

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

**CENTRO DE ESTUDIOS**

**INTERDISCIPLINARIOS**

**MAESTRIA DE SALUD PÚBLICA**

**TESINA**

Titulo:

**ORGANIZACIÓN Y SUMINISTRO DE SERVICIOS DE SALUD AMBULATORIOS**  
*Caracterización de un modelo aplicado como experiencia piloto en Santa Fe*

35

**Alumno:** Ramiro Huber  
**Director:** Dr. Mario Rovere

Octubre de 2007

# INDICE

↓ Resumen _____	Pág. 3
↓ Introducción _____	Pág. 4
↓ Planteamiento del problema	
• Importancia de los servicios de salud ambulatorios _____	Pág. 5
• El problema de la organización de los serv. ambulatorios _____	Pág. 7
↓ Objetivos del trabajo _____	Pág. 10
↓ Marco referencial	
• Las organizaciones de salud y las reformas _____	Pág. 11
• Modelos de organización de servicios ambulatorios _____	Pág. 14
• Gobernanza de los procesos de reforma _____	Pág. 26
↓ Abordaje metodológico _____	Pág. 28
↓ Resultados	
• Contexto del estudio _____	Pág. 36
• Caracterización del modelo (análisis administrativo) _____	Pág. 41
• Caracterización de los actores (análisis estratégico) _____	Pág. 52
↓ Discusión _____	Pág. 58
↓ Palabras finales _____	Pág. 66
↓ Bibliografía _____	Pág. 68

## RESUMEN

La organización del suministro de servicios de salud ambulatorios es uno de los factores que potencialmente más puede contribuir al mejor desempeño de los sistemas de atención de la salud, y es también un elemento determinante de la satisfacción de la población respecto del servicio de salud que demanda y que recibe. Sin embargo, la organización de los mismos es aún pobremente comprendida e insuficientemente considerada en las políticas y programas aplicados para la reforma de los sistemas de salud en diferentes regiones.

Referentes teóricos, instrumentos analíticos y una tipología taxonómica desarrollada recientemente por investigadores canadienses, son utilizados en el presente trabajo para ofrecer una caracterización del modelo de organización y suministros de servicios de salud ambulatorios que fue formulado y desarrollado como experiencia piloto por el Ministerio de Salud Provincial en la Zona de Salud III (Departamentos Garay y San Javier de la Provincia de Santa Fe) durante el bienio 2000-2002. Como complemento de ese primer nivel de análisis de orden administrativo-organizacional, también se identificaron y caracterizaron los diferentes actores sociales involucrados en el proceso de implementación de la experiencia piloto, describiendo sus posiciones frente a los cambios promovidos, como una primera aproximación a un análisis estratégico del proceso de cambios organizacionales implementados desde el Ministerio de Salud en aquella oportunidad.

La organización de los cuidados ambulatorios presentan una dinámica de cambios acentuados y rápidos durante los últimos años en todo el mundo -inclusive en nuestra región-; resulta entonces necesario disponer de marcos lógicos comunes y de una tipología que permitan a investigadores, decidores y planificadores comprender con mayor claridad y transparencia este componente del sistema. Con este trabajo podemos concluir que la aplicación de modelos teóricos e instrumentos de análisis formulados para otros contextos (canadiense) a un "caso" local (la experiencia piloto en Zona III) es posible, y que permite mejorar la comprensión y caracterización del nuevo modelo de organización y suministro de servicios de salud ambulatorios implementado. Sin embargo, también resulta recomendable promover la revisión y adaptación de dichos marcos teóricos e instrumentos a la realidad y el contexto de los sistemas y servicios de salud de nuestra región para su mejor aprovechamiento futuro.

## INTRODUCCIÓN

El suministro de servicios de salud ambulatorios (que involucra la oferta de servicios de promoción de la salud y prevención<sup>1</sup>, más el tratamiento de patología aguda y crónica prevalente) es el punto de contacto y de interacción más frecuente entre la población y el sistema de salud, y es también un elemento determinante de la satisfacción de la población respecto del servicio de salud que demanda y que recibe (*Berman 2000*).

Los servicios de salud ambulatorios ofrecidos por un Sistema de Salud impregnado de la filosofía de la Atención Primaria ofrecen respuesta a los problemas frecuentes y poco definidos, por lo general en ámbitos de la comunidad como consultorios, centros de salud, escuelas, domicilios. Las personas tienen acceso directo al tipo de atención que necesitan, que se presta a lo largo del tiempo e incluye servicios preventivos y de promoción de la salud. La organización de la práctica en este primer nivel de atención es tal vez menos jerárquica en comparación con la atención especializada, y requiere una mayor capacidad de adaptación y de respuesta a las necesidades cambiantes de la salud de la sociedad (*Starfield 2001*). Sin embargo, siendo que "...la organización de los servicios de salud ambulatorios es un determinante crítico del desempeño del sistema de salud, en la actualidad, dicha organización es aún pobremente comprendida e insuficientemente considerada en las políticas y programas aplicados para la reforma de los sistemas de salud en diferentes regiones..." (*Berman 2000*).

Este trabajo intenta ofrecer una caracterización del modelo de organización y suministros de servicios de salud ambulatorios, que fue aplicado como experiencia piloto en la Zona de Salud III (Departamentos Garay y San Javier de la Provincia de Santa Fe) durante el bienio 2000-2002, formando parte de un programa de reformas que la gestión ministerial de aquel entonces intentaba ejecutar. Durante dicho período, me desempeñé como SubSecretario de Salud en el Ministerio de Salud, teniendo bajo mi responsabilidad profesional –junto a un equipo técnico del Ministerio- la tarea de formular e implementar la propuesta de reforma organizacional de los servicios de salud ambulatorios en la mencionada Zona de Salud, en carácter de experiencia piloto.

---

<sup>1</sup> Los servicios de promoción de la salud y prevención son frecuentemente homologados a lo que se denominan programas de salud pública, tal como los programas de control de vectores, controles de embarazo, crecimiento y nutrición de los niños, inmunizaciones, etc. Este tipo de programas típicamente está orientado hacia poblaciones y proveen beneficios de manera colectiva.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1. La importancia de los servicios de salud ambulatorios:

La organización del suministro de servicios de salud ambulatorios es uno de los factores que potencialmente más puede contribuir al buen desempeño de los sistemas de atención de la salud, fundamentalmente en los países en desarrollo (ver tabla 1). Sin embargo, el impacto que pueden tener los servicios de salud ambulatorios son frecuentemente subestimados.

Tabla 1:

“Países en desarrollo. Contribución potencial que tienen los servicios de salud ambulatorios sobre la carga de enfermedad. 1996”:

	Población en general	Niños entre 0 y 4 años
% del total de DALYs atribuidos a 96 causas	83.5	N / A
% del total de DALYs primariamente abordados a partir de intervenciones del personal de salud de servicios ambulatorios	62.1	N / A
% del total de DALYs atribuidos a las primeras 10 causas	43.9	78.4
% de DALYs dentro de las primeras 10 causas que son abordadas a partir de intervenciones del personal de salud de servicios ambulatorios	83.3	75.3

Fuente: Murray CJL, López AD, eds. *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the WHO and the World Bank, 1996. (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I)

La tabla 1 muestra que para la población en general, alrededor del 62% de todos los DALYs perdidos, y el 83% de los DALYs asociados a las diez primeras causas de enfermedad (75% para el caso de niños de 0 a 4 años), son abordados primariamente con intervenciones desde los servicios de salud ambulatorios. Esto demuestra claramente que los servicios ambulatorios poseen la capacidad potencial de producir el mayor impacto en la salud de la población.

Veamos un ejemplo sencillo, la diarrea infantil ocupa el tercer lugar como causa de pérdida de DALYs en países de bajos y medios ingresos, para niños menores de cinco años, representando un 17% de la carga de enfermedad para ese grupo de edad. Una terapia eficaz y de bajo costo forma parte de las intervenciones disponibles

en los servicios ambulatorios para prevenir más de la mitad de la mortalidad por diarrea infantil y para reducir los episodios severos (OMS. 1999).

Por último, podemos agregar que a lo largo de un año, se estima que del 75 al 85 % de la población requiere únicamente servicios de atención ambulatoria básicos (médicos del primer nivel de atención), un 10 -12 % requerirá derivación para consulta al especialista, y únicamente un 5 – 10 % deberá ser derivado al 2do o 3er nivel para diagnóstico o tratamiento de problemas poco comunes (Somers AR, 1997)

En cuanto al nivel y distribución de la carga financiera del sistema de salud, en la actualidad, el suministro de servicios de salud ambulatorios es el componente del sistema de atención de la salud que concentra la mayor parte del gasto total en salud, en la mayoría de los países de bajos ingresos, y frecuentemente supone la mayor parte de la carga financiera familiar asociada con el consumo de servicios de salud (gasto de bolsillo), cuya distribución suele ser regresiva (Berman 2000)

La siguiente tabla muestra la porción estimada del gasto total en salud que corresponde al suministro de servicios de salud ambulatorios en algunos países de ingresos bajos o medios, basados en recientes estudios:

**Tabla 2:**  
**“Países seleccionados de ingresos bajos o medios. Contribución de los servicios de salud ambulatorios en el total de gastos de salud”:**

	% del gasto total en salud que corresponde al suministro de servicios de salud ambulatorios	% del gasto ambulatorio que corresponde a gasto de bolsillo
India (1)	55 %	65 %
Egipto (2)	70 %	93 %
México (3)	55 %	90%
Bangladesh (4)	72 %	90 %

- (1) *India policy and finance strategies for strengthening primary health care services.* Washington, DC, The World Bank, 1995 (Report No. 13042-IN)
- (2) **Rannan-EliyaR, Blanco-VidalC, Nandakumar AK.** *The distribution of health care resources in Egypt: implications for equity. An analysis using a national health accounts framework.* Boston. MA. Data for decision-making project, International Health Systems Group, Harvard School of Public Health. 1999.
- (3) **Berman P et al.** *Health care financing in Latin America and the Caribbean: the first regional national health accounts network.* Bethesda, MD, Latin América and Caribbean Health Sector Reform Initiative, Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates, 1999.
- (4) **Parker SW, Wong R.** *Household income and health care expenditure in México.* Health Policy. 1997. 40: 237-255.

Estos porcentajes del gasto total en salud que corresponden al componente en gastos ambulatorios en países de ingresos bajos o medios, y que van desde un 55 a un 72 %, contrastan con el porcentaje del 29.1% que corresponde al promedio de los países de la OECD para 1990 (*OECD Health Data 1996*).

Los gobiernos pueden ser aún mucho más innovadores en sus intentos por mejorar sus propios servicios de salud ambulatorios. Durante las últimas dos décadas, los países de la OECD han introducido importantes innovaciones en materia de gobernanza, incentivos, organización, e información para mejorar la gestión pública de los servicios de salud. Algunas de estas innovaciones han migrado hacia los países de ingresos bajos o medios, pero cuando esto ha sucedido, estas innovaciones han estado mayoritariamente centradas en los Hospitales. (*Berman 2000*).

Sin embargo, algunos países de ingresos medios y bajos, han introducido recientemente importantes innovaciones organizacionales en la provisión de sus servicios de salud ambulatorios (ej. Zambia, Egipto, etc), y más innovaciones organizacionales son necesarias en otros países como el nuestro, acompañadas de la correspondiente valoración y evaluación del impacto de estos cambios.

## **2. El problema de la organización de los servicios ambulatorios**

Entonces... si la provisión de servicios de salud ambulatorios es crucial en términos de su contribución al desempeño de los sistemas de salud, y representa un factor determinante en la carga financiera, particularmente en los sistemas de salud de países de ingresos medios y bajos;... ¿qué es lo que conocemos acerca de la organización del suministro de este tipo de servicios?... la respuesta correcta es... "no demasiado", "no lo suficiente".

Existen por lo menos dos grandes baches de información que merecen ser destacados. En primer lugar, carecemos de una tipología taxonómica que permita caracterizar desde lo organizacional a los diversos modelos de suministro de servicios de atención ambulatoria existentes en nuestra región; aún no asoma en el horizonte una nueva taxonomía que permita explicar la totalidad de las variantes organizacionales existentes en el componente ambulatorio de los sistemas de salud. En segundo lugar existe escasa información sobre el funcionamiento (fragmentado,

no coordinado ni complementario) de los proveedores públicos y privados de servicios de salud ambulatorios, especialmente en países como Argentina, caracterizado por su enorme fragmentación y heterogeneidad, tanto del aparato financiador como del componente proveedor de nuestro sistema de salud.

El resultado de estas condiciones de fragmentación y heterogeneidad del sistema de salud provocan que el mercado de los servicios de salud ambulatorios en países de ingresos bajos o medios son frecuentemente muy plurales y competitivos, con varios tipos diferentes de proveedores ofreciendo servicios similares a los usuarios, con una variedad importante de precios y calidad. (*Berman 2000*).

Los profesionales médicos de atención ambulatoria se desempeñan dentro de una variedad importante de formas (*Saltman 2005*). Algunos ejercen su práctica de manera independiente (ejercen su profesión de manera liberal), y suelen hacerlo en el mercado privado de la salud, de forma individual o también grupal. Otros son asalariados, en relación de dependencia con el sector público, desempeñándose en centros de salud públicos; en su gran mayoría -particularmente en nuestro país-, los profesionales son presa del pluriempleo, suelen tener varias formas de contratación, diversos lugares de trabajo y distintas normas a las que ajustarse.

Por otra parte, son también diversas las funciones que son llevadas a cabo por los servicios de salud ambulatorios en los distintos contextos, por ejemplo, en algunos casos estos servicios se limitan a ofrecer atención clínica como el punto de contacto entre la población y el sistema de salud; en ocasiones los servicios de salud ambulatorios guardan estrecha relación y coordinación con el segundo y tercer nivel de atención, compartiendo el riesgo de la gestión.

Estos problemas de información acerca de los modelos en que la atención ambulatoria se organiza, no están limitados a aquellos países de ingresos medios o bajos. La organización de los cuidados ambulatorios han estado cambiando rápidamente inclusive en los países desarrollados, ejemplo de ello son los fenómenos como el incremento de la complejidad profesional de los equipos de salud, la corporación de los médicos de atención primaria, la integración vertical del Hospital con los servicios ambulatorios, los cambios en las modalidades de contratación y pago a los profesionales de atención primaria, la adscripción de población a cargo de los

equipos de salud, etc. Por estas razones, son necesarios mayor número de análisis sistemáticos de la información disponible.

Aquellas investigaciones que resultan necesarias y serán útiles son las que puedan dar cuenta de:

- la caracterización de las herramientas de gestión que se introducen para configurar los diversos modelos de organización para el suministro de los servicios de salud ambulatorios, desde la lógica de la programación de los recursos (*análisis administrativo*),
- del análisis de los sucesos en aquellos escenarios donde se van configurando los cambios en la relación y/o en la distribución del poder entre distintos actores del sector (*análisis estratégico*),
- la verificación de la influencia de esos nuevos modelos de organización y suministro de servicios de salud en la promoción y favorecimiento de la constitución de sujetos en los equipos de salud y en la población (*análisis ideológico*),

La disponibilidad de marcos lógicos comunes, y un mejor conocimiento sobre la organización y gestión del componente ambulatorio de los sistemas de salud, ofrecerá una oportunidad a los actores (investigadores, planificadores, decidores, etc) para considerar y comprender con mayor claridad y transparencia este componente del sistema, para hallar y comunicar vínculos entre objetivos propuestos, alternativas de cursos de acción y los posibles resultados frente a los diversos programas de reformas que se intentan a diario en diversos lugares y regiones.

Posicionado entonces desde la “meso-gestión” (gestión de los servicios de salud), este trabajo se orienta a la investigación en el campo de “la organización y el suministro de servicios de salud ambulatorios”, y toma como objeto de investigación al **proceso de implementación del nuevo modelo organizacional para la atención ambulatoria, como experiencia piloto, en el marco del desarrollo del Seguro de Salud Provincial (SSP)<sup>2</sup>**, en los Departamentos Garay y San Javier (en la Provincia de Santa Fe), durante el bienio 2001-2002.

---

<sup>2</sup> Si bien el tema central de este trabajo es la “caracterización de la organización de la atención ambulatoria”, el caso que fue elegido para el análisis es el de una reforma organizacional de la atención ambulatoria incluida como parte de la implementación de un plan de reforma más abarcativo que lo contenía, llamado Seguro de Salud Provincial. Al respecto entonces, cabe sólo mencionar que –según Daniel Maceira- se define como “seguro social” a aquellos sistemas que incorporan las siguientes cuatro características:

Particularmente, a los efectos de responder a los objetivos planteados en esta tesis (ver diagrama pág. 19) , nos ubicaremos en el nivel de las **actividades y decisiones de la gestión** (para responder al primer objetivo específico planteado: la caracterización del modelo organizacional implementado en la experiencia piloto en Santa Fe), y en el nivel de las **actividades y decisiones de gobernanza** (para responder al segundo objetivo específico planteado: la caracterización de los actores sociales involucrados en la experiencia piloto analizada); a los efectos de responder a las siguientes preguntas:

- ✓ Pueden ser caracterizados los cambios organizacionales que se introducen con el SSP y que configuran un nuevo modelo de organización, gestión y suministro de servicios de salud en ambulatorios?
  
- ✓ Quienes han sido los actores involucrados en el proceso de implementación del nuevo modelo organizacional para la atención ambulatoria?, Cuales han sido las reacciones y actitudes de los diferentes actores cuyo rol y tarea han sido modificadas y/o atravesadas por los cambios introducidos con el nuevo modelo organizacional implementado?, en qué espacios se fueron tomando las decisiones?.

## **OBJETIVOS DEL TRABAJO**

### **Objetivo General**

Describir y caracterizar el modelo organizacional de los servicios públicos de salud ambulatorios, implementado como experiencia piloto en la Zona de Salud III en la Provincia de Santa Fe, durante el bienio 2000-2002.

- 
1. padrón definido de beneficiarios,
  2. paquete conocido, disponible y accesible de servicios,
  3. criterios de aseguramiento en el manejo financiero de fondos que identifiquen subsidios cruzados entre sanos y enfermos,
  4. criterios de solidaridad en el manejo financiero de los fondos que identifiquen subsidios cruzados entre ricos y pobres.

## **Objetivos Específicos**

- a) Reconocer y describir los principales componentes organizacionales del modelo de gestión de los servicios públicos de salud ambulatorios, implementado como experiencia piloto en la Zona de Salud III en la Provincia de Santa Fe (**análisis administrativo**)
- b) Identificar y caracterizar a los diferentes actores sociales que se vieron involucrados en el proceso de implementación del nuevo modelo de organización y suministro de servicios de salud ambulatorios, e identificar sus posiciones frente a los cambios promovidos (**análisis estratégico**).

## **MARCO REFERENCIAL**

### **I. Las organizaciones de servicios de salud y los procesos de reforma**

El estudio de las instituciones de salud constituye un campo complejo que ha ido configurándose a partir de los aportes de diferentes perspectivas teóricas. En este sentido, es posible comprenderlas como estructuras organizacionales que, desde la perspectiva de Mintzberg, pueden clasificarse como meritocracias, y, dentro de éstas, se consideran como una burocracia profesional de tipo federativa (*Mintzberg, 1992*)

En el caso de las organizaciones propias de las instituciones de salud la especificidad de las tareas y la especificidad de las competencias para su desarrollo generan lo que se ha dado en llamar burocracias profesionales, lo que supone la constitución de una comunidad de trabajo donde se coordinan tareas especializadas que desarrollan recursos humanos cualificados.

La complejidad de este tipo de organizaciones radica en que las destrezas profesionales se aplican a situaciones contingentes y que la estandarización está limitada por la autonomía en la toma de decisiones propia de la práctica profesional y por la diversidad de situaciones en que ocurren; del mismo modo, tampoco los resultados son fácilmente estandarizables.

Se reconocen al menos diez componentes estructurales principales en un sistema sanitario (*Starfield 2001*):

- o Personal
- o Instalaciones y equipo
- o Gestión y servicios
- o Variedad de servicios ofrecidos por la organización
- o Organización de los servicios
- o Mecanismos para ofrecer continuidad de la atención
- o Mecanismos para facilitar el acceso a la atención
- o Regulación económica
- o Delimitación de la población cubierta por los servicios
- o Participación de la población

La integración vertical de una red asistencial permite establecer objetivos y reglas para la totalidad de los servicios que integran la misma. Las redes integradas favorecen la coordinación de servicios y la continuidad asistencial. Estas redes pueden constituirse mediante acuerdos entre diferentes servicios, o por la creación de organismos integrados propietarios de toda la gama de servicios necesarios.

Los conceptos básicos que pretende promover la integración vertical de una red asistencial es el de estimular la integración de los servicios, lograr continuidad asistencial centrada en el paciente, y situar el peso de la atención en el proveedor de la atención en el Primer Nivel como medio más eficiente de atención.

La red puede centrarse en el Hospital o Sanatorio (2do nivel), en los servicios ambulatorios de Atención Ambulatoria (1er Nivel), o en un sistema híbrido que integre ambos niveles. Aquellas redes centradas en organizaciones de Atención Ambulatoria que compran servicios al 2do nivel de atención, son conceptualmente más adecuadas a los principios del managed care<sup>3</sup>. (*Pané 1997*)

---

<sup>3</sup> El concepto de managed care en el sector salud implica que una organización actúa como agente intermediario entre los demandantes de servicios de salud y los proveedores de dichos servicios, con el objetivo de garantizar calidad y control de los costos. Su desarrollo se produce en los años 80 en Estados Unidos, debido a la creciente escalada de los costos de aquel sistema de salud.

Buena parte de los sistemas sanitarios, en los diferentes países, tanto desarrollados como en desarrollo, están inmersos en procesos de reforma que, a mediano o largo plazo, pueden cambiar de forma relevante la estructura, los planteamientos y la forma de actuación de los mismos. Las motivaciones para el inicio de los procesos de reforma pasan por aspectos económicos derivados de la limitación de recursos y el continuo crecimiento del gasto sanitario y/o por objetivos sanitarios derivados de problemas de cobertura, satisfacción de los usuarios y calidad de los servicios. Estos procesos de reforma de los sistemas sanitarios no se definen por un cambio en las políticas sanitarias, exclusivamente, sino por cambios estructurales y organizativos que redireccionen los incentivos existentes hacia la consecución de las metas sanitarias y económicas planteadas (*Pané 1997*).

La revisión de las reformas en curso en la región demuestra que se han adoptado distintas modalidades de reforma de los sistemas de servicios de salud, pero que existen elementos comunes en todos los procesos, introducidos en una perspectiva (teórica) de conciliar eficiencia y equidad. La idea de "seguro" es dominante y existen diferencias importantes en las combinaciones entre seguro social (público y solidario) y seguros privados de riesgo con cotizaciones individuales, en la estructura de financiamiento, acceso, provisión de servicios y beneficios (*Almeida 1999, CEPAL 2000, Sojo 2001, Almeida 2002*).

"...Las condiciones de los acreedores internacionales pasaron entonces a incluir recomendaciones explícitas para la reforma de las políticas sociales, incluidas las de salud, abogando por una mejor utilización de los escasos recursos, que deberían ser dirigidos para intervenciones que disminuyesen la "carga de enfermedad" y fuesen comprobadamente costo-efectivas..." (*World Bank 1993, Almeida 2002*). Esas nuevas agendas constituyen un conjunto articulado de proposiciones redefinición del mix público-privado, separación de funciones de financiamiento y provisión, fortalecimiento del poder regulador del Estado, direccionamiento de la esfera pública hacia los grupos sociales "más necesitados" y reorientación de la oferta pública, priorizando la prestación de servicios básicos y de bajo costo, logrando mayor cobertura y eficacia..." (*Almeida 2002*).

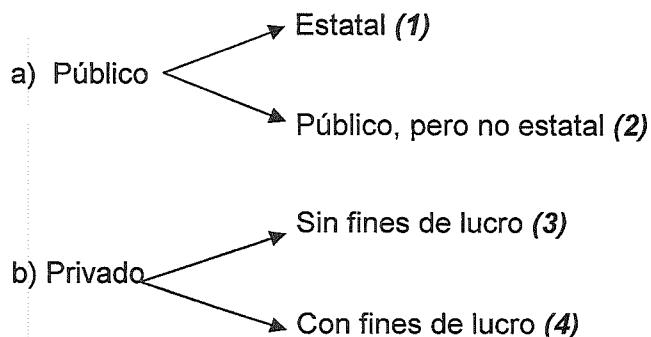
"...En síntesis, las cuestiones presentadas y las posiciones defendidas en el documento *Invirtiendo en Salud* (del B.M.) pautaron el debate internacional acerca de las políticas de salud para los países en desarrollo, sobre todo las políticas relativas a

la configuración de los sistemas de salud: redimensionamiento de la actuación gubernamental, la división entre financiamiento y provisión de servicios, la discusión acerca del alcance de lo que debería ser ofrecido gratuitamente a todos, la selección de intervenciones basadas en criterios de eficacia en términos de costo, los dispositivos de regulación de la prestación de servicios médicos, en fin, temas más o menos polémicos cuya discusión tuvo un significativo aporte en el informe de 1993, para bien o para mal. Resulta claro que con dicho informe el Banco asumió, sino el liderazgo, al menos un lugar de relieve en el debate internacional sobre las políticas de salud (*Araujo de Mattos 2002*).

La reforma en Santa Fe, que se inicia con la formulación del Seguro de Salud Provincial (SSP) y su implementación como experiencia piloto en los Departamentos Garay y San Javier durante los años 2001 y 2002, intenta la integración vertical de una “renovada” red asistencial en el primer nivel de atención, conformada por más de 30 Equipos de Atención Primaria distribuidos en el territorio, con población adscripta bajo su responsabilidad, articulados con la red de Hospitales SAMCo de baja y mediana complejidad existentes en la Zona de Salud III.

#### **I. Los modelos de organización y suministro de servicios de salud ambulatorios**

Podemos afirmar que hasta los años 90, particularmente en Europa, los modelos de organización y suministro de servicios de salud ambulatorios podían encuadrarse con relativa cierta facilidad en la siguiente tipología (*Saltman 2005*):



(1) Los servicios de salud ambulatorios son suministrados y controlados por el Estado directamente, como un "brazo sanitario" del propio gobierno nacional o provincial.

(2) En este caso, los centros de salud son administrados y gestionados por actores públicos de la sociedad civil pero no son parte del propio gobierno nacional o provincial.

(3) A diferencia de lo que ocurre en el sector hospitalario, en atención ambulatoria es poco frecuente encontrar modelos de organización que se correspondan con esta tipología.

(4) En esta categoría podemos encontrar profesionales actuando de manera individual o conformando grupos o equipos.

Como se menciona en el planteamiento del problema, la dificultad para caracterizar los modelos organizacionales de atención ambulatoria se agudiza a partir de los 90, cuando esta tipología comienza a ser inadecuada para describir el completo rango de variantes estructurales y organizacionales que comienzan a formularse y a aplicarse para la provisión y el suministro de los servicios de salud ambulatorios, en buena parte de los distintos países en todo el mundo.

Durante los '90 existió un veloz desarrollo de una variedad importante de diferentes aspectos de la organización de la atención ambulatoria. *"...New forms included medical co-operatives, voluntary provision including informal and self-care; public firms, that is to say public corporations that are publicly owned but independently managed; new forms of commercial primary care provision; non-medicalised primary care including alternative as well as traditional methods; and four different types of network provision, each of which is a fairly complex structure. Some forms of these networks are virtual, further complicating the picture..."* (Saltman 2005).

De alguna manera, las viejas tipologías que permitían caracterizar a los servicios de salud ambulatorios hasta los años '90, ya no son útiles y adecuadas a las nuevas modalidades de organización; aún no asoma en el horizonte una nueva taxonomía que permita explicar la totalidad de las variantes organizacionales existentes en el componente ambulatorio de los sistemas de salud en la actualidad.

Podemos pensar, por ejemplo, acerca de la organización de la atención ambulatoria como un largo *continuum* en el que se suceden varios diferentes modelos de organización. Pero este modo de pensar en un continuum es lineal, y

probablemente las nuevas taxonomías que vayan a dar cuenta de la diversidad de modelos de organización de los servicios ambulatorios, deba ser bi o tridimensional (Saltman 2005).

Marriott y Mabble, en su trabajo "Opportunities and Potencial. A review of internacional literatura en Primary Health Care Reforms and Models" del año 2000, opinan que, en el análisis realizado sobre varios casos de países que aplicaron reformas en su componente de atención ambulatoria de la salud, no existe "un" modelo de "primary health care" que funcione en todos los países estudiados, y tampoco hallaron un único proceso de implementación que sea el que halla funcionado para todos los casos por igual. En cambio, sugieren pensar que la construcción organizacional emerge de un "continuo" de –muchas veces- estrategias superpuestas en varios niveles (Marriott 2000). En un enfoque semejante, Martin Pfaff, un profesor de economía de Alemania, ha sugerido que la posible solución a este dilema podría ser la de pensar en términos de "función" y no tanto en "estructura" (Pfaff, 2003).

En septiembre del 2004, el *Centre for Health Services and Policy Research* publica un documento llamado "A Results-Based Logic Model for Primary Health Care. Laying an Evidence-Based Foundation to Guide Perfomance, Measurement, Monitoring and Evaluation" (Watson 2004), en el que se presenta un marco lógico para ser aplicado en la evaluación y monitoreo de la perfomance de aquellos sistemas de salud centrados en la provisión y utilización de servicios de salud ambulatorios organizados desde la perspectiva de la Atención Primaria (Primary Health Care en léxico anglosajón)<sup>4</sup>. Este marco lógico (ver diagrama I en página 19), fue formulado tomando como base el *Treasury Board of Canada results-based management accountability framework* (RMAF), y realizando un sistemático trabajo de investigación y análisis, búsqueda de evidencia científica y amplias consultas a expertos.

El "**Results-Based Logic Model for Primary Health Care**"<sup>5</sup> es un esquema que intenta mostrar de qué manera el sistema, la organización y/o los proyectos

---

<sup>4</sup> Por más de 25 años, Atención Primaria de la Salud ha sido reconocida como una de los elementos claves en la efectividad de los sistemas de salud. Durante ese tiempo, diversas experiencias en países desarrollados y subdesarrollados han demostrado que el concepto de APS fue adoptado e interpretado de diversas maneras, incorporando diferentes puntos de vista, siendo operacionalizado de diferentes maneras, abarcando una diversidad de modelos y formas de organización: como Programa selectivo y focalizado, como 1er Nivel de Atención, como Estrategia integral, o como abordaje filosófico del derecho humano a la salud. (OPS / OMS 2005)

<sup>5</sup> Elaborado por Diane Watson, Centre for Health Service & Policy Research. Universidad de British Columbia.

esperan producir beneficios o resultados saludables para la población, y para ello, relaciona la entrada de recursos con las actividades realizadas, los servicios provistos y los resultados alcanzados. Sus principales componentes son:

- **Entorno:** Se refiere al contexto social, cultural, económico y físico, incluyendo condiciones de trabajo y de vida de la población, que determinan el perfil y patrón socio-sanitario de dicha comunidad, al que el sistema de atención de la salud deberá brindarle la mejor respuesta posible.
- **Entradas de recursos (PHC inputs):** para este marco lógico, incluye a los recursos fiscales, materiales y humanos destinados a los servicios de atención de la salud que conforman la red de atención ambulatoria o "primary health care".
- **Actividades realizadas (PHC activities):** se refiere a los procesos de trabajo destinados a lograr una producción específica (productos y servicios), y son el primer eslabón en la cadena a través de la cual los resultados son alcanzados.

Estas actividades son categorizadas en tres tipos:

**Actividades y decisiones de gobernanza y de las políticas:** actividades y decisiones en este nivel remiten a la formulación de las políticas, la planificación y la gobernanza, por ejemplo: decisiones acerca del financiamiento de los servicios de salud, o en relación con los servicios y prestaciones que serán reconocidas y cubiertas por el sistema, o decisiones sobre las modalidades de pago a proveedores; las actividades de regulación de la actividad profesional son otro ejemplo, etc. En este tipo de actividades, son diversos los actores que suelen estar involucrados (decidores, administradores, gerentes, organizaciones profesionales, grupos de interés dentro de la población)

**Actividades y decisiones en el nivel de la gestión:** resultan ser los determinantes del modelo organizacional a implementar, ejemplo de este tipo de actividades y decisiones son: la determinación del tamaño, ubicación y tipo de grupos de profesionales o redes que se conformen para organizar la atención ambulatoria, decisiones sobre la disponibilidad horaria de atención en estas redes, tipo de sistemas de información y registros que se utilizan, propuestas de mejoramiento de la calidad del servicio, etc. Los actores regularmente involucrados en este nivel son los administradores, gerentes, proveedores clínicos)

**Actividades y decisiones clínicas:** se trata de aquellas actividades clínicas realizadas, tanto desde una perspectiva individual (clínica centrada en el paciente), como desde una perspectiva familiar o comunitaria (clínica orientada a la comunidad).

- **Producción (PHC outputs):** son los productos directos y servicios provistos, como resultado de las actividades realizadas. Estos servicios provistos incluyen la promoción de la salud, la prevención de enfermedad, curación, rehabilitación, tratamiento paliativo y servicios de soporte para individuos y poblaciones. Estos productos y servicios pueden ser también descritos en términos de comprensión (responsiveness), es decir, si son temporal y culturalmente apropiados y convenientes; así como también pueden ser evaluados el grado en que estos servicios están efectivamente centrados en el paciente, su integralidad, continuidad, efectividad, y orientación comunitaria.

- **Resultados (PHC outcomes):** se trata de los resultados para la población. Pueden ser clasificados en:

**Inmediatos:** son aquellos resultados más atribuibles directamente a los servicios producidos, y sobre los cuales, los decisores, administradores y profesionales de los servicios de salud tienen –razonablemente- mayor control y responsabilidad directa. Son ejemplos de resultados inmediatos (y específicos de la Atención Primaria) el conocimiento incremental sobre la salud y los cuidados de la salud de la población, y la reducción de riesgos y efectos de los episodios de morbilidad aguda o crónica que sufre la población asistida.

**Intermedios:** incluye aquellas áreas sobre las que los actores de la atención ambulatoria tienen menor control, pero sobre los que los servicios de salud ambulatorios mantienen cierta expectativa de lograr impactos. Son ejemplos: la apropiación y la adhesión de la población a un proveedor y un lugar de atención, la eficiencia y aceptabilidad del sistema de atención de la salud, la satisfacción de los usuarios, y la equidad lograda desde el sistema atención de la salud.

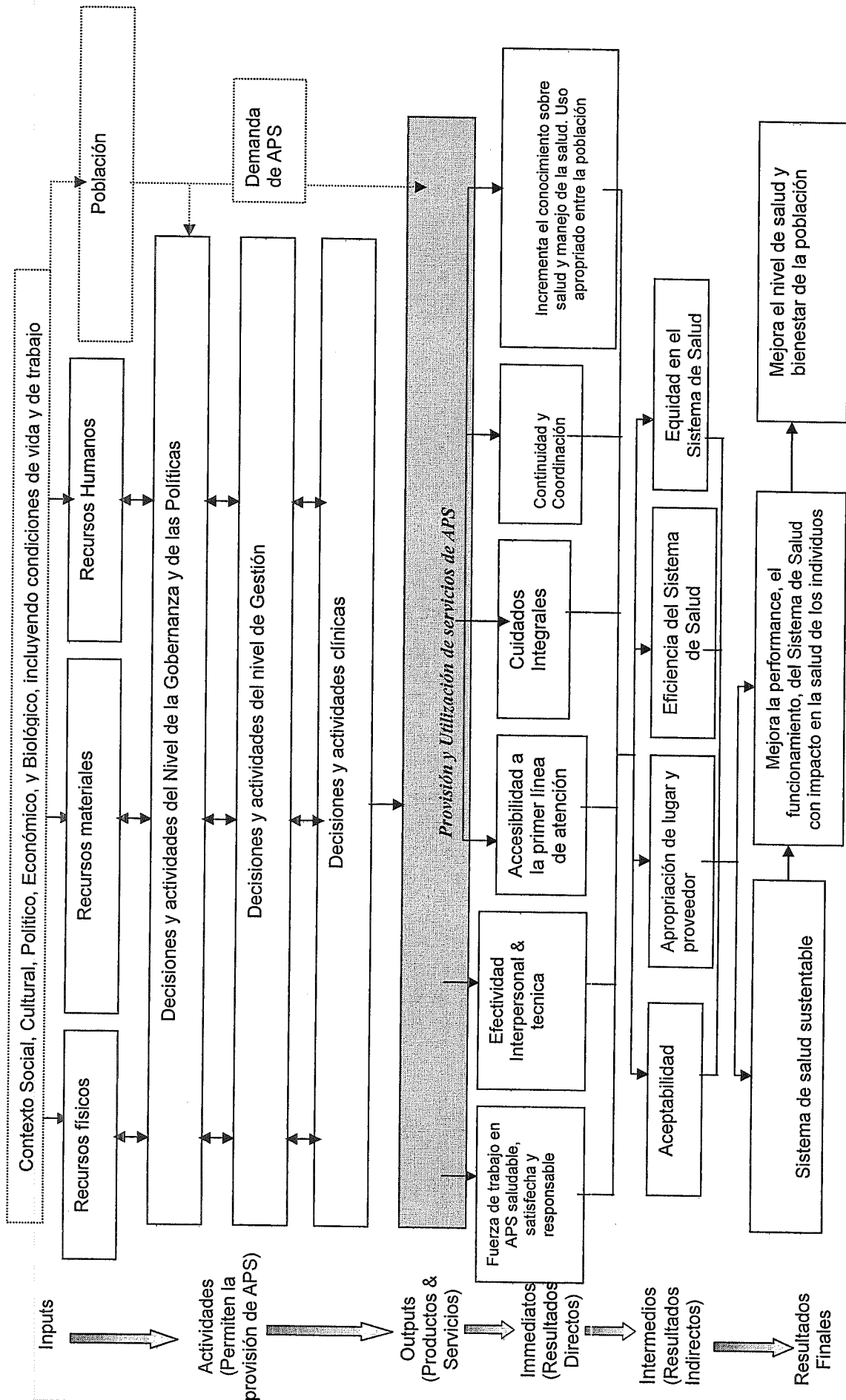
**Finales:** involucra aspectos como la sustentabilidad y responsabilidad del propio sistema de atención de la salud, y el mejoramiento de los niveles de salud y bienestar de la población.

- **Eficiencia y Efectividad:** En este modelo lógico, la eficiencia del sistema es visualizada en función de los inputs, las actividades y la producción. Por otra parte, la efectividad es vista desde la perspectiva de la producción y de los resultados, teniendo en cuenta que estos últimos están condicionados por los determinantes sociales, económicos, culturales, del entorno en el que se desempeña el sistema de atención de la salud.

Este marco lógico intenta unificar criterios, terminologías y léxico para ofrecerlo a los diversos actores (investigadores, planificadores, gestores y decisores) preocupados y ocupados en los procesos de reformas centrados en la atención primaria podamos disponer de una referencia teórica para el análisis y el reporte de información. Para este trabajo final, seleccioné entonces este modelo teórico como el marco que me permite el encuadre general de mi tarea. Particularmente, a los efectos de responder a los objetivos planteados en esta tesina, me ubico en el nivel de las **Actividades**, más precisamente, en el nivel de las **actividades y decisiones de la gestión** (para responder al primer objetivo específico planteado, la caracterización del modelo organizacional implementado en la experiencia piloto en Santa Fe), y –con menor profundidad- en el nivel de las **actividades y decisiones de gobernanza** (para responder al segundo objetivo específico planteado, la caracterización de los actores sociales involucrados en la experiencia piloto analizada)<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Juntas, las actividades y decisiones en los niveles de la gobernanza y de la gestión, establecen y sostienen el grado en el que la organización del componente ambulatorio de un sistema de salud facilita y permite efectivamente un abordaje de la práctica clínica centrada en el paciente, la familia y/o la comunidad, es decir, si la organización del componente ambulatorio de la atención de la salud tiene una visión orientada a la comunidad o centrada en el profesional.



Una posibilidad de caracterización más precisa de los modelos de organización en el suministro de servicios de salud ambulatorios, es ofrecida por un grupo de investigadores canadienses, que procuraron lograr una clasificación taxonómica de los posibles modelos de organización que puede tener la atención ambulatoria centrada en la atención primaria. En el año 2001 la Canadian Health Services Research Foundation comisionó a un equipo de investigadores para elaborar un documento síntesis sobre políticas en Atención Primaria. Los investigadores (*Paul Lamarche, Marie Dominique Beaulieu, Raynald Pineault, André Pierre Contrandriopoulos, Jeannie Haggerty entre otros*) observaron los modelos de "Primary Health Care" (PHC) en Canadá y alrededor del mundo, consideraron los estudios relevantes existentes respecto de este tema, y consultaron a un número importante de expertos. En Noviembre del 2003 se publicó el documento "*Choices for change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada*".

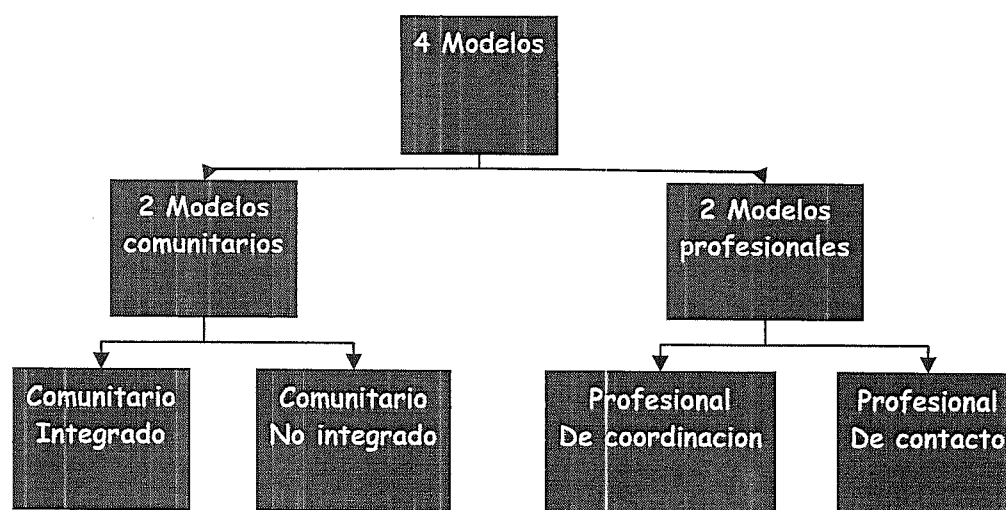
PHC es interpretada en este trabajo como un "sistema organizado para la acción". Es decir, un conjunto de actores en un espacio sociosanitario definido que interactúan movilizándolo y utilizando recursos para producir actividades o servicios requeridos para alcanzar sus objetivos. Como "sistema organizado para la acción", se pueden encontrar en él seis componentes:

- visión,
- recursos,
- estructura organizacional,
- prácticas,
- entorno,
- impactos.

La **visión** se refiere a las creencias, representaciones, valores y propósitos con los que los actores caracterizan sus acciones. Los **recursos** son considerados tanto en la cantidad como en la variedad de los mismos que son movilizados y utilizados para llevar a cabo las actividades. Por **estructura organizacional** se comprende al conjunto de normas regulatorias, acuerdos, etc que ordenan la conducta y las relaciones entre los actores. **Prácticas** son los procesos que son producidas por y durante las actividades y servicios. El **entorno** está configurado como la zona de interacción con otros sistemas, y los **impactos** son los efectos o modificaciones logradas sobre el rumbo natural de los problemas de salud.

A partir de este modo de caracterización del PHC, este trabajo logra una clasificación taxonómica de los modelos posibles de organización, reconociendo la existencia de cuatro tipos diferentes de modelos. Dos modelos caen dentro de lo que puede llamarse *abordaje orientado a la comunidad*, mientras que los otros dos modelos caen dentro de lo que da en llamarse *abordaje profesional*.

**Diagrama Nro. 2:**  
" Canadá. Clasificación taxonómica de modelos de organización de servicios de primer nivel de atención. 2001"



Fuente : Groupe de recherche sur l'équité d'accès et l'organisation des services de 1<sup>er</sup> ligne. Canadá. 2001

La visión de los servicios de PHC orientados a la comunidad es la de mejorar la salud de una población definida en un determinado espacio socio-geográfico y contribuir al desarrollo comunitario a través de la provisión de un set de servicios médicos, de salud, sociales y comunitarios requeridos. Dentro de esta visión "comunitaria" se distinguen dos tipos de modelos: **modelo integrado comunitario** y el **modelo no-integrado comunitario**. Estos modelos difieren por su grado de integración a las demás partes en las que se compone el sistema de salud.

La visión de los servicios de PHC centrados en el **abordaje profesional** es la de proveer servicios médicos a los pacientes que demandan estos servicios, o a las personas que se hubieran registrado y empadronado con una unidad prestacional de Atención Primaria. Este modelo profesional se subdivide en dos tipos: **modelo**

**profesional de contacto** (generalmente médicos en sus propios consultorios, a los que se les paga por acto médico –por prestación-) y el **modelo profesional coordinado**.

El **modelo integrado comunitario** aparece como el más efectivo (en términos de salud y de servicios), provee servicios de alta calidad y muestra una gran oportunidad para el control de costos y de uso. Es un buen modelo para garantizar continuidad y equidad en el acceso. El **modelo profesional coordinado** resulta ser un buen modelo para combinar con el anterior, ya que se destaca por garantizar un buen acceso al primer nivel de atención y por la responsabilización por los pacientes.

La reorganización de la atención ambulatoria puede tener diferentes implicancias y traducirse en variados alcances de servicios en diferentes países. Por ejemplo, el alcance de la provisión de la atención ambulatoria (bajo la denominación sajona de “primary health care”) incluye salud ocupacional en Finlandia y Holanda, así como también cuestiones vinculadas a salud ambiental y servicios de salud comunitaria, cuidados domiciliarios, salud pública y salud escolar (*Marriott 2000*).

En el caso canadiense, durante el año 2000 el Ministerio de Salud y Acción Social del Gobierno de Québec encargó a un grupo de seleccionados expertos sanitaristas locales que evaluara la situación sanitaria en Québec, y elaborara un menú de propuestas para cambios o reformas en el sistema de salud quebequense. La Comisión estuvo constituida por 8 expertos, se realizaron 220 encuentros con distintas organizaciones del sector, se recogieron más de 6000 opiniones individuales de los ciudadanos, se consultaron 30 expertos internacionales y se realizaron 550 trabajos escritos por subcomisiones. El Reporte de la Comisión Clair “*Soluciones Emergentes*” es el documento final que contiene un detalle y un listado de 36 recomendaciones y 59 propósitos destinados a aconsejar al gobierno de Quebec sobre las lineamientos para la reforma del Sistema de Salud, y se ha convertido de algún modo en el instrumento teórico de consulta que ha servido de guía para algunas reformas que el gobierno ha decidido encarar, entre ellas, las que conciernen a la organización del Primary Healthcare. (*Huber 2005*)

En Quebec, el inicio de la reforma fue promovido desde el Ministerio de Salud, motivando a los Médicos de Familia para que se asocien entre sí constituyendo los GMF y formalizando los compromisos a partir de la firma de acuerdos de gestión con

el CLSC correspondiente y con la autoridad sanitaria regional. A partir de ese momento, constituido y reconocido el GMF, comienza la suscripción voluntaria e individual de la clientela que los MF del GMF poseen. Es decir que en este caso, el proceso de implementación del nuevo modelo es voluntario, está incentivado por el Ministerio, y abarca a la población de clientes de los MF que se constituyen como GMF.

En cuanto al modelo organizacional que se promueve, en el caso de la reforma del Primary Health Care de Quebec, se parte desde una situación que combina un **modelo comunitario no integrado** (los CLSC) con un **modelo profesional de contacto** (los MF en sus clínicas), y se pretende llegar a la combinación de un **modelo comunitario integrado** (los CLSC) trabajando coordinada y complementariamente con un **modelo profesional coordinado** (los GMF)

Con la introducción de los "primary care groups" (PCGs), el Servicio Nacional de Salud Inglés ha intentado integrar la provisión, el financiamiento y la mejora de la calidad, dentro de sistemas locales con fuerte orientación hacia la responsabilidad por la población a cargo. (Bindman 2001). El modelo implementado reúne a los general practitioners, a enfermeras comunitarias y a otros profesionales del campo de la salud y de lo social en lo que se dio a llamar los PCGs, para atender y mejorar la salud de la comunidad local que tienen a su cargo. Un PCG típico reúne a unos 50 general practitioners y tiene a su cargo una población de 100.000 habitantes. Los PCGs son designados para (a) formular, desarrollar y planificar los servicios de atención médica ambulatoria y los servicios de salud comunitaria en su área; (b) mejorar la calidad de dichos servicios implementando programas de gobernanza clínica; (c) tomar progresivamente mayor responsabilidad en la contratación del segundo nivel de atención para su población a cargo<sup>7</sup>; (d) mejorar la salud de su población y abordar las inequidades en salud.

Todas las personas que viven en un área geográfica definida son asistidas por el mismo proveedor colectivo (un PCG). El PCG provee los servicios ambulatorios

---

<sup>7</sup> Los PCGs pueden evolucionar en cuatro niveles de responsabilidad financiera y de gestión de los recursos asignados para asistir a su población a cargo. Todos los grupos reciben el presupuesto para cubrir los gastos relacionados a los servicios hospitalarios y comunitarios, la prescripción medicamentosa ambulatoria, y los honorarios profesionales del staff del PCG más gastos administrativos. Los PCGs ubicados en el cuarto nivel de responsabilidad (llamados Primary Care Trusts) son administrativamente independientes de la autoridad sanitaria local y son gobernados por un consejo con participación mayoritaria de usuarios de los servicios.

primarios de manera directa, y contrata con otros proveedores del Servicio Nacional de Salud por la atención de especialistas, hospitales y servicios sociales comunitarios. Más que cualquier otro modelo probado hasta el momento, los PCGs representan la esencia de lo que ha sido enunciado como "Atención Primaria Orientada a la Comunidad" (APOC). APOC es la provisión de servicios de salud estratégicamente centrados en la Atención Primaria que incorpora la epidemiología, salud pública y gestión financiera, cuyo objetivo es maximizar los beneficios sanitarios de una determinada población a cargo (*Bindman 2001*).

Una clave en la estrategia de aumentar la calidad de los servicios brindados en el modelo inglés, es la mejora de la calidad de los servicios profesionales a través de la "gobernanza clínica". Se les ha sido designada la responsabilidad a cada PCGs de garantizar la mejora continua de la calidad de los servicios que ofrecen a su población, en tal sentido, los PCGs han adoptado diversas estrategias, a saber: creando estructuras administrativas para registrar y reportar información relacionada con la calidad de los cuidados ofrecidos; identificando líderes de la gobernanza clínica dentro de cada equipo; ofreciendo capacitación continua a los profesionales que conforman cada PCGs; utilizando Guías de Práctica Clínica para normalizar y protocolizar la práctica de los problemas prevalentes; generando procesos de auditoría interna; etc.

En la mayoría de los países que presentan reformas del modelo organizacional de la atención ambulatoria que han sido estudiados, los elementos esenciales del modelo que intentan ser propuestos, introducidos o reforzados son (*Marrott 2000*):

- Participación de la comunidad en la gobernanza, gestión o planificación
- Autonomía de los ciudadanos para la elección del proveedor de salud
- Empadronamiento, identificación nominal de la población beneficiaria
- Integrar a los médicos en equipos de trabajo
- Promover equipos interdisciplinarios
- La orientación y decisión de la consulta en el segundo nivel es gerenciada desde el primer nivel de atención
- La capitación es la modalidad de remuneración más fuertemente promovida
- Se reconoce la importancia y necesidad del desarrollo de un buen sistema de información que vincule aspectos administrativos, clínicos y financieros de los servicios ambulatorios brindados y de la población bajo cobertura.

### III. Gobernanza de los procesos de reformas:

***“Nunca llueve a gusto de todos”***

***Refrán castellano***

La sociedad puede ser comprendida como un campo de fuerzas donde miles de vectores se cruzan en todas las direcciones, indicando acciones y reacciones, estímulos positivos y negativos, ofertas y demandas de los diversos actores sociales, agrupados por tareas, funciones, intereses materiales o culturales.

Cualquier acción que uno ejerza dentro de la sociedad debe tener en cuenta el contexto en que se interviene, los intereses que se afectan, las posiciones previas que se amenazan o se fomentan, los equilibrios que se alteran, y las reacciones de los actores sociales a que da lugar esa afectación de intereses, posiciones y equilibrios. Esta información es indispensable para quienes promueven, diseñan y ejecutan políticas en un “espacio humano” (en nuestro caso, el sector salud) lleno de intereses individuales y de grupo, que se complementan o se oponen, combaten o se combinan. En este sentido, encuentro razonablemente útil, referenciar este análisis estratégico desde la perspectiva de la categoría analítica de la “gobernanza”.

La “gobernanza” se refiere a los procesos de acción colectiva que organizan las dinámicas de actores y normas sociales, con los cuales una sociedad determina su conducta (Hufty 2005). Las categorías analíticas o dimensiones observables de la “gobernanza” son:

- los actores,
- las normas sociales,
- los puntos nodales
- y los procesos.

Los **actores** son individuos o grupos movilizados por un interés común. Comúnmente designados con el término inglés *stakeholders*, puede ser traducido como "grupos de interés" o "grupos implicados". Cuestiones lingüísticas a un lado, son designados de estas maneras las organizaciones, grupos o individuos potencialmente víctimas o beneficiarios del proceso que está siendo considerado. De modo general, los grupos de interés son formados por personas con características comunes que tienen algún interés en la performance, en el producto o en el impacto del objeto que está siendo evaluado, es decir, que de alguna manera están envueltos o potencialmente afectados por el programa o por eventuales consecuencias del proceso evaluativo (Weiss 1983; Guba & Lincoln 1989; Rossi 1999; Furtado 2001).

Su acción colectiva (acuerdos o decisiones) conduce a la formulación de **normas** entendidas como expectativas colectivas en razón de lo que se considera un comportamiento apropiado. Las normas orientan el comportamiento de los actores y son modificadas por la acción colectiva. Dicha acción colectiva resulta de la interacción / transacción entre los actores, ya sea conflictiva o cooperativa, de los acuerdos que concluyen o las decisiones que se toman y su aplicación. Las relaciones de conflicto pueden ser graduadas desde una escala que va del simple desacuerdo hasta el conflicto armado. El arbitraje de las diferencias es necesario para pasar del conflicto a la cooperación.

A los fines del análisis, podemos identificar los llamados **puntos nodales** (o interfaces sociales), espacios físicos o virtuales, en donde convergen varios procesos, actores y normas, que producen efectos, aisladamente o en interacción con otros.

Los **procesos** son sucesiones de estados por los cuales transcurren la interrelación de entre actores, normas y puntos nodales. Los procesos, los actores y las normas pueden ser formales, es decir, reconocidos por los actores portadores de autoridad en la sociedad observada, o informales, definidos por la práctica de los actores.

Es posible estudiar la gobernanza en espacios nacionales, regionales o municipales. También puede ser aplicada a espacios mas acotados o sectoriales, como el subsector de la salud pública en un municipio o una región, identificando los factores que afectan la interacción de actores, la dinámica de los procesos y las reglas de juego, revalorizando las especificidades de los procesos productivos involucrados y

los valores e intereses comprometidos. Dada las características del atomizado sistema de salud argentino, la estructura, los factores institucionales y políticos identificados en los escenarios locales y regionales tienen un peso relevante, como condicionantes de la organización y gestión de los servicios y en el desempeño de los mismos. Es en este sentido, que el estudio de la gobernanza (y de sus componentes) en espacios locales, como herramienta analítica, puede contribuir a identificar los acuerdos institucionales generados por los actores involucrados, las reglas de juego formales o informales que delimitan la interacción de estos y los procesos y espacios (espacios nodales) en los que se producen las decisiones sobre las estrategias para implementar cambios o reformas organizacionales en los sistemas y servicios de salud (análisis estratégico).

## ABORDAJE METODOLÒGICO

La prosecución de los objetivos anteriormente señalados conduce a plantear un abordaje metodológico en el que pueden distinguirse dos planos de análisis (administrativo y estratégico), resultando necesario y conveniente abordar metodológicamente esta investigación desde varias perspectivas:

- 1) **Análisis documental** del conjunto de las normas (leyes, decretos, resoluciones y disposiciones) que constituyen el digesto normativo del modelo de organización en estudio<sup>8</sup>.
- 2) **Observación en terreno** aplicando una lista de verificación elaborada a tales efectos. La observación en terreno permite la inspección minuciosa y el estudio realizado por el investigador mediante el empleo de sus propios sentidos, de las cosas y hechos de interés social, tal como son o tienen lugar espontáneamente, en el tiempo en que acaecen y con arreglo a las exigencias de la investigación que se está llevando a cabo. Para este trabajo se seleccionaron dos Equipos de Atención Primaria (EAP) constituidos como proveedores de servicios de salud ambulatorios, en las localidades de Helvecia y en San Javier. La selección recayó sobre un EAP de cada una de las dos ciudades más grandes de la Zona de Salud III, más precisamente aquellos

---

<sup>8</sup> Ley Provincial Nro. 12030/02 // Decretos 1535/01 – 3764/01 // Resoluciones Ministeriales Nro. 573/01 - 062/02 – 137/01 – 204/02 – 508/01 – 511/01 – 526/02 // Disposiciones Nro. 146/01

EAP que tuvieran mayor número de beneficiarios del SSP a su cargo. Los contenidos de la Guía de Observación aplicada fueron:

---

- *Verificar la composición de los EAP seleccionados en ambas localidades*
  - *Observación del ámbito de atención (Centros de Salud). Características estructurales*
  - *Verificar la presencia del kit de instrumental básico para la atención integral de los pacientes.*
  - *Verificar la existencia y disponibilidad de los registros exigidos por el SSP.*
  - *Verificar la existencia del padrón de beneficiarios a cargo de cada EAP.*
  - *Verificar la existencia de la Programación Local de actividades acordada por el EAP.*
  - *Describir el modo de asignación de turnos para la atención médica.*
  - *Enunciar las actividades diarias de cada integrante de los EAP.*
  - *Verificar los horarios de atención.*
  - *Verificar la presencia de archivo de HC Familiar.*
- 

3) Al iniciar un proceso evaluativo, debemos buscar, desde el inicio, establecer el modelo teórico subyacente a la práctica de ese servicio que estamos evaluando. Esta definición del modelo teórico aumenta la comprensión sobre como se supone que funciona el servicio. Raros son los servicios o programas que poseen documentos explicitando el modelo según el cual desenvuelven su práctica, lo que implica que el mismo debe ser construido o especificado. Para ello, el investigador debe basarse datos recogidos a través de entrevistas con informantes claves, grupos focales, observación y análisis de documentos, entre otros (Furtado 2001). En este trabajo se aplica **una herramienta analítica (matriz diagnóstica)** diseñada para analizar los 28 casos seleccionados, en el reporte "*Choices for change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada*", para contrastar y describir el modelo organizacional en estudio. Los contenidos de la guía de preguntas que conforman la matriz diagnóstica utilizada son:

---

## **1. VISION**

### **1.1. Responsabilidad asignada a la Atención Ambulatoria**

#### **1.1.1. Tipo**

- 1.1.1.1. Sólo proveer servicios de salud a demanda.
- 1.1.1.2. Intervenir ante necesidades de servicios de atención detectados.
- 1.1.1.3. Intervenir ante necesidades de cuidados integrales de la salud detectados.

#### **1.1.2. Alcance o extensión de la responsabilidad**

- 1.1.2.1. Médico: sólo debe proveer servicios médicos y de enfermería curativos.
- 1.1.2.2. Salubrista: incluye actividades de promoción de la salud y prevención.
- 1.1.2.3. Social: aborda problemas de orden social y dispone de recursos para enfrentar este tipo de problemas.
- 1.1.2.4. Comunitario: actor principal que lidera el abordaje y la articulación intersectorial local para garantizar mejor salud a la comunidad.

#### **1.1.3. Personas a las que sirve**

- 1.1.3.1. Clientes: personas que demandan servicios espontáneamente
- 1.1.3.2. Subscriptores: personas se inscriben voluntariamente con un proveedor
- 1.1.3.3. Población: habitantes de determinado territorio asignado al proveedor

### **1.2. Resultados esperados**

- 1.2.1.1. Servicios: mejoras en accesibilidad, continuidad, integralidad, coordinación.
- 1.2.1.2. Salud: mejoras en la situación de salud y en reducir inequidades.
- 1.2.1.3. Comunitarios: contribuir al desarrollo y a la participación comunitaria.

### **1.3. Valores implicados**

- 1.3.1.1. Salud: como privilegio o como derecho.
- 1.3.1.2. Responsabilidad por la salud: individual o colectiva.
- 1.3.1.3. Producción de servicios de salud: empresa económica o institución social

## **2. RECURSOS**

### **2.1. Recursos Humanos**

#### **2.1.1. Composición de los Equipos de Atención Primaria**

- 2.1.1.1. Médicos, enfermeras y agentes sanitarios
- 2.1.1.2. Se suman otros profesionales de la salud o de las ciencias sociales

### **2.2. Recursos Financieros**

#### **2.2.1. Origen de los recursos con los que se financia el modelo**

- 2.2.1.1. Públicos
- 2.2.1.2. Privados

#### **2.2.2. A quienes son transferidos estos fondos**

- 2.2.2.1. Directamente a los profesionales en forma individual
- 2.2.2.2. La transferencia de fondos es a organizaciones o instituciones

#### **2.2.3. Método de asignación de los recursos**

- 2.2.3.1. Por prestación
- 2.2.3.2. Por capitación
- 2.2.3.3. Monto fijo

### **2.3. Recursos Tecnológicos**

#### **2.3.1. Presencia de recursos tecnológicos auxiliares a la tarea de los EAP**

2.3.1.1. SI

2.3.1.2. NO

#### **2.3.2. Uso de los recursos tecnológicos**

##### **2.3.2.1. De uso clínico**

2.3.2.1.1. Instrumental esencial para los EAP (kit de AP)

2.3.2.1.2. Tecnología diagnóstica y terapéutica para apoyo de los EAP

##### **2.3.2.2. De uso en la gestión**

2.3.2.2.1. Registros y formularios básicos

2.3.2.2.2. Sistemas y programas informatizados en conexión

#### **2.3.3. Alcance de su uso**

2.3.3.1. Sólo la organización primaria (EAP)

2.3.3.2. La administración y gestión del nuevo modelo de AP

2.3.3.3. El Sistema de Salud en su totalidad

### **3. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL**

#### **3.1. Responsabilidad por la Atención Primaria**

##### **3.1.1. Médicos**

3.1.1.1. Individualmente

3.1.1.2. En grupos o equipos

##### **3.1.2. Centros de Salud**

##### **3.1.3. Redes**

3.1.3.1. De profesionales

3.1.3.2. De organizaciones

#### **3.2. Gobernanza sobre el modelo de atención ambulatoria**

##### **3.2.1. Responsables de la conducción de los EAP**

3.2.1.1. Profesionales de la salud

3.2.1.2. Laypersons (legos)

3.2.1.3. Junta o Comisión

##### **3.2.2. Presencia de unidades de gestión local o intermedia (zonal)**

3.2.2.1. SI

3.2.2.2. NO

##### **3.2.3. Responsabilidad de las unidades de gestión intermedia**

3.2.3.1. Limitada a la gestión de los servicios de atención ambulatoria en el primer nivel

3.2.3.2. Incluye la gestión de otros componentes del Sistema de Salud.

##### **3.2.4. Nivel de decisión de la unidad de gestión intermedia**

3.2.4.1. Poder para la toma de decisiones organizacionales

3.2.4.2. Poder para la asignación de recursos.

#### **3.3. Retribución económica por el trabajo del personal de los EAP**

##### **3.3.1. Modalidad de pago al personal de los EAP**

3.3.1.1. Por prestación

- 3.3.1.2. *Por capitación*
- 3.3.1.3. *Salario mensual fijo en relación a carga horaria*
- 3.3.1.4. *Combinaciones*
- 3.3.2. *Asignación de los incentivos al personal de los EAP***
  - 3.3.2.1. *Evaluación, asignación y pago individual*
  - 3.3.2.2. *Evaluación, asignación y pago al EAP*
- 3.3.3. *Asignación de incentivos a los SAMCo que proveen los servicios aux.***
  - 3.3.3.1. *Por capitación*
  - 3.3.3.2. *Monto fijo*
  - 3.3.3.3. *Por prestación*
- 3.4. *Mecanismos administrativos para integrar los servicios***
  - 3.4.1. *Forma*
    - 3.4.1.1. *Informales*
    - 3.4.1.2. *Formales*
  - 3.4.2. *Tipo*
    - 3.4.2.1. *Acuerdos o Contratos*
    - 3.4.2.2. *Directivas de la autoridad (gobernanza)*
    - 3.4.2.3. *Compra de servicios*
  - 3.4.3. *Alcance*
    - 3.4.3.1. *Red de servicios de la atención ambulatoria*
    - 3.4.3.2. *Otros componentes del Sistema de Salud*

#### **4. PRACTICAS**

- 4.1. *Disponibilidad de los servicios ofertados***
  - 4.1.1. *24 Horas al día los 7 días de la semana*
    - 4.1.1.1. *NO*
    - 4.1.1.2. *SI*
      - 4.1.1.2.1. *El modo en que son provistos los servicios*
        - 4.1.1.2.1.1. *Individualmente*
        - 4.1.1.2.1.2. *En cooperación con otros*
      - 4.1.1.2.2. *Tipo de servicios provistos*
        - 4.1.1.2.2.1. *Triage telefónico*
        - 4.1.1.2.2.2. *Intervención y atención*
- 4.2. *Coordinación y seguimiento***
  - 4.2.1. *Asignación de la población a cargo*
    - 4.2.1.1. *Formal*
    - 4.2.1.2. *Informal*
  - 4.2.2. *Responsabilidad por el seguimiento y los cuidados continuos*
    - 4.2.2.1. *Del profesional (médico o enfermera)*
    - 4.2.2.2. *Del equipo o grupo de profesionales -EAP-*
- 4.3. *Variedad de servicios ofrecidos por el modelo de atención ambulatoria***
  - 4.3.1. *Servicios médicos y de enfermería*

- 4.3.2. *Se agregan otros servicios de médicos especialistas y salud mental*
  - 4.3.3. *Servicios sociales y comunitarios*
  - 4.4. Momento en el que el servicio de salud es provisto**
    - 4.4.1. *Antes de la ocurrencia del episodio de cuidado (promoción, prevención, detección)*
    - 4.4.2. *Al tiempo en que la demanda de cuidado ocurre (servicios diagnóstico y curativos)*
    - 4.4.3. *Al finalizar el episodio (rehabilitación y servicios paliativos, cuidados domiciliarios)*
  - 4.5. El Rol de Enfermería**
    - 4.5.1. *Tradicional (como soporte de la actividad médica)*
    - 4.5.2. *Nuevo (independiente en la performance de algunos deberes o asistir pacientes monitoreando o coordinando cuidados).*
  - 4.6. Relaciones de Enfermería y agentes sanitarios**
    - 4.6.1. *Limitado a la relación con el médico o otros integrantes del EAP*
    - 4.6.2. *Abierto a otros componentes de la Atención Primaria*
    - 4.6.3. *Abierto a otros componentes del Sector Salud*
    - 4.6.4. *Abierto a otros sectores relacionados con Salud (Promoción Com., Educación).*
  - 4.7. Mecanismos clínicos para la integración de servicios**
    - 4.7.1. *Naturaleza*
      - 4.7.1.1. *Formal*
      - 4.7.1.2. *Informal*
    - 4.7.2. *Tipo*
      - 4.7.2.1. *Intercambio de información*
      - 4.7.2.2. *Prof. del 1er N. responsables por asegurar la integración (case manager)*
    - 4.7.3. *Principales actores*
      - 4.7.3.1. *Atención Ambulatoria (Primer Nivel de Atención)*
      - 4.7.3.2. *Otros componentes del Sistema de Salud.*
  - 5. CONTEXTO - AMBIENTE**
    - 5.1. Alcance del modelo**
      - 5.1.1. *Nacional*
      - 5.1.2. *Provincial / Regional*
      - 5.1.3. *Local*
    - 5.2. Carácter del modelo**
      - 5.2.1. *Implementado*
      - 5.2.2. *Experiencia piloto / experimentación*
      - 5.2.3. *Proyecto*
-

4) Una serie de **entrevistas semi estructuradas a informantes claves** es la técnica que se utilizó para responder al segundo de los objetivos específicos planteados, indagando desde la perspectiva de la cultura organizacional. Fueron entrevistados individualmente los profesionales responsables por el diseño y la implementación técnica del modelo de AP como experiencia piloto, durante el bienio 2001-2002 en los Departamentos Garay y San Javier en la Provincia de Santa Fe. La caracterización estratégica de actores y problemas de gestión durante la implementación de la experiencia piloto se basó fundamentalmente en la información recogida en esas entrevistas semi estructuradas a los informantes claves. La información recogida durante las entrevistas, fueron de alguna manera reafirmadas y validadas a través de su constatación y comparación con:

- registros de manifestaciones públicas (conferencias, declaraciones de prensa, publicaciones) de los diversos actores involucrados,
- actas o documentos oficiales revisados,
- observación directa de las prácticas de algunos actores (ej.: los EAP)

La guía de preguntas utilizadas en las entrevistas es la siguiente:

---

1. *Enumere y enuncie los actores intra e inter sectoriales con los que el equipo técnico profesional del que formó parte, debió interactuar durante la implementación de la experiencia piloto en la implementación de los cambios organizacionales en la provisión y suministros de servicios de salud ambulatorios:*
2. *Cómo calificaría usted la actitud que demostraron cada uno de los actores que usted ha identificado previamente frente al nuevo modelo de organización implementando para el suministro de servicios de salud ambulatorios en la Zona de Salud III?*
  - a) *Promotor de la iniciativa. Manifiesto interés en el desarrollo e implementación de los cambios organizacionales propuestos.*
  - b) *Adhesión plena, buena predisposición a la cooperación, voluntad de integrar la tarea en forma pro activa*
  - c) *Colaboración y participación sólo ante requerimientos explícitos por parte del Equipo encargado de la reforma.*
  - d) *Indiferencia hacia la innovación organizacional, se continuó trabajando sin tener en cuenta los cambios implementados.*
  - e) *Actitud competitiva, puja por recursos, tensión frente al modo de planificar y programar las actividades, etc.*

- f) Declarado rechazo, actitudes obstaculizadoras y conspirativas para lograr que el cambio se detenga.
- g) Otro tipo de actitud no considerada en los ítems anteriores.....

3. Enuncie cuales fueron a su criterio los problemas más importantes que debieron ser enfrentados en la implementación de la reforma del modelo organizacional de provisión de servicios de salud ambulatorios, ubicados según el nivel de la gestión del que dependen (o donde se producen) y las estrategias desarrolladas para abordarlos.

4. Identifique los espacios o momentos nodales (espacios de toma de decisiones, planificación, gestión colegiada o problematización) que se dieron durante el proceso de implementación de la experiencia piloto. Caracterice dichos puntos nodales en función de los siguientes atributos:

- ✓ Formalidad/informalidad.
- ✓ Promoción desde la gestión central o no.
- ✓ Forma parte de la estructura tradicional o no
- ✓ Actores que participan.
- ✓ Dinámica de la discusión: horizontalidad vs. verticalidad; problematización vs. informativo.
- ✓ Posibilidad y alcance en la modificación de normas como producto de nuevos acuerdos (nivel de normas modificadas):

Nivel macro \_\_\_\_\_ Normas que regulan la relación entre el Estado y la Soc.  
Civil

Nivel meso \_\_\_\_\_ Normas que regulan la organización del sistema

Nivel micro \_\_\_\_\_ Normas que regulan el modelo de atención

5. Relaciones inter-jurisdiccionales: cómo considera usted que resultaron aquellas acciones originadas desde la Nación, la Provincia, y los Municipios y Comunas, que tenían que ver con el Primer Nivel de Atención o la Atención Ambulatoria, durante la implementación de la experiencia piloto en San Javier y Garay?

- a) Estuvieron alineadas, integradas, fueron complementarias, coordinadas, suplementarias, se potenciaron.
  - b) Se mantuvieron independientes entre sí, desarticuladas, poco coordinadas, no sinérgicas ni complementarias.
  - c) Resultaron francamente antagónicas, competitivas, obstaculizantes, contradictorias.
  - d) Otras características no contempladas en los ítems anteriores
-

## RESULTADOS

### 1) Contexto del estudio<sup>9</sup>

#### i) El Sistema de Salud en la Provincia de Santa Fe:

En la organización de la atención de la salud en la Provincia de Santa Fe se pueden reconocer y diferenciar claramente tres sub sectores:

**El Sub Sector Público Estatal**, que se ocupa fundamentalmente de financiar las prestaciones de salud pública y de atención de la salud de la población carente de cobertura formal, utilizando para ello una extensa red de servicios propios de complejidad creciente. El actor principal en este caso es el Estado Provincial a través del Ministerio de Salud y el destino a ese Ministerio del 8.10 % de su Presupuesto General (\$ 333.610.195 para el año 2005). Es necesario también mencionar los aportes de Programas Nacionales que complementan la actividad de la Provincia, y el aporte que hacen algunos Municipios y Comunas que destinan parte de su presupuesto a Salud, colaborando con la tarea de la Provincia y/o financiando actividades sanitarias en efectores propios que también completan el esquema de este subsector.

**El Sub Sector de la Seguridad Social**, compuesto por múltiples organismos financiadores (Obras Sociales) conducidas por las organizaciones gremiales de los trabajadores por rama de actividad, y que fundamentalmente se comporta como comprador de servicios de salud que ofrecen los prestadores privados, aunque también, desde hace algunos años debe afrontar los gastos hospitalarios ocasionados por la atención de sus beneficiarios en los efectores públicos. La Obra Social de los empleados del estado provincial –IAPOS–, la Obra Social Nacional de los Jubilados –PAMI–, y dos o tres Obras Sociales Sindicales Nacionales son las que representan el volumen más grande de personas cubiertas por este esquema de la seguridad social en la Provincia.

---

<sup>9</sup> A fines del año 2000, las autoridades del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, encomiendan a un equipo interdisciplinario de especialistas, la elaboración de un *diagnóstico* de la situación en que se encontraba la provincia tendiente a elaborar un *proyecto de programa provincial de salud* y que fue posteriormente plasmado en un Documento de Trabajo elaborado por G. Alvarez y P. Ríos (2001). Ese documento oficial, y los datos recogidos del Censo 2001 son las fuentes consultadas en esta parte del trabajo.

El **SubSector Privado**, fundamentalmente se trata de efectores (o redes de efectores) que actúan principalmente como proveedores de servicios de atención de la salud a las Obras Sociales y Planes de Pre Pagos que cubren a personas con capacidad de pago y que voluntariamente adhieren a estos planes de cobertura privados.

En la actualidad, según estimaciones oficiales del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe y del Censo Nacional 2001, el 58% de la población tiene algún tipo de cobertura explícita a través de los Sub Sectores de la Seguridad Social (Obra Social) y Privado (PrePago o Mutual), mientras que para el 42% restante existe exclusivamente la oferta de servicios que financia el Estado a través de su Red de efectores público-estatales.

El **Ministerio de Salud Provincial** es responsable por el desarrollo de las prácticas de salud pública en todo el territorio, además de garantizar con su presupuesto el funcionamiento de la red de efectores públicos, y servir como máxima autoridad reguladora del sector (función que en la práctica real ha ido resignando poco a poco). El territorio provincial está dividido en **9 Zonas de Salud**, cada una de las cuales encierra un espacio socio-geográfico determinado, en donde cada Zona Sanitaria se convierte en la representación regional de la autoridad ministerial.

La **Red de Efectores Público Estatales** está conformada por 382 efectores de atención ambulatoria exclusiva, 117 efectores con internación, y 9 efectores especializados de alta complejidad. La producción de estos servicios públicos supera los 7 millones de consultas anuales y los 180.000 egresos hospitalarios.

Del total del presupuesto para salud pública que administra el Ministerio Provincial, el 77% está destinado al pago de salarios, contando con una planta de personal que ronda los 13.000 empleados públicos.

Las asignaciones presupuestarias hacia los efectores se distribuyen regularmente del siguiente modo (año 1999): 75% para Hospitales Generales, 15% para Hospitales Especializados, y 10% para Centros de Salud. Situación que deja en evidencia cierto desinterés real por el Primer Nivel de Atención, a pesar del apego discursivo con los principios de la Atención Primaria de la Salud y de una extensa trayectoria del

Ministerio de Salud en la ejecución de Programas Verticales y Normativos orientados a la Prevención y Promoción de la Salud.

**ii) Condiciones socio sanitarias de la población santafesina:**

Santa Fe es una de las principales provincias argentinas, y junto a Córdoba, Buenos Aires y Entre Ríos, integra la región centro del país. Se extiende sobre una superficie total de 133.007 km<sup>2</sup>, su forma geográfica se asemeja a la de una bota larga, y su límite oriental está determinado por la extensa y caudalosa cuenca del río Paraná.

Según los datos brindados por el Censo Nacional del año 2001, Santa Fe tiene una población de 3.000.701 habitantes, 48,5% de los cuales son varones. El 8,5% son menores de 5 años, el 18% tienen entre 5 y 14 años, el 62% entre 15 y 64 años, y la población que supera los 64 representan el 11,5% del total, lo que dibuja una pirámide poblacional levemente trunca resultado del crecimiento de la población añosa.

**Tabla Nro. 3: "Santa Fe. Datos poblacionales 2001"**

<b>Característica</b>	<b>Santa Fe</b>
Superficie territorial	133.007 km <sup>2</sup>
Población	3.000.701 hab
Densidad de población	22.6 hab / km <sup>2</sup>
Personas de 64 años o más	11.5 %

*Fuente: Censo Nacional 2001*

La tasa de fecundidad para la Provincia de Santa Fe es de 2,44 por mil. La tasa de mortalidad materna asciende a 4.4 por diez mil. La mortalidad infantil se ha estacionado en un 14,8 por mil. La esperanza de vida es de 68,5 para los varones y de 76,3 para las mujeres.

Los datos del año 1998 sobre mortalidad global de la provincia, muestran que la primer causa de muerte son las de origen cardiovascular (25,51%), le siguen los tumores malignos (21,79%), las enfermedades cerebrovasculares (12,20%), los accidentes (4,05%), la Diabetes (3,20%). La mortalidad relacionada a accidentes automovilísticos muestra un marcado ascenso en los últimos 5 años, en directa relación con el crecimiento del parque automotor. Las patologías de origen infeccioso siguen siendo de elevada prevalencia, particularmente entre la población de más bajos ingresos.

Según datos del Censo 2001, el analfabetismo en menores de 10 años no supera el 2,46%. El 38,8% de los hogares tienen inodoro con descarga de agua y desagüe a la red pública. En cuanto al acceso al agua potable, el 50% de los hogares son abastecidos desde el río Paraná previo tratamiento potabilizador, el 30% de los hogares acceden a servicios centralizados de acuíferos subterráneos y el 20% (600.000 habitantes) consumen agua de pozo de dudosa calidad.

La producción santafesina representa el 8,4% del PBI nacional. Santa Fe ocupa el primer lugar entre las provincias argentinas como productora de soja y derivados, leche y derivados y frutillas; y se ubica en segundo lugar como productora de cereales en general, ganado bovino y miel<sup>10</sup>.

Santa Fe presenta marcadas diferencias regionales tanto a nivel económico como en los aspectos socio-sanitarios. Su densidad poblacional promedio es de 22,6 hab/km<sup>2</sup>, pero su población está distribuida desigualmente, con una fuerte concentración en el sur.

El Departamento Rosario supera el millón de habitantes, con una densidad de 671 hab/km<sup>2</sup>, y si a ello se suma la población de los Departamentos Constitución, San Lorenzo e Iriondo se alcanza el 50% de la población total. Los mayores conglomerados urbanos son la Ciudad de Rosario y su área metropolitana, la Ciudad de Santa Fe, Rafaela, Reconquista, Venado Tuerto y Cañada de Gómez.

En el extremo opuesto se encuentran los departamentos del norte de la provincia (Vera, General Obligado, 9 de Julio, San Cristóbal, San Javier y Garay) cuya densidad poblacional es baja y fundamentalmente se trata de población rural o semi-rural. Esta región norte de la provincia es la que presenta históricamente los peores indicadores económicos y socio-sanitarios.

En términos absolutos, la mayor cantidad de hogares con NBI se ubican en los departamentos más poblados, respondiendo a una lógica de crecimiento de los asentamientos marginales aledaños a las grandes ciudades. Se estima que la

---

<sup>10</sup> Fuente: Datos oficiales del Ministerio de Agricultura, Ganadería, Industria y Comercio de la Provincia de Santa Fe, 2003.

población de los asentamientos marginales en la ciudad de Rosario supera las 300.000 personas.

En el período 2000-2002, la provincia experimentó un fuerte incremento de la nueva pobreza, producto de la crisis ocupacional y la crisis económica general del país, afectando a un gran número de hogares pertenecientes a las llamadas clases media y media-baja, constituyendo un nuevo conjunto de demandas hacia el estado provincial que debió dar respuestas a necesidades sanitarias y sociales que se multiplicaron en muy poco tiempo.

Frente a la necesidad de dar respuesta a la creciente demanda a los servicios públicos de salud por parte de gran cantidad de personas que fueron perdiendo su trabajo, y por ende la cobertura social para los cuidados de su salud, las autoridades sanitarias de la Provincia de Santa Fe, planificaron e implementaron un Programa de reformas de tipo incremental y creciente, tendientes a lograr mayor cobertura, mejor acceso y mayor eficiencia de sus servicios de salud.

La reforma se inicia con la formulación del Seguro de Salud Provincial (SSP) y su implementación como experiencia piloto en los Departamentos Garay y San Javier durante los años 2001 y 2002. El SSP es encarado como un mecanismo de aseguramiento público de los riesgos que en materia de salud tienen que enfrentar aquellos habitantes provinciales que no cuenten con cobertura para los mismos, con fuerte énfasis en la reformulación de la organización y gestión del Primer Nivel de Atención. Para los impulsores del SSP, este programa de reforma se iniciaba con la reformulación del modelo organizacional de la atención ambulatoria, convirtiéndola en el primer punto de contacto de la población con el sistema de salud, a través de un Equipo de Atención Primaria liderado por Médicos de Familia o Generalistas, constituyendo un primer nivel de atención en el que los problemas de salud agudos fueran resueltos y la mayoría de los problemas de salud crónicos fueran gestionados clínicamente; nivel desde donde también fueran desarrolladas las actividades de promoción de la salud y prevención, y desde donde -aquellos pacientes con necesidades de atención especializada-, fueran conectados con el segundo y tercer nivel de atención.

El SSP incorporado como norma sanitaria mediante Decreto del Poder Ejecutivo Provincial Nro. 1535/01, ratificado luego por la Ley Provincial Nro. 12030 de

agosto del 2002, introduce nuevos instrumentos organizacionales que reformulan el modelo vigente para la organización y suministros de servicios de salud (particularmente en el nivel ambulatorio) desde la Salud Pública Provincial.

### **iii) La situación socio-sanitaria de los Departamentos Garay y San Javier**

Con una población de alrededor de 50.000 habitantes, este territorio que se extiende a lo largo de la costa del Río Paraná, al norte de la ciudad capital de Santa Fe, presenta los más alarmantes indicadores socio sanitarios de la Provincia<sup>11</sup>, con más del 50% de su población sin cobertura de los sub sectores de la seguridad social ni privado<sup>12</sup>.

En el territorio se cuenta con una presencia prácticamente exclusiva de efectores de salud de carácter público estatal de baja y mediana complejidad (tan solo un establecimiento privado con internación en San Javier). Para el año 2000, los Colegios Profesionales censaban la presencia de 17 médicos, 14 bioquímicos, 4 psicólogos, 1 psicopedagogo y 3 ópticos en los Dptos. Garay y San Javier. El desagregado por especialidad de los 17 médicos registrados en el Colegio correspondiente ofrece el siguiente resultado: 1 anestesista, 2 cirujanos generales, 1 clínico, 4 médicos generalistas, 1 obstetra, 1 pediatra, un radiólogo y 6 médicos sin especialidad.

## **2) Caracterización del nuevo modelo organizacional (análisis administrativo):**

El nuevo modelo organizacional para el suministro de servicios de salud ambulatorios que ha sido impulsado por el gobierno de la Provincia de Santa Fe, fue puesto en práctica como experiencia piloto en la Zona de Salud III que ocupa los Departamentos Garay y San Javier, en el noreste del territorio provincial, durante el período que se inicia en Junio del 2001 y se extiende hasta fines del 2002.

<sup>11</sup> Para el año 1998, la tasa de mortalidad infantil en la Zona de Salud III era del 20.5% (5 puntos por encima del promedio provincial)

<sup>12</sup> Según un informe oficial del Ministerio de Salud que data del momento de la formulación del proyecto del SSP -año 2000-, sobre un total de 45491 habitantes en los Departamentos Garay y San Javier, 26166 personas no poseen cobertura (57%). Aproximadamente de las 19325 personas que tienen cobertura de la seguridad social, el 38 % corresponde a personas con cobertura de IAPOS (la Obra Social para el Personal del Estado Provincial)

Con base al análisis de los documentos oficiales que hacen referencia a la implementación del SSP en la Zona de Salud III<sup>13</sup>, se deduce que al implementar este Programa, el Ministerio de Salud manifiesta explícitamente la pretensión de lograr:

- ✓ "...disminuir la carga global de la enfermedad que hoy soporta la comunidad, disminuyendo principalmente la incidencia de las enfermedades relacionadas con la pobreza, la falta de educación y las condiciones sanitarias...";
- ✓ "...proveer cobertura explícita para la atención de la salud a todos los habitantes de la Provincia de Santa Fe que no tengan acceso a la seguridad social u otras formas de protección privada...";
- ✓ "...mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos dentro del sistema de salud, eliminando los subsidios públicos indeseados, desarrollando una estructura de costos, focalizando el destino de los fondos públicos para la atención de la población sin cobertura e incentivando al mejoramiento de la cobertura, la accesibilidad, la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios de salud..."
- ✓ "...establecer mecanismos de pago y transferencias de fondos públicos tendientes a asegurar los objetivos anteriormente señalados, estimulando la competencia y la asociación entre prestadores, en el marco del concepto de redes prestadoras integrales público privadas..."
- ✓ "....desarrollar mecanismos eficaces de participación de la comunidad..."

La experiencia piloto de reformulación del modelo prestacional público ambulatorio introducida en la Zona de Salud III, que intento caracterizar en este trabajo, formaba parte de un conjunto mayor de compromisos de reformas (del Sector Salud, pero también de las Áreas Sociales y de Educación del Gobierno Provincial) que asumió el gobierno provincial frente al Banco Mundial, como contraparte para el otorgamiento de una línea de crédito blando (a largo plazo y baja tasa de interés) directo a la Provincia, que se utilizó mayoritariamente para cancelar deudas públicas de vencimientos más prematuros y tasas de interés más elevadas.

Para el año 1999 las transferencias de fondos desde el Ministerio de Salud a los Hospitales de la Zona de Salud III sumaron algo más de 4 millones de pesos, lo que representa el 3% del presupuesto anual del Ministerio asignado a la Zona de

---

<sup>13</sup> Ley Provincial Nro. 12030/02 // Decretos 1535/01 – 3764/01 // Resoluciones Ministeriales Nro. 573/01 - 062/02 – 137/01 – 204/02 – 508/01 – 511/01 – 526/02 // Disposiciones Nro. 146/01

Salud que concentra apenas el 1,6% de la población total provincial; significando \$102.80 por habitante por año. Los recursos financieros con los que se contó para el desarrollo de la experiencia piloto<sup>14</sup> fueron fondos públicos surgidos del propio presupuesto del Ministerio de Salud, a lo que se sumaron pequeños fondos transferidos desde el Ministerio de Salud de Nación y asistencia técnica desde el Programa de Reversión del Sistema de Seguro de Salud (PRESSS), ya que como se mencionó en párrafos anteriores, el dinero proveniente del crédito otorgado por el Banco Mundial a la Provincia (PRL III) fue mayormente utilizado para cancelar deuda pública de vencimiento más cercano y tasas más elevadas.

En el marco de lo que se denominó Programa del Seguro de Salud Provincial (SSP) en el Decreto del PE Nro. 1535/01<sup>15</sup>, se implementa un nuevo modelo organizacional para el Primer Nivel de Atención sobre la base de los Equipos de Atención Primaria (EAP) conformados por un médico de familia/generalista, una enfermera y dos agentes sanitarios como unidad prestacional básica. Cada EAP tiene asignado por lo menos un lugar de atención y una población de hasta 2000 personas a cargo. Los integrantes de cada EAP actúan de modo coordinado y compartido, con el propósito de garantizar que los servicios de salud se brinden de manera eficaz y eficiente<sup>16</sup>. Se define un menú de prestaciones esenciales garantizadas, probadamente costo-efectivas y adecuadas a las necesidades epidemiológicas de la región<sup>17</sup>.

Se espera de los EAP que, además de proveer servicios de salud a demanda, sean capaces de interactuar con su población a cargo en materia de promoción de la

<sup>14</sup> El presupuesto específico aplicado a la Experiencia Piloto en la Zona de Salud III en el año 2002 fue de \$ 150.000 en el año, algo así como tan sólo \$ 5,37 por habitante por año que se sumaron a los \$102,80 históricos.

<sup>15</sup> Mediante Ley Provincial Nro. 12030, de agosto del 2002, se ratificó el convenio celebrado en el año 2000 entre la cartera sanitaria provincial y el MSN donde se pautaron las principales líneas estratégicas para el diseño del modelo del SSP, y en su artículo 1ro, dicha ley aprueba la implementación del SSP, comenzando por la Zona de Salud III.

<sup>16</sup> Modelos similares han sido introducidos en las reformas de la atención ambulatoria implementadas en diversos países (ej. los GMF –Grupos de Médicos de Familia en Québec- y los PCG –Primary Care Groups en el Reino Unido). “*Primary Care en el Reino Unido comenzó otra reorganización mayor en abril 1999 con la introducción de los PCGs (Primary Care Groups). El nuevo modelo reúne a los general practitioners, enfermeras comunitarias y otros profesionales del campo social y de la salud, para planear los servicios de salud y mejorar la salud en sus propias comunidades (Bindman 2001)*”

<sup>17</sup> En junio del 2001, desde la Unidad de Coordinación del Programa (UCP-PRESSS) que coordinaba desde el MSN proyectos semejantes en 5 Provincias, se definió que el paquete prestacional a garantizar en estos Seguros Públicos estaría definido como el conjunto de prestaciones incluidas en el PMO (Resol 939/00 MSN), que establece un criterio uniforme para todos los agentes del Seguro sobre sus obligaciones en materia prestacional y que señala prioridades vinculadas con la prevención y la racional utilización de los recursos del sistema.

salud y prevención de la enfermedad, así como también en contribuir a que las necesidades en materia de salud sean percibidas como tales por las personas y se traduzcan en demandas oportunas de atención. También se promueve a los EAP para que exploren y coordinen acciones intersectoriales locales en todos aquellos aspectos que se vinculan a la salud desde una perspectiva integral, social y comunitaria.

Cada EAP tiene a su cargo la atención de una población bajo su responsabilidad, que en un principio es la población que habita la zona aledaña a su lugar de atención (Centro de Salud), sin embargo, las personas pueden optar hasta dos veces al año por un médico de familia distinto, y esto es registrado por el sistema de información gerencial.

La identificación de la población no cubierta se efectuó oportunamente mediante el cruce de diferentes bases de datos provistas por el SINTyS, el ANSESS, el IAPOS, el PROFE, la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria y el padrón electoral. Estos datos fueron contrastados con relevamientos efectuados en terreno por agentes comunitarios de la Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud en el marco del Programa Capricornio (con financiamiento internacional del FONPLATA).

Los EAP cuentan con el instrumental y equipamiento necesario para la práctica de la Medicina Familiar, y con el apoyo para diagnóstico y tratamiento del área de laboratorio básico, radiología, ecografía y medicamentos<sup>18</sup>, y la posibilidad de interconsultas con especialistas básicos.

El modelo cuenta con registros específicos para las consultas y prescripciones, así como también se desarrolló un sistema informatizado que permite manejar un padrón de beneficiarios en los centros de atención (Subsistema de Empadronamiento), el control de gestión de los consumos prestacionales en el nivel zonal (Subsistema de Supervisión de Centros de Atención) y el control de gestión y la administración del padrón único en el nivel central (Subsistema de Gestión global de la Información).

---

<sup>18</sup> Se definió un listado de 57 medicamentos esenciales para el primer nivel de atención, que conformaron una suerte de "botiquín" para los EAP. La firma de un convenio de colaboración con el Colegio Farmacéutico de la 1ra Circunscripción permitió que dichos medicamentos estuvieran disponibles para su dispensa en las Farmacias de la Zona III, a cambio de un monto fijo que el Ministerio abonaba a los Farmacéuticos por esta tarea. Este mecanismo de mix público privado permitió lograr la dispensa profesionalizada del medicamento, aumentó la cantidad de lugares de atención farmacéutica y amplió los

Existe un nivel de gestión local del nuevo modelo que básicamente se asienta en los EAP, luego en la Zona de Salud se constituye una Unidad de Ejecución Regional (UER) que vela por el cumplimiento de las pautas organizacionales del nuevo modelo, y que reporta a la Unidad Administradora Central que depende de la SubSecretaría de Salud del Ministerio.

En la implementación de esta experiencia piloto, fue considerada también la necesidad (u oportunidad) de revisar el sistema de adhesión o contratación y de pago a los prestadores ambulatorios del sistema público. Todo esto, persiguiendo la finalidad de poder incorporar incentivos monetarios y no monetarios que ayuden a los prestadores a sentirse motivados para alcanzar las metas que se vayan estableciendo.

La herramienta o instrumento que se utilizó para definir la contratación de los profesionales integrantes de los EAP y establecer el posterior pago de los incentivos, fue la suscripción de un *contrato o compromiso de gestión*<sup>19</sup>. Se pretendía que este tipo de contrato resultara en un instrumento de planificación, control y optimización de la gestión, tendiente al logro de la eficiencia y la mejor calidad de la atención médica con el consiguiente nivel de satisfacción de la población bajo cobertura. En el Compromiso de Gestión que se utilizó se establecieron objetivos y metas a alcanzar en un período de tiempo.

Para el Primer Nivel de Atención (los EAP), se definieron dos modalidades. Una primera beca de capacitación, y de pago único, establecida en un monto fijo en pesos, para cada uno de los integrantes de los EAP, para lo cual resultaba necesario:

- Asistir a los ***cursos de capacitación***, principalmente vinculados con los programas prioritarios de salud del Ministerio y con herramientas básicas de Medicina General/Familiar y de Atención Primaria Orientada a la Comunidad.
- Presentar un Plan de Atención de la Salud para la población a cargo del EAP, resaltando la importancia de trabajar en equipo.

---

horarios de dispensa (se pasó de 42 hs diarias matutinas de oferta farmacéutica a más de 162 horas diarias con turnos nocturnos inclusive), mejorando la accesibilidad a los medicamentos y la calidad de la dispensación.

<sup>19</sup> En este caso, los "compromisos de gestión" son usados como el principal mecanismo de acuerdo institucional en reemplazo de la responsabilidad jerárquica. Sin embargo, el nuevo escenario no implica necesariamente una exposición de los actores (Ministerio, SAMCOs y EAP) a las obligaciones de derecho privado, como lo que ocurre con los contratos legales comerciales. El "compromiso de gestión" no representa o

- Cooperar con los trabajos de empadronamiento, llenando las fichas de censales de los beneficiarios.
- Suscribir un contrato de compromiso de gestión en el que se pautan los compromisos de trabajo del EAP.

Una segunda beca, de pago semestral, consistió en el reconocimiento de una cápita por cada beneficiario a cargo del EAP, que premia la producción del mismo y el logro de las metas a que se comprometieron los integrantes de estos equipos en el Plan de Trabajo y que se encuentra definido en los compromisos de gestión suscriptos oportunamente.

El personal de los EAP mantienen su relación de dependencia para con el Ministerio, pero comienzan a percibir este incentivo económico (segunda beca, de pago semestral) que se asemeja y equipara a un nuevo aguinaldo, si se cumplen las metas negociadas<sup>20</sup>.

El relevamiento inicial de la red de establecimientos públicos que formaron parte de este emprendimiento dio el siguiente resultado (en los centros de salud asentaron posteriormente su base operativa los 34 EAP que se conformaron<sup>21</sup>):

---

abarca la naturaleza integral de los acuerdos relacionales entre los agentes contratantes, sino que representa un punto de referencia de un proceso administrativo de monitoreo y ajuste (contrato relacional).

<sup>20</sup> En la formulación teórica inicial del proyecto (fundamentalmente como propuesta de los técnicos del BM), se pretendía que los profesionales médicos de los EAP renunciaran voluntariamente a la dependencia laboral con el Ministerio, y se firmara un contrato nuevo, más flexible aunque más atractivo desde el punto de vista económico. La propuesta fue inmediatamente cuestionada por las entidades gremiales, y rápidamente esa fórmula fue revisada y modificada tal como se expresó en el párrafo anterior. De alguna manera, cuando un modelo de formulación de reformas es abierto, interactivo y flexible, como lo fue en este caso, los resultados del análisis de los actores y de su participación, puede modificar el proceso y reestructurar el modelo inicial por medio de la negociación. Esa justa oposición de los profesionales fue considerada y no resultó un obstáculo insalvable para continuar con el proyecto, encontrando una nueva fórmula compatible con los intereses de los profesionales y de los decisores.

<sup>21</sup> Se constituyeron 34 EAP (5 EAP en Romang, 3 en Alejandra, 13 en San Javier, 8 en Helvecia, 2 en Cayastá y 3 en Santa Rosa), lo que involucró a 34 médicos, 34 enfermeros y 68 agentes sanitarios.

**Tabla Nro. 4: "Departamentos Garay y San Javier. Red de establecimientos públicos que formaron parte de la reforma de atención ambulatoria contenida en el SSP. 2000-2002"**

Establecimiento	Localidad	Dpto	Nivel	Régimen Jurídico	RRHH		Camas
Hospital de Romang	Romang	San Javier	III	SAMCo	5	31	11
Centro Salud Bro Obrero	Romang	San Javier	I	Provincial	-	1	-
Centro Salud Colonia Durán	Col. Durán	San Javier	I	Provincial	-	2	-
Centro Salud San Roque	San Roque	San Javier	I	Provincial	-	1	-
Hospital de Alejandra	Alejandra	San Javier	III	SAMCo	4	19	13
Centro Salud Los Jacintos	Los Jacintos	San Javier	I	Provincial	-	1	-
Hospital San Javier	San Javier	San Javier	IV	SAMCo	19	140	54
Centro Salud San Antonio	San Javier	San Javier	I	Provincial	-	2	-
Centro Salud Santa Rosa	San Javier	San Javier	I	Provincial	-	3	-
Centro Salud El Triángulo	San Javier	San Javier	I	Provincial	-	2	-
Centro Salud El Once	San Javier	San Javier	I	Provincial	-	1	-
Centro Salud La Brava	La Brava	San Javier	II	Provincial	-	3	-
C. S. Cacique Ariacaiquin	C. Ariacaiquin	San Javier	I	Provincial	-	2	-
Centro Salud Cnia. Teresa	Cnia. Teresa	San Javier	I	Provincial	-	3	-
Centro Salud Cnia. Yatay	Cnia. Yatay	San Javier	I	Provincial	-	2	-
C. Salud Cnia. La Criolla	La Criolla	San Javier	I	Provincial	-	3	-
Centro Salud La Flecha	San Javier	San Javier	I	Provincial	-	2	-
Centro Salud Cnia San José	San José	San Javier	I	Provincial	-	1	-
C. Salud FONAVI e Islas	San Javier	San Javier	I	Provincial	-	2	-
Centro Salud Cnia Francesa	C. Francesa	San Javier	I	Provincial	-	4	-
C.S. Tiro Federal / Policial	San Javier	San Javier	I	Provincial	-	1	-
Centro Salud Sta. Teresita	San Javier	San Javier	I	Provincial	-	1	-
Centro Salud Bo. Jardín	San Javier	San Javier	I	Provincial	-	1	-
C. Salud Bo. Cnia California	San Javier	San Javier	I	Provincial	-	1	-
Hospital de Helvecia	Helvecia	Garay	III	SAMCo	8	57	22
Centro Salud San Joaquín	San Joaquín	Garay	I	Provincial	-	2	-
Hospital Cnia Mascías	Mascías	Garay	III	SAMCo	1	10	12
Centro S. Saladero Cabal	S. Cabal	Garay	I	Provincial	1	1	-
Centro S. Cnia Helvecia N	Helvecia	Garay	I	Provincial	1	2	-
Centro S. Campo del Medio	Campo del M.	Garay	I	Provincial	1	1	-
Hospital Cayastá	Cayastá	Garay	III	SAMCo	6	29	10
Hospital Santa Rosa	Sta Rosa	Garay	III	SAMCo	8	29	14
Centro Salud Los Zapallos	Los Zapallos	Garay	I	Provincial	-	2	-

Fuente: Datos oficiales del Ministerio de Salud

Como consecuencia inmediata del suministro de la atención médica a cargo de los profesionales de los EAP, se generan demandas de exámenes complementarios e interconsultas a determinadas especialidades. Para ello se establece que las mismas se realicen en los *centros referenciales* a los que pertenece cada uno de los equipos (los Hospitales SAMCos de la zona). Para que estos efectores de segundo nivel suministren prestaciones bioquímicas, servicios de farmacia, prácticas de diagnóstico

por imágenes, odontología, acceso a las interconsultas de especialidades, y apoyatura administrativa, garantizando accesibilidad y gratuidad, se define un estímulo de cumplimiento de las obligaciones asumidas estableciendo el reconocimiento de una cápita de \$ 0,20 centavos mensuales por cada beneficiario a cargo de los EAP que pertenezcan al área programática del efector de referencia. De esta forma, se pretende orientar el aspecto financiero hacia la demanda y dotar al establecimiento de *recursos complementarios* ya que los mismos pueden utilizarse para atender los gastos de bienes y/o servicios que implique la atención de la población<sup>22</sup>. Para acceder a este beneficio presupuestario complementario, resulta condición necesaria la suscripción de un *compromiso de gestión*.

Para el proceso de planificación e implementación de esta experiencia piloto en la Provincia de Santa Fe, el Ministerio convocó a un reducido número de expertos en Salud Pública, Economía de la Salud y Administración para la elaboración de un Diagnóstico de situación.

Posteriormente se conformó un equipo técnico-profesional sumándose abogados, contadores, médicos, enfermeros, analistas de sistemas y educadores sanitarios para la elaboración de la propuesta técnica para la reforma del modelo de organización y suministro de servicios de salud en Atención Primaria. Este equipo funcionó internamente en el Ministerio de Salud y contó con el apoyo técnico del PRESSS desde el gobierno federal.

La implementación de la experiencia piloto se inició de manera compulsiva, abarcando la totalidad del territorio correspondiente a una Zona de Salud, y por ende afectó a la totalidad de los efectores y personal de salud establecidos en ese territorio, y cubrió a la totalidad de la población que habita esa región que carecía de otro tipo de cobertura en salud (privada o de la seguridad social).

Algunos resultados de la experiencia se vuelcan en la siguientes tablas:

---

<sup>22</sup> Este mecanismo resultó realmente muy importante para que el Ministerio pueda comenzar a condicionar de alguna manera a los Consejos de Administración de los Hospitales SAMCos a ocuparse y preocuparse por garantizar accesibilidad a los servicios del Hospital, y a garantizar la absoluta gratuidad en el punto de atención.

**Tabla Nro. 5: “Zona de Salud III –Dptos. Garay y San Javier-. Acceso a los servicios: consultas médicas según lugar de realización.”**

<b>Año</b>	<b>Consultas en Guardias</b>	<b>Consultas en CE de Hosp.</b>	<b>Consultas en C. de Salud</b>	<b>Total de consultas</b>
1999	17.179	78.000	8.812	103.991
2001	13.840	76.939	24.258	115.037
Difer. 99/01	- 3.339	- 1.061	15.446	

*Fuente: Registros Oficiales del MSP*

**Tabla Nro. 6: “Zona de Salud III. Acceso a los servicios ofrecidos por los Agentes Sanitarios de los EAP”**

<b>Período</b>	<b>Cantidad de agentes sanitarios</b>	<b>Visitas por mes</b>
Previo a la implementación del SSP	32	3168
Durante la implementación del SSP	62	5456

*Fuente: Registros Oficiales del MSP*

El presupuesto específico aplicado a la Experiencia Piloto en la Zona de Salud III en el año 2002 fue de \$ 150.000 en el año. Casi el total de esta cifra fue destinada a la capacitación de los EAP y al pago de incentivos monetarios establecidos en los Compromisos de Gestión firmados con los EAP y con los Hospitales SAMCo de la región. Esto significa que para una población de 28.000 beneficiarios del SSS sólo fueron invertidos \$ 5.37 adicionales per cápita por año, ya que el resto de la tarea fue la de mejorar la eficiencia asignativa de los recursos presupuestarios correspondientes a los efectores de la Zona de Salud III.

Identificando las características organizacionales distintivas de esta experiencia piloto a la clasificación taxonómica desarrollada en el reporte “*Choices for change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada*”, nos encontramos con el siguiente cuadro, donde en rojo están resaltados los resultados encontrados en el caso en estudio:

Característ.	Modelo comunitario no integrado	Modelo comunitario integrado	Modelo profesional coordinado	Modelo profesional de contacto
<b>VISION</b>				
Responsable por quienes?	Población	<u>Población</u>	<u>Clientela adscripta</u>	
Extensión de la responsabilidad	Situación socio sanitaria de la población	<u>Situación socio sanitaria de la población</u>	<u>Atención Médica</u>	Atención Médica
Resultados finales	Bienestar y Salud de la comunidad	Bienestar y Salud de la comunidad	<u>Provisión de servicios</u>	Provisión de servicios
Desempeño de los Servicios		Integralidad	<u>Continuidad y Seguimiento</u>	<u>Accesibilidad, no integralidad</u>
Responsabilidad por	Necesidades de salud detectadas	<u>Necesidades de salud detectadas</u>		
<b>RECURSOS</b>				
Composición de los recursos humanos	Personal de Salud	Personal de salud, de acción social y de la comunidad	<u>Médico y enfermería</u>	Sólo el médico
Transferencia de fondos	A la Organización	A la Organización	<u>Al personal médico y otros</u>	Sólo al personal médico
Existencia de tecnología Dx y terapéutica	SI	<u>SI</u>	No	No
Existencia de tecnología de la información	No	<u>SI</u>	<u>SI</u>	SI
Extensión de la tecnología de la información		En todo el Sistema	<u>En todo el Sistema</u>	Sólo a la Organización
<b>ORGANIZ.</b>				
Quiénes asumen la responsabilidad	El Centro de Salud	El Centro de Salud y la Red de Atención de la Salud	<u>Grupo de médicos y enf</u>	Un médico
Gobernanza del modelo de atención amb	Legos	Legos (Laypeople)	<u>Profesionales de la Salud</u>	Profesionales de la Salud
Existencia de Unidad de Gestión Intermedia	SI	<u>SI</u>	NO	NO
Responsabilidad de la Unidad Intermedia	Gestión sobre el 1er y 2do nivel de atención	<u>Gestión sobre el 1er y 2do nivel de atención</u>		
Nivel de decisión de la U. Intermedia	Asignación de Recursos	<u>Asignación de recursos</u>		

Coordinación del 1er nivel	Existe: SI	<u>SI: gobernanza, presupuesto, acuerdos y contratos</u>	Sin gobernanza	Sin gobernanza
Coordinación del sistema	No existe	<u>SI: Gobernanza</u>	Sin gobernanza	Sin gobernanza
Compensación a los médicos	Salario por hora de trabajo.	Salario por hora de trabajo.	<u>Combinación</u>	
<del>PRACTICA</del>				
Disponibilidad 24/7	NO	<u>SI</u>		
Profundidad de los servicios provistos x indiv	Alto	Alto	<u>Bajo</u>	Bajo
Profun global de los servicios provistos	Alto	Alto	<u>Intermedio</u>	Bajo
Rango de los servicios globales provist	Amplio	Amplio	<u>Limitado</u>	Limitado
Rango de los servicios individ provist	Amplio	Intermedio	<u>Limitado</u>	Limitado
Existencia de responsab. longitudinal	No	Si	<u>SI</u>	
Quien toma la responsabilidad long del cuidado		Equipo de Salud	<u>Medico y/o Enfermera</u>	
Rol extendido de la enfermera			<u>Tradicional</u>	
Extensión de las relaciones de enfermería			<u>A todo el Sistema</u>	

Tomando en consideración el resultado de la aplicación de la matriz diagnóstica anteriormente utilizada, y limitándonos a lo que ocurrió en los Departamentos Garay y San Javier (Zona de Salud III) podemos concluir que se partió desde una situación en la que prevalecía un **modelo profesional de contacto** y que el proceso de reforma logra un desplazamiento hacia un **modelo profesional coordinado** con algunos pocos elementos característicos del **modelo comunitario integrado**.

### 3) Caracterización de actores y problemas de la gestión (análisis estratégico)<sup>23</sup>:

En el análisis situacional necesitamos desarrollar la capacidad para ver “por detrás” o “por debajo” de las apariencias. Por eso utilizamos un desdoblamiento de la realidad en planos de análisis, un primer plano fenoménico o funcional en el que incluimos todas las manifestaciones que se hacen visibles a nuestros sentidos en forma directa, y un segundo plano estructural o de los actores sociales, en el que exploramos los diferentes recursos que tienen capacidad de producir hechos sociales. En este segundo plano tenemos en cuenta que esos actores o fuerzas sociales disputan el control de los recursos, de lo que deviene la naturaleza esencialmente conflictiva de este plano y la necesidad de utilizar el concepto de poder como categoría analítica y el de relaciones de poder como categoría vincular (Rovere 2006)

A partir del análisis de los resultados de las entrevistas a los responsables técnico profesionales de la implementación del SSP en la Zona de Salud III durante el bienio 2000-2002, se desprende el siguiente listado de actores, reconocidos como tales por su condición de haber sido aquellos individuos o grupos movilizados por un interés común frente a la reforma implementada; organizaciones, grupos o individuos que fueron –potencialmente- víctimas o beneficiarios del proceso de reforma que está siendo considerado.

En la siguiente tabla se identifican y caracterizan los actores reconocidos por los entrevistados, ubicando el Sector y SubSector al que pertenecen, si esa pertenencia es interna o externa respecto del Ministerio de Salud de la Provincia, las razones o motivos por los que fueron identificados como actores por los entrevistados, y sus opiniones respecto a la actitud que adoptaron frente a la implementación de la reforma organizacional promovida en la experiencia piloto:

---

<sup>23</sup> La caracterización estratégica de actores y problemas de gestión durante la implementación de la experiencia piloto se basó fundamentalmente en la información recogida en las entrevistas semi estructuradas a los informantes claves (integrantes del equipo técnico profesional responsable por la implementación de la experiencia piloto en Zona III durante el bienio 2000-2002). La información recogida durante las entrevistas, fueron de alguna manera reafirmadas y validadas a través de su constatación y comparación con: registros de manifestaciones públicas (conferencias, declaraciones de prensa, publicaciones) de los diversos actores involucrados, actas o documentos oficiales revisados, observación directa de las prácticas de algunos actores (ej.: los EAP)

Sector	Sub Sector	Int. / Ext <sup>24</sup>	Actitud <sup>25</sup>	Razones elegidas
Internacional	Funcionarios del Banco Mundial	Ext	(a)	La Reforma de Salud que se está analizando, forma parte de los compromisos asumidos por el Gobierno de la Provincia de Santa Fe frente al Banco Mundial (PRL III)
Nacional	Funcionarios del Ministerio Salud Nación	Ext	Fue variando <sup>26</sup> (b) (d) (e)	Existe una relación interjurisdiccional entre el MSN y MSP. Además se promovieron programas desde el MSN que se cruzaron con la reforma santafesina (Progr. REMEDIAR)
Provincial	Senadores de los Dptos. Garay y San Javier	Ext	(b) / (c)	Son las autoridades políticas legislativas representantes de ese territorio. Tienen marcada presencia en las gestiones públicas
	Ministerio Hacienda	Ext	(d) <sup>27</sup>	Es el organismo rector que gestiona el cumplimiento de metas del PRL ante el Banco Mundial
	Ministro de Salud	Int	(a) / (b)	Es la autoridad sanitaria que lidera políticamente la propuesta de reforma
	SubSecretario de Salud	Int	(a)	De esta SubSecretaría depende la ejecución operativa del plan de reforma
	SubSecretario Logística	Int	(c) / (d)	Es la SubSecretaría que tiene a su cargo la gestión y administración de los recursos (económicos y humanos) del Ministerio
	Dir. Administración	Int	(c) / (d)	Responsable de la Administración General de los Recursos del MSP
	Dir. RRHH	Int	(c) / (d)	Responsable de la gestión de los RRHH dependientes del MSP
	Dir. Promoción y Protec.	Int	(e) / (f)	Tiene a su cargo la planificación, programación, ejecución y evaluación de los Programas Preventivos Prioritarios del

<sup>24</sup> Actores internos son aquellos que trabajan dentro de la organización que está promoviendo o implementando la política / reforma; el resto de los actores son considerados externos.

<sup>25</sup> La actitud de cada uno de los actores, fue calificada por los entrevistados dentro de alguna de estas opciones que se les presentaron:

- Promotor de la iniciativa. Manifiesto interés en el desarrollo e implementación de los cambios organizacionales propuestos.
- Adhesión plena, buena predisposición a la cooperación, voluntad de integrar la tarea en forma pro activa
- Colaboración y participación sólo ante requerimientos explícitos por parte del Equipo encargado de la reforma.
- Indiferencia hacia la innovación organizacional, se continuó trabajando sin tener en cuenta los cambios implementados.
- Actitud competitiva, puja por recursos, tensión frente al modo de planificar y programar las actividades, etc.
- Declarado rechazo, actitudes obstaculizadoras y conspirativas para lograr que el cambio se detenga.
- Otro tipo de actitud no considerada en los ítems anteriores.....

<sup>26</sup> La actitud de los funcionarios del MSN fue variando a lo largo de los dos años, ya que entre otras cosas, los Ministros y sus equipos técnicos y sus proyectos de gestión fueron cambiando a lo largo del bienio 2000-2002; y en muchos casos, esto significó el cambio abrupto de la visión y de los proyectos ministeriales desde la nación.

<sup>27</sup> El interés de los funcionarios del Ministerio de Hacienda se limitaba al cumplimiento de las metas formales impuestas por el acuerdo con el Banco Mundial

				MSP. Fuerte tendencia normativa que se debe articular con el nuevo modelo de organización de la atención en el 1er Nivel
	Dir. Bioquímica y Farm.	Int	(b)	Se involucra en la gestión de los medicamentos esenciales en el primer nivel de atención, y en los cambios organizacionales que se produjeron. Por aquí pasa la tensión entre los cambios propuestos por el SSP y el Programa Remediar.
	Eq. Técnico Profesional de implementación SSP	Int	(a)	Equipo Técnico Profesional encargado del diseño, planificación, programación, implementación y evaluación de la reforma que está siendo analizada.
	Zona de Salud III	Int	(b) / (c)	Organismo de descentralización. Representación del MSP en el territorio elegido para la experiencia piloto del SSP
Municipal / Local	Gobiernos locales (Intendencias y Comunas)	Ext	(c)	Autoridades políticas locales de Comunas y Municipios en los que se implementó la experiencia piloto
	Consejos de Administración de los Hospitales SAMCos	Ext	Fue variando (d) (e) (c)	Organismos responsables de la Administración general de los Hospitales descentralizados por la Ley SAMCo, del territorio en el que se implementó la ex. Piloto.
	Directores de los Hospitales	Int	(c)	Directores Médicos de estos Hospitales. Efectores que debieron actuar como 2 nivel de referencia para los EAP.
	Médicos	Int	(c) / (f)	RRHH profesional incorporado a la nueva lógica de organización de la atención en el Primer Nivel de Atención
	Enfermeras	Int	(b)	RRHH profesional incorporado a la nueva lógica de organización de la atención en el Primer Nivel de Atención
	Agentes Sanitarios	Int	(b)	RRHH no profesional incorporado a la nueva lógica de organización de la atención en el Primer Nivel de Atención
	Bioquímicos	Int	(c)	RRHH profesional de los Hospitales, afectados por la nueva lógica de organización de la atención en el Primer Nivel de Atención
	Radiólogos	Int	(c)	RRHH profesional de los Hospitales, afectados a la nueva lógica de organización de la atención en el Primer Nivel de Atención
	Administrativos	Int	(c) / (d)	RRHH de los Hospitales, afectado a la nueva lógica de organización de la atención en el Primer Nivel de Atención
	Farmacéuticos	Ext	(b)	Profesionales independientes, dueños de sus propias Farmacias, ligados al Colegio Farmacéutico, que se involucraron con el nuevo modelo de organización público estatal.
Corporaciones y Organización.	AMRA	Ext	(d) / (g) <sup>28</sup>	Organización sindical representante de los médicos en relación de dependencia.
	UPCN	Ext	(d) / (g)	Organización gremial representante de un sector de los empleados públicos
	ATE	Ext	(d) / (c)	Organización gremial representante de un sector de los empleados públicos
				Organización gremial y deontológica que

<sup>28</sup> La posición inicial de las representaciones gremiales de los trabajadores (UPCN y ATE para enfermeros y agentes sanitarios y AMRA para los médicos) fue de interés y curiosidad por conocer los alcances de la reforma organizacional, particularmente en lo referido a las implicancias que pudiera tener en cuanto a estabilidad laboral, tipo de relación contractual, incentivos económicos, etc. En general, los entrevistados coinciden en señalar que la actitud posterior fue de "acompañamiento" del proceso, condicionado a que se garantizara la aplicación de incentivos positivos y a la no pérdida de los derechos laborales de los trabajadores del sector público.

	Colegio Farmacéutico	Ext	(b)	representa a los Farmacéuticos de la Primera Circunscripción de la Pcia.
	Federación Bioquímica	Ext	(b)	Organización federativa que nuclea a las Asociación Bioquímicas Departamentales. Interés en el SSP
Comunidad	Usuarios	Ext	(d) / (b)	Habitantes de los Departamentos Garay y San Javier. En particular, aquellos que no tienen cobertura explícita en Salud
	ONG's	Ext	(d) / (b)	Organización No Gubernamentales, de la Comunidad, cuyas razones de existencia se vinculen con la salud y/o calidad de vida de la población

*Nota: Todos aquellos casilleros en donde la actitud del actor cuenta con dos o mas respuestas, significan que la actitud de los mismos fue variando o mudando de una posición a la otra (en el orden que están registradas) a lo largo de los dos años que duró la experiencia piloto. Hubo consenso entre los entrevistados al respecto.*

Respecto de los problemas más importantes que debieron ser enfrentados en la implementación de la reforma del modelo organizacional de provisión de servicios de salud ambulatorios, ubicados según el nivel de la gestión del que dependen (o donde se producen), del producto de las entrevistas realizadas, se elabora la siguiente tabla, que incluye además las estrategias que el equipo técnico profesional encargado de la experiencia piloto, desarrolló para abordar los problemas que fueron presentándose:

Nivel de análisis	Principales Problemas	Estrategias intentadas
Estructura y organización del Estado (Nivel macro)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La articulación con otros niveles del Estado (nacional y municipal) resultó compleja.</li> <li>- Normas regulatorias y régimen laboral de la administración pública provincial que dificultan los cambios</li> <li>- Heterogeneidad en la visión y rol asumido por los municipios y el Ministerio respecto de la SP</li> <li>- Excesiva burocratización de los procesos administrativos en la gestión pública.</li> <li>- Implementación de la experiencia piloto en un período histórico (2000-2002) claramente desfavorable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se intentó ampliar la base de sustentación del proyecto:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a) buscando consenso y apoyo político a la propuesta técnica (de senadores, intendentes, organizaciones de la comunidad)</li> <li>b) gestionando apoyo técnico por parte de líderes y formadores de opinión profesional en el sector.</li> </ul> </li> <li>- Fueron propuestas nuevas normas (proyectos de disposiciones, resoluciones, y leyes que faciliten los procesos de cambio buscados)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalocentrismo</li> <li>- Fragmentación vertical</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se enfatizaron las propuestas de capacitación al personal sobre APS y Gestión</li> </ul>

<p>Estructura y organización del sector Salud (Nivel meso)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Servicios y profesionales "cerrados a la comunidad"</li> <li>- Recursos humanos no adecuados ni capacitados en APOC</li> <li>- Barreras al acceso (geográficos, de disponibilidad de oferta, económicos y culturales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se impulsaron la firma de C. de Gestión con los Hospitales de referencia</li> <li>- Se re-asignaron recursos a la atención ambulatoria</li> <li>- Se aumentó la estructura y capacidad de resolución del primer nivel de atención</li> <li>- Se promovieron mecanismos de transparencia en la gestión y de participación, para la integración de la comunidad</li> </ul>
<p>Estructura y organización del modelo de atención. (Nivel micro)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perfil bio médico predominante.</li> <li>- Escaso trabajo en equipo</li> <li>- Ausencia de Programación Local</li> <li>- Hábito de atención a la demanda espontánea</li> <li>- Escasa continuidad e integralidad en la atención de las personas y sus problemas de salud.</li> <li>- Inexistencia de georeferencia.</li> <li>- Indicadores inadecuados para la evaluación y monitoreo de la práctica ambulatoria orientada a la APS</li> <li>- Fragmentación horizontal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se promovió la capacitación en APS, APOC, Medicina General/Familiar.</li> <li>- Se introdujeron conceptos, métodos y herramientas de la atención centrada en la persona/flia</li> <li>- Se impulsó la adscripción de población a cargo de los EAP</li> <li>- Se construyeron indicadores adecuados para la gestión del cambio y sistemas de información como soporte indispensable</li> <li>- Se aplicaron políticas de incentivos en relación al alcance de logros consensuados con los EAP</li> </ul>

Finalmente, los espacios nodales (*entendidos como aquellos nodos o sitios en los se producen las decisiones sobre las estrategias para implementar cambios o reformas organizacionales en los sistemas y servicios de salud*), identificados y caracterizados en las entrevistas a los responsables de la implementación de la experiencia piloto, se presentan en el siguiente cuadro:

Atributo Espacio nodal	Frec.	Carácter	Promov desde la gestión central?	Forman parte de la estruct.?	Actores: ¿Quién participa?	Dinámica de discusión	Capacidad para modificar normas y nivel <sup>29</sup>
Talleres de supervisión de los representantes técnicos del BM con el grupo técnico político del Ministerio Salud Prov.	Cada 3-6 meses	Formal	Desde el BM	No	Gabinete político y técnico del Mln.Salud Consultores del BM Referentes del Mlnist de Hacienda	Horizontalidad Problematización	Elevada capacidad para modificar normas en el nivel meso, y fuerte influencia sobre normas del nivel macro
Talleres organizados por el MSN (PRESS) con Ministerios de las provincias que tenían proyectos de Seguros Públicos	1 vez al año	Formal	Desde el MSN	No	Equipos técnico y político del MSN y de las Provincias con modelos de Seguros Públicos en implementación	Horizontalidad Problematización	Genera legitimidad para impulsar cambios en las normas de nivel meso y micro en cada Provincia
Encuentros con equipos técnico-políticos del Ministerio de Hacienda Provincial	1 o 2 veces por mes	Algunos formales y otros informales	Desde el MH o desde el MS	No	Equipos técnicos del MS y del M de Hacienda de la Provincia	Horizontalidad Informativas	Influencia para modificar normas en el nivel meso
Reuniones con la Subsecr. De Salud	Cada 7 - 10 días	Informales	Desde SubSecr	No	Equipo técnico del SSP con el SubSecret.	Horizontalidad Problematización e Informativas	Influencia para modificar normas en el nivel meso y micro
Reuniones con SubSec de Logística	1 x mes	Informales	Desde Equipo del SSP o SubS Salud	Si (para temas de rutina)	Equipo técnico del SSP con ambos SubSec	Verticalidad Problematización	Se deciden y modifican normas del nivel meso
Encuentros de program. Con equipo técnico de la Zona III	Cada 10-15 días	Algunos formales y otros informales	Desde el nivel central	Si (con otras características)	Equipo técnico del SSP con Jefe de Zona III y su equipo	Verticalidad Problematización	Surgen condiciones para modificar normas en el nivel meso y micro
Encuentros de capacitación con los EAP	3 días cada 3 meses	Formales	Desde el nivel central	Si (con otras características)	Equipo técnico del SSP con los EAP de la Zona III	Verticalidad Problematización e Informativas	Se programa localmente y se modifican normas del nivel micro
Presentac. del proyecto a Legisladores	Cada 6 meses	Formales	Desde el Minist. Salud	Si (para otros temas)	Equipo político y técnico del MS con legisladores	Horizontalidad Informativas	Genera legitimidad política al proyecto, influencia normas del nivel macro y meso

<sup>29</sup> El nivel macro, es aquel donde se expresan las normas del contrato social (regulan la relación sociedad civil-Estado) y aquellas normas más estructurales que regulan el funcionamiento del Estado y sus agencias (ejemplo: formas de contrato, concursos, carreras profesionales, presupuesto para el área de salud). El nivel meso o sectorial, es aquel donde se expresan normas de tipo constitutivas, aquellas que regulan la organización del sistema (modalidades de turnos, tipo de prácticas, vínculo entre los diferentes prestadores, etc.) Finalmente, por nivel micro, se entiende a las normas que regulan el modelo de atención, la "relación médico-paciente" (por ejemplo: formas de "contrato" entre trabajadores y usuarios, que generen diferentes modalidades de atención).

Encuentros con sindicatos	Cada 2 o 3 meses	Formales	Desde el MS o demanda de los gremios	Si (para temas laborales en general)	SubSecret. Salud y Equipo técnico del SSP con rep. gremiales	Verticalidad Informativas y de problematización	Se legitiman propuestas de modificación de normas del nivel macro o meso
Entrevistas con Intendentes	Cada 2 meses	Formales e Informales	Desde el MS o pedido por los Intend..	No	SubSecret. Salud y Equipo técnico del SSP con Intendentes	Verticalidad Informativas	Generan consenso y legitimidad a normas del nivel meso
Reuniones con ONGs en las ciudades y comunas	Cada 3 meses	Formales e Informales	Desde el MS	No	Equipos técnicos del SSP y de la Zona con ONGs	Verticalidad Informativas	Buscan consenso y legitimidad a normas del nivel meso y micro
Reuniones con CD de los SAMCos	Cada 2 meses	Formales e Informales	Desde el Minist de Salud	Si (para otros temas)	Equipos técnicos del SSP, Subs de Salud y CD de los SAMCo	Verticalidad Problematización e Informativas	Se modifican normas del nivel meso y micro

## DISCUSION

**Utilidad de la tipología taxonómica para la comparación de la experiencia piloto santafesina con lo ocurrido con otros modelos de reorganización de la atención ambulatoria (el caso de Canadá y del Reino Unido):**

Los resultados de la aplicación de la matriz diagnóstica elaborada por los investigadores canadienses puede ser útil para contrastar y comparar diversos modelos desarrollados en distintas regiones. A modo de ejemplo, se presente una comparación del caso en estudio con el proceso de reformas del Primer Nivel de Atención que está ocurriendo en la Provincia de Québec (Canadá), y a la reorganización del Primer Nivel de Atención en el Sistema de Salud inglés que comenzó en abril de 1999 con la introducción de los PCGs (Primary Care Groups)<sup>30</sup>. Podemos resumir entonces que los modelos en desarrollo en estos tres casos (aplicando la matriz diagnóstica canadiense) son:

<sup>30</sup> Estos casos fueron descriptos en la página 22 del presente trabajo.

Caso :	Santa Fe	Quebec	Reino Unido
Modelo en desarrollo :	Profesional Coordinado	Comunitario Integ. + Profesional Coord.	Comunitario Integrado

### Accesibilidad y continuidad de la atención:

Considerando algunos indicadores oficiales previos a la implementación de la reforma organizacional de los servicios de atención médica ambulatoria en la Zona de Salud III, éstos resultaban claramente deficientes con respecto a la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios de salud ofrecidos en dicho territorio (según figura en registros oficiales del Ministerio de Salud, para el año 1999, se registran 1.99 consultas/habitante en los efectores públicos de zona de salud III). La **falta de accesibilidad** a médicos en el primer nivel de atención provocaba que una gran cantidad de problemas de salud fueran resueltos en las salas de urgencia y consultorios de los Hospitales, cuando en realidad podrían haber sido resueltos correctamente en los Centros de Salud barriales. Esta situación revirtió luego de dos años de implementación de la reforma organizacional que estamos analizando en este trabajo (ver tablas 5 y 6).

La **pobre continuidad** de la atención brindada por los profesionales médicos resultaba ser también una consecuencia negativa de la escasez de oferta médica correctamente organizada en el primer nivel de atención. Podemos decir entonces que la continuidad de la atención se encuentra asociada de manera estrecha a la accesibilidad a los servicios de salud; sin embargo, también se ha hallado que un elevado nivel de continuidad puede ir en detrimento de la accesibilidad y viceversa. (Pineault 2005) Por lo tanto, por ejemplo, políticas que pongan demasiado énfasis en mejorar sólo la accesibilidad (modelo profesional de contacto) puede producir efectos adversos en el largo plazo si estas medidas no incluyen acciones para mejorar la continuidad de la atención (ej. adscripción de población a cargo).

En este sentido, la experiencia piloto implementada en la Zona de Salud III pretendió dar cuenta de esta situación, privilegiando el incremento (y acercamiento) de la oferta de atención por parte de los Equipos de Atención Primaria (tanto por parte de los médicos, como de los enfermeros y agentes sanitarios), expandiendo la red de

atención en el territorio, pero simultáneamente se implementaron mecanismos que favorecieron la continuidad de la atención (ej. adscripción de población a cargo, incentivos a los EAP en relación al impacto sobre la salud de su población a cargo).

Respecto de la provisión de servicios, la disponibilidad de oferta médica para atender pacientes sin reserva de turno favorece la accesibilidad, mientras que la existencia de turnos programados favorece la continuidad de la atención. En el contexto entonces de reorganizar los servicios de atención ambulatoria, mejorando simultáneamente la accesibilidad a los servicios y la continuidad de la atención, el modelo organizacional más adecuado será aquel que logre ofrecer turnos de atención espontánea y turnos de atención programada en una proporción equilibrada (*Pineault 2005*). Transcurrido el primer año de la experiencia piloto en la Zona de Salud III, un promedio cercano al 40% de los turnos asignados a los EAP eran programados.

#### **A propósito de los costos...**

La introducción de dispositivos organizacionales, tales como el trabajo en una red integrada de servicios ambulatorios, la colaboración inter-profesional, y la incorporación de nuevas tecnologías de comunicación e información, no parecen reducir los costos totales de los servicios de salud; en todo caso, lo que sucede es que estos cambios organizacionales contribuyen a trasladar costos desde los servicios hospitalarios hacia la comunidad (al primer nivel de atención). Por lo tanto, aquellos decisores que encaren reformas en la atención ambulatoria deben aspirar a lograr mejoras en la accesibilidad, la continuidad y la integralidad de la atención, más que tener expectativas en la reducción de costos, al menos en el corto y mediano plazo (*Pineault 2005*).

El presupuesto específico aplicado a la Experiencia Piloto en la Zona de Salud III en el año 2002 fue de \$ 150.000 en el año. Casi el total de esta cifra fue destinada a la capacitación de los EAP y al pago de incentivos monetarios establecidos en los Compromisos de Gestión firmados con los EAP y con los Hospitales SAMCo de la región. Esto significa que para una población de 28.000 beneficiarios del SSS sólo fueron invertidos \$ 5.37 adicionales per cápita por año, ya que el resto de la tarea fue la de mejorar la eficiencia asignativa de los recursos presupuestarios correspondientes a los efectores de la Zona de Salud III. Si se decidiera extender el modelo a toda la población que carece de cobertura explícita en

toda la Provincia de Santa Fe (alrededor de 1.500.000 personas) se necesitarían alrededor de \$ 8.055.000 adicionales al año. El Presupuesto del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe fue de \$ 220.000.000 para el año 2002. Por lo tanto, para cubrir al total de la población con este Programa de reforma incremental y de reorganización de la gestión desde el primer nivel de atención se necesitaría un incremento presupuestario mínimo del 3.63%.

**La importancia estratégica de involucrar al personal en la visión de cambio pretendida:**

En relación a la implementación de reformas en el modelo prestacional, aquellas estrategias que privilegian intervenir afectando la práctica profesional más que los cambios estructurales, resultan más promisorias (*Pineault 2005*).

Un aspecto esencial en el desarrollo y la gestión del RRHH es la motivación. Existen varios modos de conceptualizar la motivación, pero la jerarquía de Maslow sobre necesidades humanas es la más frecuentemente citada. Esta incluye necesidades psicológicas, así como también necesidad de tener seguridad, estima y auto realización entre otras necesidades organizadas en orden jerárquico. (*OPS 2005*)

Desarrollar acuerdos de colaboración y canales de participación para los profesionales que forman parte de la red prestacional, deben formar parte de la estrategia de cambio, evitando limitarse a producir sólo modificaciones estructurales. Reconocer a los profesionales como actores clave que es necesario sumar a la visión de cambio que se pretende introducir es sumamente importante para garantizar la gobernanza del proceso de reformas que se intenta introducir. La firma consensuada de los "compromisos de gestión" con los EAP, las instancias de capacitación, la programación local de cada EAP utilizando herramientas y métodos de Atención Primaria Orientada a la Comunidad, y las negociaciones para definir las modalidades contractuales y de pago de incentivos, son algunos ejemplos de temas abordados durante el proceso de implementación de la experiencia piloto en Zona III desde un enfoque participativo y transparente desde la gestión.

**La cuestión de los incentivos económicos**

Para llevar adelante las reformas de la atención ambulatoria -en Québec-, debemos considerar diferentes modos de pago a médicos y hospitales. Dichas medidas son responsabilidad del gobierno y son esenciales para crear incentivos favorables para que los "grupos de medicina familiar"<sup>31</sup> y los Hospitales puedan asumir sus nuevas responsabilidades frente a la comunidad (Pineault 2005).

Un modo de incrementar la motivación es con el uso de incentivos, inclusive económicos. En general, los incentivos parecen funcionar mejor cuando los mismos están vinculados al resultado de la tarea del equipo, y ligado a indicadores que evalúen la mejora de la calidad del servicio, previamente consensuados con los equipos<sup>32</sup>. (OPS 2005)

En el caso de la experiencia piloto santafesina, se tuvo en cuenta la cuestión de los incentivos de la siguiente manera: la formulación inicial del proyecto consideraba la propuesta de modificación de la relación contractual de los profesionales médicos con el Ministerio, proponiendo pasar de una relación de dependencia que establece una determinada carga horaria semanal de trabajo, a un modelo de contrato de gestión que establecía el pago de honorarios mediante una fórmula que combinaba la población a cargo (capita) con el alcance de metas

<sup>31</sup> En Noviembre del 2002 el Ministerio de Salud de Quebec anuncia la inversión de \$133 millones en iniciativas para la reforma del PHC. Se crea entonces la figura de los GMF (Grupos de Médicos de Familia), Médicos de Familia trabajando en equipo junto a enfermeras comunitarias, garantizando amplio acceso a la consulta y con población a cargo bajo su responsabilidad. El Ministerio promueve a que los Médicos de Familia, en forma voluntaria, se reúnan y constituyan los GMF. La reunión de 6 a 10 MF y la firma de un Compromiso de Gestión entre ellos en los que se explicitan los compromisos asumidos por el grupo (trabajo en equipo, garantía de acceso 24/7, etc) son el primer paso para la constitución del nuevo modelo. En segundo lugar, se formaliza un segundo Compromiso de Gestión entre el GMF y el CLSC de su zona, en el que acuerdan trabajar juntos, integrarse funcionalmente, articular actividades clínicas y de salud pública, a cambio de lo cual el CLSC cede 2 a 3 enfermeras comunitarias que se integran a la tarea del GMF. Una tercera negociación entre el GMF, el CLSC y la RRSSS da lugar al tercer Compromiso de Gestión a firmar, el cual es elevado al Ministro de Salud para su consideración. La aprobación ministerial formaliza la habilitación de este grupo de profesionales a trabajar como GMF, y por ende reciben como apoyo la informatización de su lugar de trabajo, un empleado administrativo y el dinero para pagarle, y comienzan entonces a adscribir al GMF a su propia clientela habitual de pacientes, y con ello comienzan a recibir el pago de una cápital por parte del Estado, que se suma al pago por prestaciones que aún sigue sin alterarse.

<sup>32</sup> Los primeros indicadores consensuados entre el equipo de gestión del SSP y los EAP apuntaron a monitorear los siguientes aspectos:

- Población adscripta a los EAP, altas y bajas.
- Tasas prescriptivas (exámenes complementarios y medicamentos)
- Número y motivos de consulta
- Ranking de monodrogas utilizadas
- Monitoreo de Programas de Salud (control embarazadas, TBC, Screening neonatal, etc)
- Costos
- Satisfacción de usuarios

sanitarias comprometidas (incentivos trimestrales), por un monto total que resultaría significativamente mayor al salario medio de los profesionales en relación de dependencia. Esta primera formulación teórica fue severamente cuestionada por las organizaciones profesionales, y finalmente se acordó que el personal de los EAP mantuvieran su relación de dependencia para con el Ministerio, pero firman un Compromiso de Gestión por el cual se comprometen a cumplir determinadas pautas de trabajo vinculadas a la responsabilidad por el cuidado de la salud de su población a cargo, a cambio del pago semestral de un incentivo económico que se equipara a un nuevo aginaldo, si se cumplen las metas negociadas.

Para el caso de los Hospitales de la zona, que deben responder con sus servicios de apoyo (Laboratorio, Radiología, Guardia, Farmacia e Interconsultas con especialistas), se formalizaron Acuerdos de Gestión que establecían compromisos mutuos entre el Ministerio y las Comisiones Directivas de los SAMCos, a saber: El Ministerio se comprometía a inversiones puntuales que fueron negociadas entre ambas partes (ej.: incorporación de algún personal faltante, compra de equipamiento, etc) y al incremento de la partida de gastos de funcionamiento mensual en relación al total de capitas correspondientes a los EAP que toman a dicho Hospital como referencia. A cambio de ello, el Hospital SAMCo se comprometía a garantizar la gratuidad de la atención en el punto de atención y a responder a la demanda originada por los EAP con calidad y sin demoras.

### **La importancia de contextualizar y adaptar los modelos de reforma organizacional al entorno donde se aplican:**

La re organización de los servicios de atención ambulatoria no deben adquirir un único formato simple, y no debe ser independiente del contexto en el que se aplique. No existe un único modelo organizacional simple a ser implementado. Como consecuencia de ello, mientras que un "marco general" es necesario para asegurar cierto grado de coherencia a través de Québec, debemos permitir a las agencias regionales y locales<sup>33</sup> una considerable flexibilidad para implementar estos proyectos de reformas (*Pineault 2005*).

---

<sup>33</sup> Hace referencia al nivel regional de la organización sanitaria de Québec, homologable a las Zonas de Salud en la Provincia de Santa Fe.

Un elemento que facilitó la implementación de reformas organizacionales de la atención ambulatoria en varios países ha sido el de permitir y respetar diferentes modos de organización (ej.: modelos organizacionales, formas de remuneración a los proveedores) dentro de ciertos parámetros o elementos esenciales del modelo de atención ambulatoria pretendido. De esta manera, con cierta tolerancia a las diferentes modos y tiempos para introducir los cambios organizacionales, aquellos actores que se sienten comprometidos con el cambio propuesto pueden adherir y avanzar con los cambios desde el primer momento, en tanto aquellos que aún no se sienten motivados o se sienten amenazados por los cambios propuestos pueden continuar tal como estaban desempeñándose hasta tanto puedan identificar las ventajas de la nueva propuesta (Marriott 2000).

Es muy importante tener en cuenta las características de la población y del entorno en el que se formula la propuesta de organización de la atención ambulatoria, para que la propuesta de servicios sea adecuada y pertinente a las condiciones sociodemográficas de la población a cubrir, a sus necesidades en salud, a sus estilos de vida, cultura, etc.

Según lo rescatado en las entrevistas a los responsables técnicos de la reforma implementada en Santa Fe, el modelo organizacional propuesto para la experiencia piloto en la Zona de Salud III fue formulado considerando la realidad del entorno en el que esta experiencia iba a ser implementada, a saber: población dispersa, hábitat de características rurales o semirurales, con algunas pocas ciudades pequeñas, hegemonía de la oferta público-estatal en materia de servicios de salud y servicios de baja complejidad, escasez de especialistas y de complejidad médica en la región, indicadores de uso que señalaban baja accesibilidad y malos indicadores sociosanitarios.

Los cambios en el gabinete ministerial posteriores al 2002, fueron seguidos de la incorporación de nuevos responsables técnico-profesionales para la expansión del modelo de reforma organizacional para los servicios ambulatorios, ya por fuera de la Zona de Salud III. Según pudo comprobarse en la práctica, estos nuevos responsables de la reforma cometieron el grave error de extrapolar el modelo aplicado en Garay y San Javier directamente a la Ciudad de Rosario, sin ninguna reflexión previa que permitiera adaptar el nuevo modelo a otros contextos (urbanos, donde las necesidades y demandas de salud son diferentes, en donde los equipos de salud suelen ser más

numerosos e interdisciplinarios, en donde coexisten sistemas públicos de diferentes jurisdicciones, en donde el sector privado y de la seguridad social tienen fuerte desarrollo, etc, etc), ocasionando un rotundo fracaso de la imposición del modelo en la órbita de la ciudad de Rosario... Pero este tema será merecedor de ser tratado en otro trabajo que evalúe dicha experiencia frustra.

**Participación y un marco de confianza entre los actores involucrados, para favorecer el éxito de la propuesta de cambio:**

Además de las condiciones técnicas que son esenciales para el éxito en la implementación de estos proyectos de reforma organizacional, dos constantes son necesarias a tener en cuenta: la participación de médicos que no son parte de la red institucional público estatal; y el desarrollo de relaciones de confianza entre los actores involucrados. Especial atención debe ser prestada a estas dos condiciones y a los incentivos u otras medidas que puedan facilitar su realización (*Pineault 2005*)

Las reformas sectoriales en salud están en marcha. Los profesionales de la salud están principalmente involucrados con los aspectos técnicos de las reformas. Pero las reformas también implican fundamentales cambios en los procesos políticos y en la distribución del poder dentro de las organizaciones y dentro del sector. Se requiere prestar atención a las dimensiones más políticas de las reformas. (*OPS 2005*)

En este sentido, el humilde aporte de este trabajo, se expresa en el desarrollo de su segundo objetivo específico, por el cual, utilizando algunas de las categorías analíticas de la gobernanza (actores, normas, puntos nodales), intento una primer aproximación para mejor comprender los factores que afectan la interacción de los actores involucrados en el proceso de implementación de la experiencia piloto, que terminan condicionando la organización y gestión de los servicios y el desempeño de los mismos. Investigaciones más específicas y profundas sobre la gobernanza de estos procesos de cambios organizacionales merecen ser desarrollados en el futuro.

## PALABRAS FINALES

Utilizando marcos teóricos, instrumentos analíticos y una tipología taxonómica desarrollada recientemente por investigadores canadienses, el presente trabajo ofrece una caracterización del modelo de organización y suministros de servicios de salud ambulatorios que fue formulado y desarrollado como experiencia piloto por el Ministerio de Salud Provincial en la Zona de Salud III (Departamentos Garay y San Javier de la Provincia de Santa Fe) durante el bienio 2000-2002. Como complemento de ese primer nivel de análisis de orden administrativo-organizacional, también se identificaron y caracterizaron los diferentes actores sociales involucrados en el proceso de implementación de la experiencia piloto, describiendo sus posiciones frente a los cambios promovidos, como una primera aproximación a un análisis estratégico del proceso de cambios organizacionales implementados desde el Ministerio de Salud en aquella oportunidad.

Teniendo en cuenta que la organización de los cuidados ambulatorios presentan una dinámica de cambios acentuados y rápidos durante los últimos años en todo el mundo -inclusive en nuestra región-, resulta necesario disponer de marcos lógicos comunes y de una tipología que permitan a investigadores, decidores y planificadores comprender con mayor claridad y transparencia este componente del sistema. Con este trabajo podemos concluir que la aplicación de modelos teóricos e instrumentos de análisis formulados para otros contextos (canadiense) a un "caso" local (la experiencia piloto en Zona III) es posible, y que permite mejorar la comprensión y caracterización del nuevo modelo de organización y suministro de servicios de salud ambulatorios implementado. Sin embargo, también resulta recomendable promover la revisión y adaptación de dichos marcos teóricos e instrumentos a la realidad y el contexto de los sistemas y servicios de salud de nuestra región para su mejor aprovechamiento futuro.

El proceso de planificación (estratégica) e implementación de un programa de reformas en los sistemas o servicios de salud, exige que se cumplan con ciertos requisitos como son: el carácter recursivo y dinámico de la planificación, los avances no lineales y sin rigidez secuencial, y la revisión o evaluación no periódica, más bien, ajustada a los cambios de ritmo que la propia realidad impone. Sin embargo, cuando se llega al final de una etapa en la que hemos puesto en juego nuestra vocación y capacidad profesional en pos de un proyecto que creímos beneficioso para la

comunidad, surge la necesidad de realizar una evaluación lo más objetiva posible y sintetizar responsablemente dicha experiencia, a los efectos de facilitar la labor de quienes deban cumplir una función semejante y/o para que dicha experiencia pueda ser conocida y valorada adecuadamente.

Un texto del Treasury Board of Canada dice textualmente: *“La responsabilidad por los resultados nos interroga acerca de si hemos hecho todo lo posible con nuestras autoridades y los recursos disponibles para alcanzar los objetivos deseados, y si hemos aprendido de la experiencia pasada acerca de que cosas funcionaron y cuales no. Dar cuenta de los resultados de esta manera, significa una demostración de que usted ha marcado una diferencia, que a través de su esfuerzo y accionar ha contribuido a los resultados alcanzados”*

Es desde esta perspectiva, que deseo íntimamente que este trabajo que presento como tesina, que intenta caracterizar un programa de reforma organizacional del modelo de atención ambulatoria en el ámbito público, que se implementó como experiencia piloto en los Departamentos Garay y San Javier durante el bienio 2000-2002, mientras me desempeñé como SubSecretario de Salud en el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, resulte en un pequeño aporte hacia la construcción de un sistema de salud en nuestra región, más digno para la gente; justo, solidario y equitativo en el alcance de sus acciones; progresista y democrático en su gestión; y eficiente en su administración.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABADIE, J. Reflexiones sobre seguros públicos provinciales de salud. Cuadernos Médico Sociales, 2001; 80: 119-123.
- ALMEIDA, C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. Cadernos Saúde Pública, Río de Janeiro. 18 (4) : 905-925; jul – ago, 2002.
- ARAUJO de MATTOS, R. Las agencias internacionales y las políticas de salud en los años 90: Un panorama general de la oferta de ideas. Cuadernos Médico Sociales 2002; 82: 77-93.
- ARANDA REGULES, J.M. La gestión de los centros de salud desde la perspectiva de los profesionales. Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria 1999; 5: 58-67.
- BADINO, SUSANA. El proceso de descentralización en la organización de salud. Cuadernos Médico Sociales 1993; 65-66: 15-23.
- BANERJI, D. Atención Primaria de la Salud: ¿selectiva o integral?. Foro Mundial de la Salud 1984. Vol 5: 357-360
- BANCO MUNDIAL. Resumen de su Informe sobre el Desarrollo Mundial "Invertir en Salud". 1993.
- BERMAN PETER. "Organization of ambulatory care provision: a critical determinant of health system performance in developing countries". Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (6): 791-802.
- BINDMAN A., WEINER J., MAJEED A. Primary Care Groups in the United Kingdom: Quality and Accountability. Health Affairs. Vol. 20 (3) : 132-145, 2001.
- BLOCH C., GODOY C., LUPPI I., QUINTEROS Z., TRONCOSO M.C. Evaluación del Programa de Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de Rosario. OPS Publicación Nro. 34, Año 1992.
- BOBADILLA, J.L. y otros. Diseño, contenido y financiamiento de un paquete nacional de servicios de salud esenciales. Boletín de la OPS. 1995; Vol. 118, Nro. 2 : 127-140.
- CONTANDRIOPOULOS, A. Entendiendo las transformaciones de los Sistemas de Salud. Una perspectiva canadiense. Unidad de Salud Internacional de la Universidad de Montreal; 2000.
- CUETO M. The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care. American Journal of Public Health. Vol 94. Nro. 11: 1864-1874. November 2004.
- CUNILLERA GRAÑO, R. La incentivación económica de los profesionales de Atención Primaria. Cuadernos de Gestión para Profesionales de Atención Primaria, 1998; 3: 157-165.
- HUBER R. "Las reformas en el Sector Salud. Observaciones sobre Canadá y Argentina". Montero Contreras, Delia y Rodríguez, Raúl (Compiladores), (2005)

"Los retos frente a la internacionalización, lo público, lo privado y la identidad en América Latina y Canadá". Editorial Félix Varela, La Habana. ISBN 959-258-833-3

- HUFTY M. "Ponencia en el encuentro sobre Gobernanza e inequidades en Salud. GEH – IDRC. Montevideo, 14 de Octubre 2004.
- LAMARCHE, P y otros. Choices for change: The Path for Restructuring Primary Healthcare Services in Canada. Canadian Health Services Research Foundation [www.chsrf.ca](http://www.chsrf.ca) ; 2003.
- LE GRAND, J. Provisión de atención médica: ¿Es el sector público éticamente superior al privado?. Cuadernos Medico Sociales 2002; 81: 5-14.
- MARRIOTT, J y MABLE, A. Opportunities and Potential. A review of international literature on Primary Health Care Reform and Models. Publications Health Canada; 2000.
- MURRAY CJL, LOPEZ AD, eds. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health on behalf of the WHO and the World Bank, 1996. (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I)
- OMS. The world health report 1999 – Making a difference. Geneva, World Health Organization, 1999.
- OPS / OMS. Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position paper of the PAHO / WHO. Draft for Discussion, March 2005.
- PANE O., SEGÚ J.L., VIA J.M. Descripción y valoración de alternativas de cambio en los sistemas sanitarios basadas en la potenciación de la Atención Primaria de la Salud. Julio 1997. CHC Consultoría I Gestió S.A. [cvirtual-colombia.bvsalud.org/tiki-download\\_file.php?fileId=128](http://cvirtual-colombia.bvsalud.org/tiki-download_file.php?fileId=128)
- PFAFF, M. Comment at WHO Regional Office for Europe seminar, 9 October 2003.
- PINEAULT R., TOUSIGNANT P., y otros. Research collective on the organization of Primary Care Services in Québec. Summary Report. Direction de Santé Publique. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal (2005). [http://www.greas.ca/english/publication/pdfreport/detailed\\_report\\_english.pdf](http://www.greas.ca/english/publication/pdfreport/detailed_report_english.pdf)
- RIGOLI, F y DUSSAULT, G. The interface between health sector reform and human resources in health <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/9>.
- ROVERE, MARIO. Redes. Hacia la construcción de redes en salud: los grupos humanos, las instituciones, la comunidad. Secretaría de Salud Pública de Rosario. 2da Edición; 2000.
- ROVERE, MARIO. Redes nómades, algunas reflexiones desde una práctica de intervención institucional, en el libro Prevención en Salud Mental. Lugar Editorial; 2002: 30-45.
- ROVERE, M. Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos Nro. 96. OPS.

- ROZEMBLAT, E. Atención Primaria de la Salud: Estrategia en crisis o paradigma vigente. Revista Gestión en Salud, 2003; 6: 32-39.
- SALTMAN, R. Primary Care in the Driver's Seat?. Open University Press / McGraw Hill Education; 2005.
- SÁNCHEZ DE LEON, A. y BASCOLO, E. El Seguro Público de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Revista Gestión en Salud, 2002; 3: 86-97.
- SÁNCHEZ DE LEON, A. y BASCOLO, E. Reformas en el Sector Público de Salud: ¿Es necesario introducir condiciones de competencia para el desarrollo de un modelo de mercado interno?. Revista Gestión en Salud, 2001; 1: 90-97.
- SÁNCHEZ DE LEON, A., MEDINA, A. Las reformas del sector salud en las provincias. Revista Gestión en Salud, 2001; 2: 81-95.
- SHAH, CH. Public Health and Preventive Medicine in Canada. 5ta. Edición. Elsevier Canada; 2003.
- STARFIELD, B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Editorial Masson; 2001.
- TAMBORERO CAO, G. Incentivos para mejorar la práctica profesional en Atención Primaria. Cuadernos de Gestión para Profesionales de Atención Primaria, 1997; 1: 16-26.
- UGALDE, A. Las políticas del BM: una revisión crítica. Cuadernos M - Sociales 1998, 73: 45-60.
- VAN DE VEN, W. Reformas de la atención médica orientadas al mercado: Tendencias y opciones futuras. Cuadernos Medico Sociales, 1998; 74: 61-78.
- WAGNER DE SOUSA CAMPOS, G. La gestión como componente estratégico para la implantación de un sistema público de salud. Cuaderno Médico Sociales 1991; 54: 33-42.
- WAGNER DE SOUSA CAMPOS, G. Subjetividade e administracao de pessoal: consideracoes sobre modos de gerenciar o trabalo em equipes de saúde. En Agir em Saúde, um desafio para o público. Editora Hucitec. 1997. Pág. 229-266.
- WATSON D., BROEMELING A.M., y otros. A Result-Based Logic Model for Primary Health Care. Laying an Evidence-Based Foundation to Guide Performance Measurement, Monitoring and Evaluation. Centre for Health Services and Policy Research [www.primary-care.chspr.ubc.ca](http://www.primary-care.chspr.ubc.ca) . Septiembre 2004.
- WATSON D., KRUEGER H. Primary Health Care Experiences and Preferences: Research highlights. [www.chspr.ubc.ca](http://www.chspr.ubc.ca) Publicación del Centre for Health Services and Policy Research. University of British Columbia. Canadá. Mayo 2005