

ANÁLISIS DE ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE MALVINAS ARGENTINAS: UN ABORDAJE CUANTI- CUALITATIVO

**Analysis of Primary Health Service strategies
in the *Malvinas Argentinas* Community: a
quantitative and qualitative approach**

7 / SP

Burrone, MS¹;
Fernandez, AR²;
Acevedo, GE³;
Lucchese, MSM⁴;
Lopez de Neira, MJ⁵;
Dell Inocenti, P⁶;
Estario, JC⁷

¹ Médica. Becaria de
Extensión Universitaria.
UNC.

² Prof. Dra. Directora Beca
de Extensión Universitaria.
Prof. Titular. FCM. UNC.

³ Prof. Dr. Codirector Beca
de Extensión Universitaria.
Prof. Adjunto. FCM. UNC.

⁴ Mgter.
Asesora pedagógica.
FCM. UNC.

⁵ Docente FCM.UNC.

⁶ Bioq. Subsecretaria de
Salud Pública Municipio de
Malvinas Argentinas.

⁷ Prof. Dr. Prof. Asociado
del Departamento de Salud
Familiar.

Resumen

La situación de salud en Argentina revela la necesidad de evaluar la capacidad de gestión de centros de primer nivel de atención y el desarrollo de redes asistenciales. El objetivo de este proyecto fue evaluar las estrategias de atención primaria en los centros de salud de la comunidad de Malvinas Argentinas.

La metodología consistió en una fase diagnóstica, una de intervención y validación de la propuesta y una de análisis de resultados, abordada con metodología cuantitativa y cualitativa.

Este trabajo movilizó el abordaje de la salud desde la atención primaria y el reconocimiento de los propios centros de generar estrategias para brindar atención efectiva y eficiente a pesar del deterioro socioeconómico de la comunidad. Además permitió identificar el funcionamiento de una red comunitaria, en la cual será necesario afianzar el trabajo respecto a la educación en salud.

El impacto de la presente investigación está relacionado a las vinculaciones que se generaron entre las instituciones involucradas.

Palabras claves: Estrategias- Atención Primara de Salud-

Abstract

The state of public health services in Argentina has made it

necessary to evaluate the management capacity of primary centers and the development of assistance networks. The aim of this project was to assess primary health services strategies in the health centers of the *Malvinas Argentinas* community.

The methodology comprised a diagnostic stage, a stage of intervention and validation of the proposed reforms and a quantitative and qualitative analysis of results.

The project raised awareness to health care issues in the primary centers, and to the necessity of devising strategies for effective assistance despite the socio-economic decay of the community. Additionally, a community network was identified through which the health education efforts should be strengthened.

The main impact of this research project is related to the links generated among the institutions involved.

Key words: Strategies, primary health services

Introducción

La integración del concepto de atención primaria de salud, junto a la epidemiología y el desarrollo de la salud comunitaria, constituyen los fundamentos sobre los que se desarrolla el concepto de Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC). La APOC tiene como objeto definir y describir la comunidad, identificar sus problemas de salud, resolviéndolos a través de la transformación de los programas y monitorear su efectividad. Ésta modalidad permite un diagnóstico y manejo de los problemas de la población de manera integral. Particularmente, se destaca la contribución de las técnicas de investigación propias de los servicios de salud que proporciona un mejor conocimiento del impacto de los diversos aspectos de la actividad asistencial y de las relaciones existentes entre los componentes de estructura, proceso y resultado de los servicios de salud (Starfield, B. 2001).

Además es importante identificar cómo se constituye lo que en el ámbito social se conoce como red comunitaria, la cual constituye un ámbito de acercamiento entre los equipos de salud y la comunidad. Esto requiere de múltiples y variadas técnicas descritas bibliográficamente para la medición de las necesidades de salud en una comunidad (Rutsein y col. 1976, Holland 1991, 1993, Starfield 2001). Esto implica que una propuesta desde esta perspectiva debe generar cambios en el equipo de salud y potenciar las capacidades de los miembros de la comunidad para ser activos participantes en la promoción y prevención de su salud. En función de lo expuesto el objetivo del presente trabajo fue evaluar el grado de desarrollo de la estrategia de APS en los efectores del primer nivel de atención.

Desarrollo

Metodología

El presente trabajo se llevó a cabo en el municipio de Malvinas Argentinas, provincia de Córdoba. Se trabajó en los tres centros de salud de atención primaria (CAPS), con su respectiva área programática. Para abordar este trabajo, se emplearon diferentes estrategias tanto del método cualitativo como cuantitativo, ya que ningún método por sí sólo abarca todas las dimensiones de una problemática compleja.

En función de la decisión metodológica asumida, se trabajó desde una fase diagnóstica, una de intervención y una de análisis de datos a fin de organizar la temática.

- *Fase Diagnóstica de los Centros de APS de Malvinas Argentinas:*

Con la finalidad de cumplir con los objetivos propuestos, en primera instancia, se evaluó el grado de desarrollo de la estrategia de APS en los efectores del primer nivel de atención a través de encuestas y entrevistas. Asimismo, se utilizaron fuentes de datos secundarios, los cuales

contribuyeron a la contextualización del problema a estudiar y al análisis de los datos obtenidos en terreno.

Se elaboró una encuesta que permitió realizar la medición de los componentes esenciales de un sistema basado en la atención primaria, siguiendo los lineamientos y contenidos propuestos por Bárbara Starfield (2001) ya que diferentes investigadores demostraron que las variables primer contacto y accesibilidad, continuidad y longitudinalidad, integralidad y capacidad resolutive, coordinación asistencial, posibilitaron medir las dimensiones de APS de manera válida y confiable (Shi y cols, 2001). Esta encuesta fue efectuada a los responsables de salud del municipio de Malvinas Argentinas y a sus efectores en los tres centros correspondientes. La selección de los efectores se realizó a través de una muestra aleatoria.

A partir de las encuestas realizadas y de la inserción en terreno, se incorporó la técnica de la entrevista para obtener información acerca de la perspectiva que la población construyó respecto a las dimensiones de las políticas sanitarias locales. De esta manera, se posibilita la conformación de una mirada que considera a los involucrados en esta problemática.

Se emplearon entrevistas semi-estructuradas que abordaron temáticas tales como longitudinalidad y coordinación asistencial (mecanismos de referencia y contrarreferencia). En función del número de participantes se distinguieron en entrevistas individuales y grupales. La selección de los entrevistados fue aleatoria en los diferentes centros.

- *Fase de intervención y validación de la propuesta*

En el proceso de intervención y a medida que se desarrolló el trabajo y particularmente el contacto con los responsables, efectores de salud local y la población se advirtió la existencia de una red comunitaria. Esto implicó un mayor acercamiento al funcionamiento de la misma y a su vez generó una propuesta sobre promoción de la salud a implementarse en el año 2007.

- *Fase de Análisis de resultados*

Con los registros obtenidos de las encuestas y de las entrevistas se construyó una base de datos central a fin de estructurar organizativamente las variables que caracterizan los centros de salud involucrados.

Los datos obtenidos de las encuestas fueron analizados de acuerdo a la naturaleza de la variable en estudio (ANAVA, regresión no lineal, datos categóricos y test de comparaciones múltiples) y se consideraron diferencias significativas con un valor de $p < 0,05$.

Asimismo, durante el proceso de implementación del cuestionario se registraron expresiones y comentarios que proporcionaron una información valiosa ya que permitió ampliar, en algunas dimensiones, su análisis.

En función de la complejidad del objeto de estudio, también se aplicó en la investigación el análisis cualitativo en progreso. Esto permitió ajustar los instrumentos para especificar la información a recaudar. De esta manera, se incluyó la entrevista.

El análisis de este instrumento que se efectuó por medio del estudio del registro que consistió en lecturas sucesivas y análisis del mismo, permitió organizar la información basándose en categorías, lo que complementó el análisis realizado en las encuestas.

La incorporación de los datos suministrados por los documentos e informes de las diversas fuentes secundarias le otorgaron sentido a los datos obtenidos de las encuestas y entrevistas, a través de un proceso de confrontación, lo que permitió contextualizar los datos sociodemográficos, económicos y epidemiológicos de Malvinas Argentinas en relación con la provincia de Córdoba y el país.

En cuanto a los procesos de validación, se trabajó con la triangulación, ya que ésta genera una perspectiva más amplia del problema al emplear múltiples métodos y puede producir un diseño más poderoso que el obtenido por un sólo método (Cohen y Manion, 1999). Así, en esta investigación la aplicación de diferentes instrumentos reveló una serie de perspectivas y de formas distintas en que las personas evaluaron la misma situación (Ulim y cols. 2006).

Resultados y Discusión

La presentación de los resultados se desarrolla en tres etapas. La primera donde se describe las condiciones de contexto del municipio de Malvinas Argentinas, en ésta se tiene en cuenta la caracterización sociodemográfica y epidemiológica. Una segunda de caracterización del sistema sanitario local y una tercera etapa de caracterización de tipo de prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

1. Descripción de las condiciones de contexto:

La descripción de los factores condicionantes de salud cobra importancia cuando se piensa en ellos como determinantes sociales del estado de salud de una población. La misma depende, entre otras cosas, del ambiente geográfico donde vive una persona (VIGIA Perú. 2001).

1.1 Descripción del entorno geográfico:

El municipio de Malvinas Argentinas está ubicado al noreste de la capital cordobesa, en el departamento Colón de la provincia de Córdoba, Argentina.

El departamento Colón cuenta con una superficie de 2588 km², lo que representa el 1,57% del total provincial de Córdoba. El mismo se divide en 5 pedanías con fines catastrales, Calera Norte, Constitución, Las Cañas, Río Ceballos y San Vicente. Este departamento limita al norte con el departamento Totoral, al este con el de Río Primero, al sur con los de Capital y Santa María y al oeste con el departamento Punilla.

La ciudad de Malvinas Argentinas abarca una superficie de cien kilómetros cuadrados (100 Km²). Forma parte del denominado Gran Córdoba, es decir la conurbación de la ciudad capital con un grupo de localidades del departamento Colón. El Gran Córdoba es la segunda aglomeración urbana del país en cuanto a cantidad de habitantes, solamente superada por el Gran Buenos Aires.

Malvinas Argentinas se ubica entre los valores de latitud 31° 10' 00" Sur y 64° 19' 60" Oeste, y la población se ubica a 200 metros de altura sobre el nivel del mar.

Este municipio dista a 10 kilómetros de la ciudad de Córdoba, y se encuentra ubicada sobre la Ruta Provincial A188, y sobre la Ruta Nacional 19 (Camino Monte Cristo). Por allí pasa también el ferrocarril de cargas General Belgrano. Debido a que las rutas anteriormente mencionadas atraviesan la localidad en dos sitios diferentes a lo ancho de la misma, el municipio de Malvinas Argentinas se encuentra dividido en tres secciones.

1.2 Descripción de la dinámica poblacional:

El departamento Colón fue la unidad política que más creció dentro de la provincia de Córdoba entre los años 1991 y 2001. De acuerdo a los datos suministrados por el INDEC en el 2001, este departamento contaba con 172.779 habitantes. Esta cifra representa un 36,41% más que en el año 1991. Por otra parte los datos estadísticos muestran que en 1947 la población del departamento Colón representaba casi en 3% de la población cordobesa, mientras que en 2001 su participación aumentó al 5,2% del total provincial.

Respecto a las características poblacionales específicas del área de estudio y teniendo en cuenta los datos aportados por el censo nacional de población, hogares y viviendas del año 2001, alrededor de 13.000 personas viven en el conglomerado que conforma el Gran Córdoba. Este conglomerado está constituido por las ciudades de Malvinas Argentinas y Jardín Arenales, y de esta población 8628 habitantes corresponden a la población total del municipio de Malvinas Argentinas.

A partir del análisis de la pirámide poblacional de la ciudad de Malvinas Argentinas se puede visualizar que esta localidad tiene una población de tipo joven. Se observa que el 37% de la población es menor de 15 años y el 4% mayor de 65 años, en consecuencia el 59% de

la población es económicamente activa, aunque esto no significa que toda esta población tenga ocupación laboral.

1.3 Caracterización socio-económica

El municipio de Malvinas Argentinas cuenta entre los servicios, con energía eléctrica abastecida por EPEC, aunque un gran número de familias presenta instalaciones precarias e ilegales, de esta forma la conexión eléctrica es legal en sólo una de cada tres viviendas. Con respecto al gas natural, el mismo se encuentra en proceso de instalación en la primera sección, lo cual se constituye en el primer avance de este servicio en la localidad. La ciudad de Malvinas Argentinas cuenta además con línea telefónica y transporte público de pasajeros.

Por otra parte los habitantes de Malvinas Argentinas cuentan entre los servicios públicos, con recolección de basura, barrido municipal, manejo del agua de bebida por medio de la cooperativa de agua, pavimento en calles principales y veredas con cordón cuneta.

El sistema económico municipal recibe el apoyo de la coparticipación provincial y nacional.

La fuente de ingreso capital de los habitantes del municipio, se sustenta por empleo municipal, pequeños y medianos comercios y algunas fábricas. Además de otros como jubilaciones y pensiones no contributivas.

Según los datos aportados y extraídos, a partir de diversas fuentes de información tales como los informes de sistematización periodo 2003-2004 y el relevamiento familiar e institucional período 2005, ambos efectuado por el equipo de Salud Familiar, los datos facilitados por el registro civil del municipio local y la matriz de monitoreo de evaluación elaborada por el ACES; se observa que en cuanto a beneficios sociales el 21.8% recibe subsidio del estado, el 41,6% recibe módulos alimentarios y que el 14,4% de la población asiste a comedores. Según datos del 2004, los planes sociales alcanzan a 1840 personas, convirtiéndose en el sustento principal de una importante franja demográfica.

Recuperando lo mencionado previamente, donde se describía que el 59% de la población es económicamente activa, se presenta entre otros indicadores económicos que la población con trabajo estable es el 14,5% y con trabajo precario el 13,3%. Es decir que el 68%, aproximadamente, de la población económicamente activa se encuentra desempleada.

Según datos del Ministerio del Interior, Presidencia de la Nación (2001), la población de la localidad de Malvinas Argentinas empleada según categorías ocupacionales es el 13.08% obrero o empleado en el sector público, 59.29% obrero o empleado en el sector privado, 1.32% patrón, 27.12% trabajador por cuenta propia y 2.18% trabajador familiar. La mayoría de los empleos del sector privado se encuentran fuera de la localidad, convirtiendo a Malvinas Argentinas en una ciudad dormitorio.

La localidad estudiada cuenta con 1943 viviendas según datos del Ministerio del Interior, de las cuales en relación con la calidad de los materiales (CALMAT), se distribuyen en 12,03 % CALMAT 1 (vivienda con materiales resistentes y sólidos, con todos los elementos de aislamiento y terminación), 57,33% CALMAT 2, 27,38% CALMAT 3, y 3,24% CALMAT 4 (la vivienda presenta materiales no resistentes ni sólidos o de desecho al menos en uno de los parámetros). Teniendo en cuenta estos datos la mayoría de las viviendas de esta localidad presenta condiciones de materiales resistentes y sólidos en todos los parámetros pero le faltan elementos de aislamiento o terminación al menos en uno de sus componentes y al 27,38% de las viviendas (CALMAT 3) le faltan elementos de aislamiento o terminación en todos sus componentes, o bien presenta techos de chapa de metal o fibrocemento u otro sin cielorraso o paredes de chapa de metal o fibrocemento.

Se define hacinamiento como la cantidad total de personas relacionadas con la cantidad total de habitaciones o piezas que se dispone. El número de personas por hogar en el municipio de Malvinas Argentinas es 4,6, es decir más alto que los parámetros nacionales y provinciales. Esta localidad presenta 15,18% de hogares con una relación de más de 3 personas por cuarto, superior al de provincia el cual se aproxima a 3,86% y 4,78% en el País.

Considerando los datos de la muestra abordada por el equipo de Salud Familiar el 90,1% de la población cuenta con agua potable y el 64,2% posee baño instalado.

Por lo referido anteriormente, y teniendo en cuenta que el porcentaje de hogares con algún tipo de NBI, ascendió del 32 % en el 2001 al 39 % en el 2004, esta situación conduce a valores preocupantes de precariedad y hacinamiento en las unidades habitacionales. Conforme a los datos del INDEC, en el año 2001, el porcentaje de hogares con NBI en la Provincia de Córdoba es de 11,1% y en el total País 14,3%, cifras que tornan aún más preocupantes los valores de Malvinas Argentinas.

Además según datos del INDEC, puede analizarse que el 70,38% de la población no cuenta con cobertura de obra social, plan privado de salud ni mutual. Valores mucho más preocupantes que los de nivel provincial y país, si se considera que la provincia cuenta con el 54,24% de la población con algún tipo de cobertura social, cifra muy cercana al valor país el cual se aproxima al 51,95%.

Al analizar estadísticamente el nivel de analfabetismo en la comunidad se observó que el mismo (26,15%) es significativamente superior al del total de analfabetos en provincia (2,1%) ($p < 0,0001$).

1.4 Indicadores epidemiológicos:

Conocer las condiciones epidemiológicas de la comunidad posibilita el conocimiento de los servicios requeridos y facilita la elección de medidas preventivas, teniendo en cuenta los determinantes de salud y enfermedad (Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Módulo 2. Epidemiología. 2005).

De los indicadores epidemiológicos sólo se cuenta con la tasa de natalidad local, la cual fue de 37,2‰ para el año 2003, de 34,2‰ para el 2004 y en el año 2005 fue de 29,6‰, valores superiores a los correspondientes de la media provincial (15,9‰) y nacional 18,2‰.

Según los datos muestrales extraídos a partir de diversas fuentes de información: informes de sistematización periodo 2003-2004 y relevamiento familiar e institucional periodo 2005 por equipo de Salud Familiar y datos del registro civil del municipio de Malvinas Argentinas y CAPS municipales, la tasa de mortalidad infantil (TMI) es de 16,8‰ en el 2003 y de 11,3‰ en el año 2004. Valores muy cercanos a la tasa del País (16,4‰) y de la tasa provincial (14,8‰).

Según la misma muestra referida, el número de niños menores de seis años con algún grado de desnutrición es de aproximadamente el 26% para el año 2005, 72,2% son niños eutróficos y 69,5% tienen sobrepeso.

Con respecto a los niños en edad escolar controlados, 80,1% son eutróficos, 16,9% son desnutridos y 3% tienen sobrepeso en el mismo año.

De acuerdo con el número de mujeres en edad fértil (50,5%) de la población femenina de Malvinas Argentinas, se encuentran bajo Programa de Maternidad y Paternidad Responsable del equipo de Salud Familiar el 11,1% en el año 2005.

La tasa de fecundidad, según datos del registro civil del municipio de Malvinas Argentinas es de 108,8‰ en el año 2003, 118,1‰ en el año 2004 y en el año 2005 es de 100,3‰.

A continuación, se presentan los resultados de la asociación de los indicadores demográficos, socio-económicos y epidemiológicos en un análisis multivariado con respecto a la municipalidad de Malvinas Argentinas, a la provincia de Córdoba y los correspondientes al total país con la finalidad de describir su distribución. Los resultados del análisis de las componentes principales muestran que las dos primeras componentes representan el 100% de la variabilidad de casos.

Se observa que para el municipio de Malvinas Argentinas las variables tales como necesidades básicas insatisfechas (NBI), analfabetos y la población sin cobertura social tienen un comportamiento de mayor asociación con respecto al total provincia y total país.

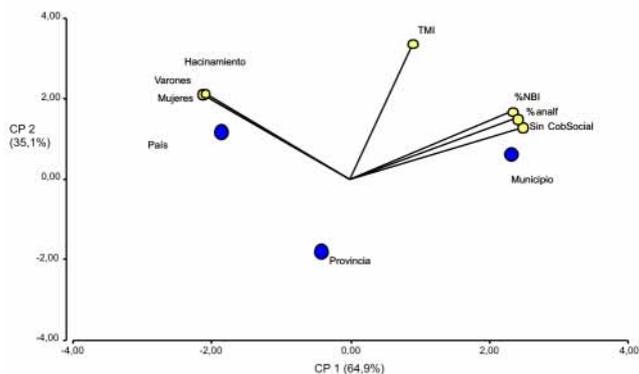


Fig. 1: Asociación de indicadores demográficos, epidemiológicos y socio-económicos respecto al municipio de Malvinas Argentinas, la provincia de Córdoba y el país.

2. Caracterización del sistema sanitario local

Para consolidar las estrategias de atención primaria resulta un recurso fundamental evaluar la capacidad de gestión de los centros de primer nivel de atención (CAPS) y el desarrollo de redes asistenciales. Como se mencionó en la metodología de trabajo se implementó una fase diagnóstica, para lo cual se elaboró una encuesta que permita efectuar la medición de los componentes esenciales de un sistema basado en la atención primaria, siguiendo los lineamientos y contenidos propuestos por Bárbara Starfield (2001).

Los determinantes de esta encuesta fueron:

1. Primer contacto y Accesibilidad
2. Continuidad y longitudinalidad
3. Integralidad y capacidad resolutive
4. Coordinación Asistencial

2.1 Es inherente a la organización de los servicios de salud la división en niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria), la idea de que existe un punto de entrada al sistema (puerta o filtro), el cual debe ser muy accesible (Starfield, B.2001). La asesoría de un médico de atención primaria facilita la selección de la mejor opción asistencial posible, lo que mejora la accesibilidad a los servicios de salud. Se define como accesibilidad a la posibilidad de que un usuario obtenga los servicios que necesita, en el momento y lugar que lo requiera, en suficiente cantidad y a un costo razonable (PROAPS – SIPPAPS 2006).

Durante el análisis de esta primera dimensión y con respecto a la accesibilidad geográfica, temporal, administrativa y económica surge que Malvinas Argentinas cuenta con tres centros de salud de atención primaria (CAPS), pertenecientes a la región sanitaria nueve de la provincia de Córdoba.

Los mismos están distribuidos estratégicamente en las tres secciones del municipio. Centro de Salud Evita (CAPS I), ubicado en la primera sección, es decir al Oeste. El CAPS II, el cual se ubica en la segunda sección, enmarcado por el cruce de la ruta provincial del lado Oeste y por la ruta Nacional 19 del lado Este. El CAPS III ubicado al este de la Ruta Nacional N° 19, el cual se encuentra inserto en la tercera sección.

Al interrogar a los efectores de salud sobre la distancia existente entre el centro de salud y la zona más alejada de área programática de atención, se analizó que el 42% de ellos contestó que los CAPS tienen un área de atención de un radio menor a 5 Kilómetros y el 50% contestó que el área de cobertura es mayor a 5 Kilómetros. Al preguntar sobre la existencia de transporte público, el 79% de los encuestados contestó que existe generalmente este servicio, lo cual facilita la asistencia de la gente que vive más alejada al Centro de Salud. Por lo cual

el acceso geográfico a los Centros de Salud de Malvinas Argentinas parece no estar obstaculizado. Estos Centros brindan atención a los habitantes de su área programática, además habitualmente se convierten en el lugar de asistencia frecuente para los alrededores de este municipio, como por ejemplo La Floresta, Chacra de la Merced y Arenales, entre otros. Los habitantes de estos lugares asisten a Malvinas Argentinas por no contar con sus propios CAPS, por tener un horario de atención más restringido, o por falta de profesionales. A pesar que la distancia entre el centro de salud y el área programática más alejada es mayor que 5 kilómetros, cabe resaltar que la accesibilidad geográfica de los CAPS de este municipio no se ve impedida debido a la variedad de transporte público que llega al lugar.

En cuanto a la accesibilidad temporal, las horas disponibles de trabajo varían según el centro analizado. El centro Evita (CAPS I), permanece 24 horas abierto. El centro de salud de la segunda sección llamado por los efectores de salud local "dispensario" y el de la tercera sección llamado "posta", se encuentran abiertos de 7:30 a 19:30 horas.

Los tres centros cuentan con un área de admisión y administrativa. El CAPS I cuenta con personal específico para cada una de estas áreas, y en los CAPS II y III las tareas correspondientes a esas funciones son efectuadas por la enfermera.

Al interrogar sobre los turnos programados para realizar controles en salud o atención de problemas crónicos, el 54% de los encuestados contestó que generalmente se entregaban en un tiempo menor o igual a una semana y el 21% que esto sólo sucedía a veces. Con respecto a los pacientes que concurren sin turno previo, el 88% contestó que generalmente son atendidos en el momento. En los CAPS de Malvinas Argentinas, sólo debe obtenerse turno para el control de niño sano y para la atención de algunas especialidades. Los pediatras y médicos clínicos atienden por orden de llegada.

El 92% de los encuestados afirmó que debía pagarse alguna contribución para ser atendidos, aunque refieren que en el caso que el paciente no pueda abonar es atendido de la misma manera. El Bono de contribución varía desde un peso a cinco pesos.

El 75% de los efectores de salud refirió que las condiciones edilicias de los CAPS facilitan el ingreso de pacientes ancianos y/o discapacitados. Los mismos cuentan con 3 a 5 consultorios y el 100% de los Centros tiene sanitarios de uso profesional y públicos diferenciados.

El 79% de los efectores de salud del municipio de Malvinas Argentinas encuestados refieren que la primera consulta por un problema de salud se realiza en los CAPS locales y 8% menciona que esto sólo ocurre a veces. Respecto a este mismo ítem y desde la perspectiva del análisis cualitativo se podría asumir que expresiones de los usuarios tales como "*vine a que me dijera si lo llevo al hospital o no*", "*vengo a que me derive*", confirman que los CAPS del municipio se constituyen en la puerta de entrada al sistema de salud, otorgando un valor importante a la atención que ahí se efectúa. Asimismo, como parte de este análisis se podría inferir que se establece una dinámica favorable entre la población y los centros de salud, que se reconoce en las funciones que los centros realizan.

El acceso a la atención es importante para disminuir la mortalidad y la morbilidad. La utilización de médicos de la atención primaria, en lugar de especialistas, para el primer contacto probablemente conlleve a una atención más apropiada, mejores resultados de salud, y la disminución de los costos (Starfield, B. 2001). En Malvinas Argentinas la accesibilidad parecería estar obstaculizada por algunos factores y favorecida por otros. Elementos como el pago de una contribución podría ser un elemento obstaculizador. El amplio horario de atención y la capacidad de responder a demandas espontáneas en menos de 24 horas, se convierten en elementos positivos para la accesibilidad.

Por otro lado, las unidades de atención primaria no pueden operar de modo independiente del resto del sistema de salud local. Esta observación se confirma en dos momentos, durante las entrevistas a los usuarios quienes afirman frecuentar otras unidades de salud (fundamentalmente los usuarios de localidades vecinas) y al observar como los usuarios de los CAPS local asisten en una oportunidad a un centro y luego a otro, o a un sistema y luego a

otro. Esto último, se ve dificultado aún más, cuando se verifica que cada CAPS tiene una historia clínica distinta, con números distintos.

2.2 Continuidad y longitudinalidad:

Longitudinalidad es la relación personal que se establece a largo plazo entre el médico y los pacientes de una consulta. Numerosos estudios demuestran las ventajas de la utilización de una fuente asistencial habitual, aunque el hecho de un lugar habitual como fuente asistencial no equivale a que sea siempre el mismo médico quien asiste (Starfield, B. 2001). Continuidad se refiere a la relación personalizada y a la coordinación entre los distintos profesionales que atienden a un único paciente, establecer la misma es un rol fundamental de los trabajadores del primer nivel de atención (PROAPS – SIPPAPS2. 2006).

Con respecto a este punto, al analizar las encuestas efectuadas a los trabajadores del Centro de Salud de Malvinas Argentinas el 67% contestaron que generalmente los pacientes podían elegir el médico con el que deseaban tratarse y el 33% contestó que esto sucedía a veces. En cuanto a si se respeta la elección del profesional por parte del paciente cuando se le entregan los turnos el 21% contestó a veces y el 75% que generalmente esto se respetaba. En cuanto a este punto, las entrevistas efectuadas a la población refieren que la mayoría de las veces pueden elegir el médico que los atiende, excepto cuando el motivo de consulta es una emergencia o urgencia. Datos que coinciden con las encuestas destinadas a los trabajadores del equipo de salud. Sin embargo, una expresión frecuente pero no mayoritaria de los usuarios es “cambian todos los días de médicos”.

La longitudinalidad implica la existencia de un equipo de salud habitual, así como su utilización para una atención de salud no limitada a ciertos problemas. Esto se asocia a muchas ventajas, como menor utilización de los servicios de salud, mejor atención preventiva, asistencia más apropiada y oportuna, mejor identificación de los problemas de los pacientes, menor número de enfermedades prevenibles, menor número de hospitalizaciones y costos más bajos (Starfield, B. 2001).

Los servicios de atención primaria deben proveer atención a lo largo del tiempo y atender a todas las demandas del usuario de forma longitudinal, es decir, la idea de atención básica no funciona cuando los servicios se utilizan esporádicamente o cuando no se comportan como la puerta de entrada al sistema (Almeida C.M. 2000). Teniendo en cuenta el dato de que los centros de salud del municipio de Malvinas Argentinas conforman la puerta de entrada al sistema de salud local y que estos centros prestan servicio con longitudinalidad, se convierten en sistemas bastantes efectivos para la población.

2.3 El tercer determinante analizado corresponde a la integralidad y capacidad resolutive.

Se refiere como integralidad a la oferta de prácticas preventivas, de promoción de la salud, tratamiento y rehabilitación, integrada funcionalmente con las restantes estructuras y niveles del sistema sanitario. La integralidad se juzga según el grado en que la gama de servicios disponibles cumple con las necesidades comunes a toda la población y con la necesidad particular de la población atendida, así como el grado en que existen pruebas de que se están aplicando de manera adecuada para satisfacer estas necesidades (Starfield, B. 2001). Dentro de este aspecto, la capacidad resolutive es entendida como la proporción de problemas de salud que encuentran solución en ese CAPS.

Entre las variables que identifican capacidad resolutive se encuentran variedad de población que debe manejarse, actividad de prevención primaria y secundaria, recursos disponibles de diagnóstico y tratamiento, porcentaje de población atendido sin derivación, contenido y calidad de la relación médico-paciente y calificación del personal de salud.

En el análisis de este determinante, se observa que el CAPS I, con mejor infraestructura y equipamiento que los otros dos centros analizados, presta servicio de laboratorio y especialidades médicas. Entre ellas se encuentra cardiología, ecografía, oftalmología y ginecología (que rota en los centros de las dos secciones restantes durante distintos días). Además el Centro de “Salud Evita”, cuenta con psicopedagogía, psicología y fonoaudiología, las cuales se articulan con los

otros centros. La atención odontológica, en cambio, se centra en el CAPS II y desde allí presta servicio a toda la comunidad.

Con respecto a la capacidad resolutive, el 79% de los encuestados refirió que la mayoría de los problemas de salud por los que la población consulta se resuelven en el centro de salud local, por lo tanto beneficia otros niveles de atención. Si los centros de atención primaria de salud cuentan con un equipo acorde a los requerimientos de la población, los usuarios tratarán de resolver sus demandas o problemas de salud en estos centros, descomprimiendo los niveles de mayor complejidad. Es importante adicionar a esto la educación en salud en distintas temáticas, tales como prevención de accidentes, orientación nutricional, salud mental para disminuir así las causas más frecuentes de consulta.

2.4 El cuarto determinante es la coordinación asistencial y cobertura. Se encuentra definida coordinación asistencial como la posibilidad de realizar un seguimiento de los problemas de salud detectados a lo largo del tiempo y cobertura se define como el resultado de la oferta sistematizada de servicios de salud que satisfagan las necesidades de la comunidad, de forma continua, accesible y socialmente aceptada.

Las variables que se tuvieron en cuenta en este punto fueron el sistema de registro, diseño de programa, sistema de referencia y contrarreferencia, sistema de programación de turnos y derivaciones, actividad de articulación entre primer y segundo nivel de atención e identificación y seguimiento de derivaciones.

En cuanto a la coordinación, el 88% de los efectores de salud del municipio de Malvinas Argentinas encuestados señaló tener establecido los centros de mayor complejidad a los que se derivan los pacientes que requieran mayores cuidados o que requieran consultar con otro especialista para interconsultas.

Con respecto al sistema de referencia y contrarreferencia, al preguntar si existe algún formulario especial para realizar derivaciones y/o interconsultas el 54% contestó que no y 17% que no sabía. El 58% contestó que el paciente al volver de la interconsulta o derivación no trae ningún tipo de escrito, es decir que no se recibe contrarreferencia donde se detalle las acciones realizadas en el centro de mayor complejidad o por el especialista, este valor fue similar a la proporción encontrada en el relevamiento y que da cuenta de la existencia de formulario para realizar derivaciones o interconsultas a un nivel de mayor complejidad (54%). Esta debilidad instalada del sistema de salud, de alguna manera, genera dificultad, retraso y gastos innecesarios tanto para el sistema como para el paciente, y trae consecuencias para la resolución efectiva del problema de salud del paciente.

En cuanto a si los centros de mayor complejidad a los que se derivan habitualmente dispone de turnos reservados para realizar interconsultas y/o estudios complementarios el 63% respondió negativamente y 21% no sabe o no contesta. En relación con este punto, los usuarios al ser entrevistados refieren habitualmente la dificultad de obtener turnos para la atención en un nivel de complejidad mayor, lo que demora en la mayoría de los casos la atención requerida por parte del paciente.

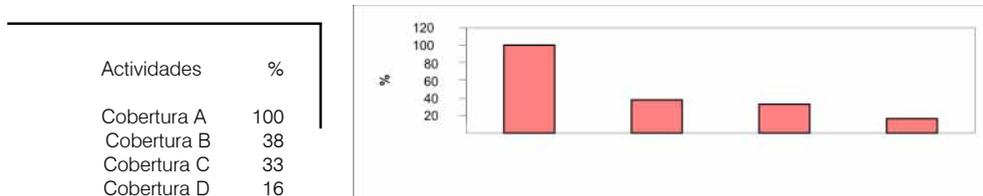
Una debilidad importante observada en el sistema de salud de este municipio y de la provincia de Córdoba es el sistema de referencia y contrarreferencia. Esta dificultad no está limitada al municipio estudiado, ya que esta característica está descrita en trabajos realizados en otros países tal como lo demuestra el informe en Desarrollo de Sistemas e ServVos de Saúde. Brasília_DF, 2006.

En cuanto a cobertura se identifica que en los tres centros se realiza control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, control de embarazo y puerperio y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, REMEDIAR (centralizado en CAPS I) y salud bucal (centralizado en CAPS II). (Está repetido pero desde otro abordaje, cobertura)

Entre el 17 y el 38% de los efectores refiere conocer que se realicen en algunos de los centros, tareas de control de adolescentes, ancianos, educación nutricional, educación para la salud, catastro

genito - mamario e hipertensión. Sólo entre el 16 y 8% señaló que se realiza desde el centro control de diabetes, tuberculosis, adultos sanos y violencia familiar. Entre el 67 y 75 % reconoce que no se realizan tareas de prevención del tabaco y alcohol.

Lo expresado anteriormente puede observarse gráficamente en la siguiente figura.



Cobertura A: Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunización, Control de Embarazo y Puerperio, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, REMEDIAR (CAPS 1), Salud Bucal (CAPS 2).

Cobertura B: Control de Adolescentes, Ancianos, Educación nutricional, para la salud, catastro genito-mamario, hipertensión.

Cobertura C: Actividades de prevención de alcohol y tabaco.

Cobertura D: Control de DBT, TBC, Adultos Sanos, Violencia Familiar.

Con relación a la cobertura, los resultados de las entrevistas permiten cotejar que se efectúa el control del niño sano, inmunización, control de embarazo y puerperio. Sin embargo, la mayoría de las personas no reconoce que se ejecuten tareas de prevención, tampoco de control de tuberculosis, de control de adolescentes y de educación nutricional.

Otros datos que surgen del análisis de las encuestas, con respecto a la cobertura de salud, es que la planilla C1 y C2 sólo es utilizada en el 46% de los casos.

La optimización de los resultados encontrados a partir de las encuestas coincide con los resultados esperados para el programa REMEDIAR. Esto se debe, probablemente, a que este programa posee un riguroso control de gestión para garantizar la eficiencia y transparencia en el uso de los recursos. Lo anterior se efectiviza a través de información generada por el programa a través del registro en planillas (programa REMEDIAR). Estas planillas resultan de cada consulta médica en la que se prescribe un fármaco y por una serie de planillas que se completan a posterior y permiten el control del programa por el centro y que luego éstas se envían por medio del operador logístico al programa. Por otro lado, el programa cuenta con otro sistema de evaluación a los centros, que consiste en realizar la misma por medio de auditores del programa. Así estos auditores del programa REMEDIAR asisten al centro de salud de la Primera Sección y supervisan el stock de medicamentos disponible y el cumplimiento de procedimientos. Asimismo, el 95% de las entrevistas reconoce que el centro entrega la medicación de forma gratuita.

El equipo de salud está conformado por el 85% de médicos y el resto personal de enfermería. Del cual sólo el 29% es profesional.

La enfermería en la actualidad sufre una transformación paradigmática. El viejo rol asignado al personal de enfermería como la de "cuidador de enfermo" se halla frente a la necesidad de ubicarse en un nuevo marco, como consecuencia de la multiplicación y especialización del área de la salud.

Muchas fueron las condiciones que influyeron para que la práctica de la enfermería modificara y ampliara su campo de acción. La práctica actual incluye, además del aspecto curativo, el promocional, el preventivo y de rehabilitación. También los espacios de la práctica se han diversificado más allá de las instituciones hospitalarias hasta las escuelas, los centros de trabajo, las comunidades rurales y marginales.

Uno de los grandes desafíos del marco sanitario del siglo XXI es la plena consolidación del diálogo interdisciplinario como herramienta de trabajo. En este marco la enfermería debe introducirse

y para ello no sólo es necesario un lenguaje adecuado, sino una posición de poder simétrica, que permita al personal de enfermería expresarse en un plano de igualdad de condiciones con respecto a los otros interlocutores del equipo de salud. Para ello es imprescindible la profesionalización de la enfermería (Torrallba D Francesc y col. 2003).

Respecto a la relación médico/ enfermero en el sistema de salud del municipio de Malvinas Argentinas es de 1,4 médicos por cada enfermero. Es decir el equipo de salud está formado por 49% de médicos y 34% de enfermeros, por lo que esta relación está más próxima a los valores esperados para los servicios de salud, que a los valores informados a nivel país. La realidad profesional informada a nivel del país es que la relación médico /enfermero es una de las distorsiones más seria de la estructura del equipo de salud (Abramzón, MC. 2006). En Argentina la relación es casi de 10 a 1. Este hecho refleja las dificultades existentes en el país para implementar programas que estimulen la formación y el trabajo en determinados campos críticos como la enfermería (Abramzón, MC. 2001).

En las siguientes figuras se observa la distribución del equipo de salud de la localidad de Malvinas Argentinas.



SP/ 18

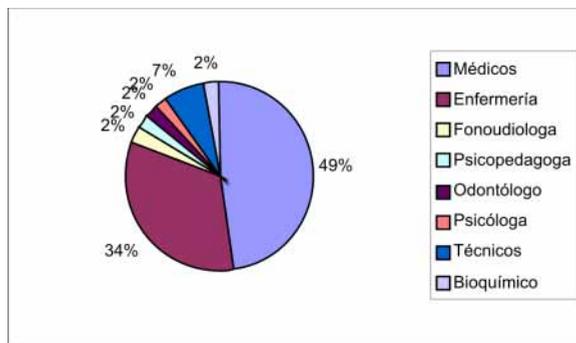


Fig. 2: Distribución de los profesionales en los Centros de Salud analizados.

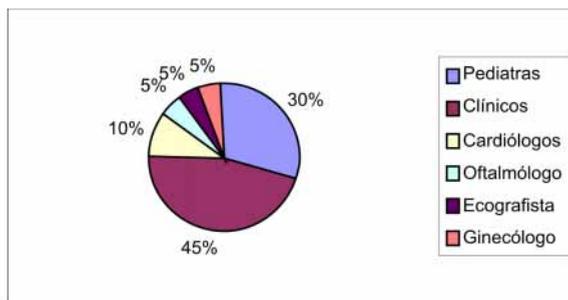


Fig. 3: Distribución de especialidades médicas en los tres Centros de Atención Primaria de Salud evaluados.

Un punto que se destaca en el análisis, es que el 100% de los encuestados en marzo del 2006 referían que no se desarrollan actividades comunitarias.

En función al diagnóstico realizado en la primera etapa de ejecución de este trabajo se observó que los centros analizados se orientan predominantemente a las actividades asistenciales. A partir de las entrevistas realizadas con los responsables comunitarios y por las mismas encuestas se detectaron debilidades en las actividades de promoción y prevención. Por lo referido anteriormente se consideró necesario fortalecer las acciones participativas y estimular las estrategias de APS para optimizar el sistema de atención.

3. Caracterización de tipo de prácticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Durante la primera etapa de desarrollo del proyecto se trabajó un esquema conceptual y analítico, a partir de la discusión de los diferentes enfoques teóricos de abordaje de la problemática planteada y de los resultados de investigaciones previas. Se utilizó como contexto de referencia el desarrollo de las estrategias de APS en la provincia de Córdoba.

Para el Gobierno de la Provincia de Córdoba, la salud es un derecho de todos los hombres y mujeres, explicitado en la Constitución Provincial en su Art. 59, donde dice: "la salud es un bien natural y social que genera en los habitantes de la Provincia el derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social".

La concepción del sistema de salud que tiene la provincia coincide con los postulados de la Declaración de Alma Ata que, en 1978, estableció: "La Atención Primaria de Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial (...) puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación". "Entraña la participación además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, la educación, la vivienda, la alimentación, las comunicaciones, (...) y exige los esfuerzos coordinados de todos estos sectores".

Entre las potencialidades de las estrategias de APS en la provincia de Córdoba, se encontraría el ordenamiento territorial regionalizado del subsector público, que implica una red creciente de establecimientos interconectados con procedimientos de referencia que ordenan la circulación de los pacientes por el sistema. Esto, que se presenta favoreciendo el funcionamiento del sistema, cuando se analiza en el Centro de Salud del Municipio de Malvinas Argentinas, no resulta como tal. La circulación de pacientes por el sistema de salud, presenta serias dificultades. Entre ellas, la derivación de pacientes en situaciones de emergencia o el acceso de los mismos al segundo nivel de complejidad resulta problemática.

De la misma manera, del análisis documental se desprende como aspecto facilitador del desarrollo de la APS en la provincia, una normativa que procura la integración de los subsectores que conforman el sistema, la implementación de algunos recursos como la clave única de identificación sanitaria, la implementación de una canasta básica prestacional centrada en el desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud. Sin embargo estos componentes no pueden ser evaluados ya que no son utilizados en la práctica cotidiana de los centros de atención relevados (Ley 9133).

También surge como una de las estrategias con mayor potencialidad de transformación del sistema de salud, la decisión política y la puesta en marcha de un proceso masivo de formación de recursos humanos en el primer nivel de atención, centrado en el desarrollo de acciones de cuidado de la salud integrales, interdisciplinarias, y que propicien la participación social. En este marco, se encuentra trabajando en el municipio el equipo de salud familiar. Al respecto cabe destacar que, aunque estos profesionales comparten algunos espacios físicos de los Centros de Salud de APS, no se visualiza una integración consustancial con el equipo de salud del municipio. A modo de ejemplo se puede hacer referencia a la disociación entre las historias clínicas empleadas por los equipos anteriormente mencionados.

Durante la fase de intervención el objetivo se propuso estimular la conformación de una red comunitario local, a través de la cual se optimizaría entre otras variables, la relación entre equipo de salud y comunidad, con la finalidad de que las problemáticas que se detecten puedan ser consideradas y resueltas conjuntamente con las autoridades locales. En esta instancia se evaluó el grado de participación de los miembros de la comunidad. Este proceso de investigación permitió develar que la comunidad de Malvinas Argentinas posee un sistema de red que conforma un Espacio Multiactoral Local (EML) en dicha comunidad. Formando parte de las acciones relacionadas al "Desarrollo desde lo Local", la comunidad lleva a cabo una acción integral a través de la propuesta denominada "Promoción del desarrollo local y la participación ciudadana

y fortalecimiento de organizaciones de población pobre dispersa". La misma cuenta con la participación del municipio y de las organizaciones sociales de la comunidad. Este espacio, trabaja vinculado a temas de educación, hábitat y violencia. Sin embargo a partir de las entrevistas realizadas con los responsables comunitarios, se pudo detectar debilidades en cuanto a las estrategias de trabajo para la APS, la promoción y la prevención.

La instauración de una red comunitaria local, significa generar un espacio real en que se relacione el centro de salud con la comunidad. Esta implementación, se ve fortalecida si se estimula la promoción y prevención de la salud desde la educación del nivel primario. Esto enmarcó el nuevo desafío de trabajo de este equipo para el 2007, donde uno de los ejes a desarrollar refiere a la educación en salud, desde una de las escuelas de Malvinas Argentinas, donde tiene lugar el Espacio Multiactoral Local. De esta forma los alumnos de los cursos más avanzados se convierten en promotores de salud, quienes generarán puentes e invitarán a distintos agentes a interactuar con ellos. Además, esto favorecería a consolidar desde lo formal la transmisión del conocimiento de promoción y prevención en el seno de la familia. Es necesario activar y fortalecer la red generada en el espacio educativo, para que sus integrantes puedan identificar sus problemas de salud prioritarios y articular con el centro de salud en la búsqueda de la resolución para mejorar la calidad de vida de su comunidad. Para esto, se considera que el proyecto debe estructurar y consolidar esta articulación dada entre la escuela, la comunidad y el centro de salud. La estructuración se logra si se concreta un trabajo sostenido que le devuelva a la población la capacidad de tomar conciencia de las problemáticas de salud que lo aquejan y los potencie en la elaboración colectiva con el centro de salud de un accionar conjunto (Escuela y Comunidad: Redes socio- educativas, 2005). Esta consolidación será efectiva cuando su existencia resulte natural para la comunidad.

Asimismo, uno de los aportes de la ejecución del presente proyecto consistió en vincular a los profesionales, a través de la participación conjunta, en el proceso enmarcado en la formación de recursos humanos en el primer nivel de atención realizado por la provincia. Esto trae como consecuencia beneficios para el Centro de Salud, los efectores y la comunidad.

Así se comenzó a ejecutar con un grupo de profesionales del Centro de Salud Municipal el segundo curso de Sistema de Incentivo para profesionales de Salud (SIPPAPS). A partir de estas acciones se lleva a cabo un programa de prevención de accidentes en el hogar en niños de 0 a 12 años. Esto favorece la participación social de los niños y los padres, advierte sobre la problemática de accidentes del hogar, y son ellos luego los que transmiten esta información. Es de destacar que la presente propuesta incluye a la escuela como una institución encargada de formar en hábitos saludables. Todo esto permite generar una estrategia centrada en el desarrollo de acciones de cuidado de la salud integral e interdisciplinaria del equipo de salud local.

Otro grupo de profesionales del municipio realizó el II Curso de Introducción a la reforma de la APS y I de Medicina Familiar y Comunitaria bajo la inquietud de entrenarse e incorporar destrezas y habilidades en el manejo de la programación de estrategias en la Atención Primaria de Salud.

A estas inquietudes se sumaron otros integrantes del equipo y realizan en la actualidad el III Curso de Salud Familiar y Comunitaria, Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS) – FCM –UNC. Propuesta dirigida a los profesionales del equipo de salud que desarrollan actividades en el primer nivel de atención. El mismo tiene los objetivos de mejorar la calidad de la Atención médica, entendiendo por tal a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud a través de acciones de atención primaria, entrenar en el trabajo y abordaje interdisciplinario para el cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad en forma continua, integral e integrada y como último objetivo llevar a cabo tareas de promoción y protección de la salud individual, de las familias y de la comunidad, cumpliendo los contenidos de la Canasta Básica Prestacional (Ley de Garantías Saludables).

Por otro lado, parte del grupo médico de los Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) de este municipio se capacitan en el uso racional de medicamentos. El mismo es llevado a cabo por el Programa Nacional Remediar.

La formación de recursos humano orientado a la atención primaria anteriormente mencionada, significa un acercamiento y concientización de los efectores de salud local que, hasta ahora se veían inmersos en el asistencialismo puro, y actualmente se embarcan en la importancia de la Atención Primaria de la Salud. Lo que significa un cambio en el paradigma de la práctica sanitaria, comprendiendo la necesidad de un cambio en los modos de prestar servicios que acompañe la actual concepción del proceso salud - enfermedad. Además, esta actividad cuenta con el apoyo y la iniciativa de la profesional responsable de la gestión en los Centros de salud de Malvinas Argentinas.

La Salud Pública se ha definido como la ciencia y el arte de mejorar la salud de la población mediante los esfuerzos organizados de la sociedad, usando las técnicas de prevención de la enfermedad y de protección y promoción de la salud. Su campo de actuación es tanto la sociedad en su conjunto como cada una de sus partes y estructuras (Hernández –Aguado I. y col. 2005).

La decisión de la Secretaría de Salud Municipal relacionada a una política de salud orientada a la Atención Primaria conlleva a claros beneficios. Actuar antes de que la enfermedad aparezca y proteger a las poblaciones vulnerables de aquellos agentes que pueden generar la enfermedad es el objetivo de la Atención Primaria de Salud. Lo que implica mejorar las condiciones sociales y económicas de las poblaciones, previniendo un amplio rango de problemas de salud (Hernández – Aguado I. y col. 2005), prevenir enfermedades infectocontagiosas por medio de la vacunación entre otros ítems.

En este contexto, Malvinas Argentinas también pone en marcha el Plan Nacer donde la comunidad y el equipo de salud toman parte en la ejecución del mismo. Algunas de las metas de este Plan son captación temprana de embarazadas, efectividad de atención del parto y atención neonatal, efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad, auditoria de muertes infantiles y maternas, cobertura de inmunizaciones, cuidado sexual y reproductivo, seguimiento de niño sano hasta 1 año y seguimiento de niño sano de 1 a 6 años.

El impacto del proyecto está relacionado a las vinculaciones que se generaron entre las instituciones involucradas, en las que se generó un clima de confianza para seguir gestando proyectos de trabajo. Asimismo, esto implicó una movilización del ambiente universitario, a través de las visitas periódicas a los centros de salud.

A modo de conclusión, se puede expresar que este proyecto posibilitó movilizaciones dentro del equipo de los tres Centros de Salud en el sentido que permitió considerar a la APS como central en el abordaje de la salud. Igualmente, se reconoce que los Centros de Salud generan estrategias para brindar atención efectiva y eficiente a pesar del deterioro socioeconómico de la comunidad. Si bien se identificó el funcionamiento de una red comunitaria, se considera que es necesario afianzar en la misma el trabajo respecto a la educación en salud.

Recomendaciones

Lo que se considera importante para poder avanzar en una comunidad saludable es generar estrategias que fortalezca la educación en salud en la población involucrada. De esta manera la población estará capacitada para movilizar o responder al equipo responsable de las acciones que atiendan a las necesidades de salud en dicha población.

Bibliografía

1. Abramzón MC. "Argentina: Recursos Humanos en Salud", en colaboración. En: Recursos Humanos en Salud en Argentina 2001. OPS/OMS. Buenos Aires, Argentina. 2001.

2. Abramzón M C. Recursos humanos en salud en Argentina un desafío pendiente. Rev. de Salud Pública. V 1. P65. 2006.
3. Almeida, C.M. y col. A reforma sanitária brasileira: em busca da equidade. Research In: Organización Panamericana de la Salud. Public Health Technical Report. Washington, 1999.
4. Almeida, CM. Saúde e equidade nas reformas contemporaneas. Saúde em Debate. Río de Janeiro, v. 24, n. 54. 2000.
5. Almeida, CM y col. Health reform in Brazil: a study in inequity. Internacional Journal of Health Services, v30. 2000.
6. Censo Nacional. Instituto Nacional de Estadística y Censo de la República Argentina. 2001.
7. Cohen y Manion *Métodos de investigación educativa*. La Muralla. Madrid. 1999
8. Escuela y comunidad: Redes socio- culturales. Colección: Cuadernos para pensar, hacer y vivir la escuela. Publicación del Ministerio de Educación de la Provincia de Córdoba. 2005
9. Hernández –Aguado I y cols. Manual de Epidemiología y Salud Pública para licenciaturas y diplomaturas en Ciencias de la Salud. Ed. Panamericana. Madrid. 2005.
10. Holland WW, Detels R, Knox G (eds). Oxford Textbook of Public Health. Vol. 1, segunda edición. Influences of Public Health. Oxford: Oxford University Press, 1991.
11. Informe Situación de Salud en la Argentina. Ministerio de Salud de la Nación Argentina y Organización Panamericana de la Salud. 2003
12. Instituto Federal de Asuntos Municipales (IFAM). Secretaría de Asuntos municipales. Ministerio del Interior. Presidencia de la Nación. 2001
13. Ministerio de Salud de la República del Perú, Oficina General de Epidemiología y Proyecto VIGIA. "Guía para el análisis de los factores condicionantes de la Salud". Análisis de Situación de Salud ASIS. Lima, 2001.
14. Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programa Médicos Comunitarios. Módulo 2. Epidemiología. Argentina. 2005.
15. Programa de Atención Primaria de Salud – Sistema de Incentivo para Profesionales de la Atención Primaria de Salud (PROAPS – SIPPAPS). Córdoba. Argentina. 2006.
16. Programa REMEDIAR. Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2006.
17. Rutstein D, Berenberg W, Chalmers T, Child C, Fishman A, Perrin E. Measuring the quality of medical care: a clinical method. N Engl J Med. 582-588. 1976
18. Shi, L; Starfield, B; Xu, J. Validating the adult primary care assessment tool. Journal of Family Practice, v. 50. 2001
19. Starfield B. Atención Primaria Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Editoria Masson 2001.
20. Torralba, FD. Ponencia Enfermería y Transformación Paradigmática. XX Congreso Nacional de Enfermería y Salud Mental. Alicante. España. 2003.
21. Ulin PR, Robinson ET y Tolley, E. Investigación aplicada en Salud Pública. Métodos cualitativos. Publicación Científica y Técnica, n 614. OPS/ OMS. 2006
22. Vuori, H. The role of schools of public health in the development of primary health care. Health Policy, v. 4. 1985.
23. Weitman PF; Levkoff SE. Combining qualitative and quantitative methods in health research with minority elders: Lessons from a study of dementia caregiving. Field Methods. 2000.
24. World Bank. World Development Report 1993: Investing in health. New York; London: Oxford University Press, 1993.
25. World Health Organization. Proposed strategies for health systems performance assessment. Summary document. Geneva, 2001.