.php/component/content/article/37-municipios/2070-con-scioli-mussi-inauguro-una-unidad-de-pronta-atencion-upa-24-hs-en-berazategui

06/07/2015	Primer Mandatario Noticias	El intendente municipal Carlos Urquiaga puso en marcha la construcción del UPA (Unidad de Pronta Atención) en el distrito. En la apertura de las sesiones del HCD local, durante su exposición ante los legisladores sobre el uso de los fondos previstos para la salud pública durante el año, dijo: “comenzamos la obra de la Unidad de Pronta Atención que está localizada en el Barrio René Favalaro, en la calle Ayacucho, entre Lima y Naciones Unidas, y brindará atención durante las 24 hs”	http://primermandatario.com/2015/07/unidad-de-pronta-atencion-24hs.html
03/07/2015	Uno Noticias	Scioli aseguró que “lo que es una realidad para la provincia de Buenos Aires quiero que sea un proyecto para el país”. Fue al inaugurar la Unidad de Pronta Atención (UPA 24 horas) número 11, en Florencio Varela, junto con el intendente local, Julio Pereyra, y el jefe de Gabinete de la Nación, Aníbal Fernández.	http://www.diariouno.com.ar/pais/inauguraron-una-unidad-pronta-atencion-buenos-aires-20150703-n51799.html
10/07/2015	Gira Bs. As.	Inauguraron una Unidad de Pronta Atención en Moreno. El gobernador Daniel Scioli puso en funcionamiento la 12ª sede de esta prestación de asistencia sanitaria; demandó una inversión de 36 millones de pesos; ¿cómo funcionan?	http://www.girabsas.com/nota/2015-7-10-inauguraron-una-unidad-de-pronta-atencion-en-moreno
07/07/2015	AgenHoy	Varela: avanza la construcción de la Unidad de Pronta Atención de Km26. Con una inversión de 36 millones de pesos se busca descomprimir la atención del Hospital Mi Pueblo ya que este nuevo edificio atenderá las 24 horas. Esta obra de infraestructura se realiza en el barrio Kilómetro 26.700, donde además funcionará una delegación municipal y un playón deportivo y recreativo.	http://agenhoy.com.ar/avanza-la-construccion-de-una-unidad-de-pronta-atencion-en-varela/

17/09/2015	El diario de Plomar	Inauguración de la Unidad de Pronto Atención de Martín Coronado. A partir del martes 22 de setiembre, día de su inauguración, comenzará a funcionar la UPA ubicada en la intersección de las calles Matienzo y Presidente Perón.	http://www.eldiariodelpalo.com.ar/comunidad/inauguracion-de-la-unidad-de-pronta-atencion-de-martin-coronado
09/09/2015	El tribuno	Cristina inaugura una Unidad de Pronto Atención junto a Lula y Scioli. El ex mandatario brasileño llegó al país para participar de un acto con el candidato y la jefa de Estado; inauguraron una Unidad de Pronto Atención en José C. Paz	http://www.eltribuno.info/cristina-inaugura-una-unidad-pronta-atencion-junto-lula-y-scioli-n611364
05/10/2015	LaPRESS Noticias	La UPA número 17 de la Provincia abrió sus puertas ayer domingo en Bernal Oeste, a unos 400 metros del Camino General Belgrano, el propósito es de descomprimir la atención en los hospitales locales de mayor complejidad.	http://www.lapress.com.ar/detalle.php?id=4432
07/10/2015	2 Sección Noticias	El ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Alejandro Collia, adelantó que planean construir una UPA en la ciudad que gestiona el Intendente Aldo Carossi (Baradero). Además, confirmó que la Provincia se hará cargo de la Placa de Diagnóstico que utiliza el Mamógrafo digital adquirido para el Hospital Municipal	http://www.segundaseccion.com/nota.asp?n=2016_12_18&id=21089&id_tiponota=4
15/10/2015	El civismo	Según anunciaron desde el Frente para la Victoria, tras una reunión entre el candidato Leonardo Boto y el ministro Alejandro Collia, la construcción de la UPA comenzará el año que viene, “con los mismos servicios de los hospitales intermedios inaugurados durante este año por el gobernador”.	http://www.elcivismo.com.ar/notas/21968/
16/11/2015	Miller (Empresa de tecnologías)	Con el empleo de estos centros, que en nuestro sistema sanitario se ubicarían a mitad de camino entre los Centros de Atención Primaria y los hospitales, Brasil logró descomprimir	http://www.millerbi.net/servicios-y-tecnologia/unidades-de-pronta-atencion-upa/

		la atención hospitalaria por guardias y resolver el 90% de las consultas en estas unidades.	
20/09/2016	Info Cielo	Confirman que las UPA no cierran y descartan falta de insumos. Evelina Chapman, Subsecretaria de Atención de la Salud destacó que la Unidad de Pronto Atención de Lezama “funciona a media asta” porque cuando se inauguró faltaba “entre un 40 y un 50 por ciento del recurso humano”.	http://infocielo.com/nota/73182/confirman-que-las-upa-no-cierran-y-descartan-falta-de-insumos/
04/09/2016	HOY	El fracaso de las UPA en la era Scioli. Trabajadores precarizados, falta de profesionales y deterioro de la infraestructura. El Ministerio de Salud bonaerense confirmó que las Unidades de Pronto Atención serán readaptadas de acuerdo a las carencias de cada territorio	http://diariohoy.net/politica/el-fracaso-de-las-upa-en-la-era-scioli-76789
23/07/2015	El Sindical	Vecinos de Avellaneda, de la localidad de Wilde, denuncian que la U.P.A. brinda una mala atención, falta personal tanto auxiliar como médico, la atención se demora por horas y no hay especialidades de guardia como por ejemplo “pediatría”, tan necesaria para los padres que no tienen lugares de atención para sus hijos	http://www.elsindical.com.ar/notas/wilde-vecinos-denuncian-mala-atencion-y-falta-de-medicos-en-u-p-a/

Fuente: Elaboración propia