

**La Red Pública de  
Atención Primaria de  
la Salud en Argentina**

1 de enero

**2006**

---

Informe de investigación realizado como subsidio para la discusión y formulación de una Política Nacional de APS. Por un equipo integrado por Federico Tobar, Leticia Montiel, Rodrigo Falbo, Ignacio Drake. Bajo la coordinación de Federico Tobar. Buenos Aires. 2006

**Diagnóstico  
y desafíos**

## 1. Introducción

La estrategia de Atención Primaria de la Salud se ha convertido en los últimos años en un eje principal de la política pública de salud en Argentina. Entre los factores vinculados con este predominio figura la necesidad de llevar adelante una política de prevención y detección precoz de las enfermedades que permita por un lado, una eficiente asignación del gasto de salud y por el otro, prolongue y mejore la calidad de vida de la población.

Entre 1997 y 2002 los distintos niveles de atención en los servicios públicos de salud han experimentado un fuerte incremento en la demanda de atención y una sobrecarga en la utilización de las instalaciones y los recursos humanos debido a los problemas dentro del mercado de trabajo y al fuerte deterioro de los ingresos de gran parte de la población. Esto provocó que a los “tradicionales” concurrentes del subsistema público de salud – sectores de bajos ingresos - se incorporaran los sectores medios empobrecidos.

La capacidad del hospital público para dar respuesta a este fuerte incremento de la demanda de atención pública de salud se vio colmada. Frente a este desafío, no optaron por buscar fortalecer al hospital, como se hizo tradicionalmente, sino a la red pública de Atención Primaria de Salud buscando así descomprimir al segundo y tercer nivel de atención de la salud.

Este trabajo examina la red de Atención Primaria de la Salud en Argentina con el fin de dar cuenta de su situación actual en cuanto a su ubicación dentro del subsistema público de salud, financiamiento, capacidad instalada, recursos humanos, programas del ámbito nacional que operan en el nivel y los desafíos actuales para su fortalecimiento.

## 2. Subsistema público de salud

El sistema argentino de salud está compuesto por los subsistemas público, la seguridad social (Obras Sociales nacionales, provinciales y municipales financiadas con el aporte y las contribuciones de los asalariados) y el sector privado (Seguros y prepagos financiados por el aporte o el pago directo de particulares y/o familias). Dentro del subsistema público de salud se encuentra la red de Atención Primaria de la salud.

El subsistema público tiene una cobertura universal, si bien sus principales usuarios son los sectores de bajos recursos. Entre sus funciones se destaca el atender las necesidades sanitarias de la población a través de la provisión de equipamiento médico, profesionales y auxiliares de la salud, internación, campañas de prevención, planes de vacunación, entrega gratuita de medicamentos, etcétera.

El subsistema público de salud comprende una diversidad de servicios de salud que se extienden a lo largo de todo el país. Argentina es un país federal, por ello el subsistema de salud se organiza en los tres niveles de gobierno: la Nación, las provincias y los municipios. De todos los niveles, las provincias son las responsables por la salud de sus habitantes a través de una facultad constitucional no delegada en el poder nacional ni en los municipios. La Nación ejerce funciones de coordinación, regulación, y asistencia técnica y financiera. Las provincias y municipios, a su vez, brindan servicios directos de asistencia a la población. El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (MSAN) es la máxima autoridad en materia de salud y tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores.

En el nivel provincial, el sector salud tiene una estructura centralizada y cuenta con un presupuesto específico con el cual administran el personal y los servicios médicos. Son las provincias las que tienen a su cargo el manejo de los hospitales públicos que anteriormente estaban en la órbita de la nación. Las estructuras provinciales también actúan como unidades efectoras de los programas verticales organizados y financiados desde el MSAN y en algunos casos, han asumido íntegramente funciones desconcentradas o devueltas por Nación como el Control de Enfermedades Transmisibles, entre ellas el HIV- Sida y en otros programas la ejecución se realiza en forma conjunta, como por ejemplo, el Programa Materno Infantil (PROMIN)

Contrariando una tendencia creciente en América Latina, la descentralización en salud en Argentina no favoreció el protagonismo de los municipios. Ni siquiera se avanzó en la definición de un modelo intergubernamental de división de las responsabilidades en salud, de modo que los gobiernos provinciales tienden a asumir todos los niveles de atención. Incluso los municipios tampoco se limitan a brindar servicios de primer nivel y existen alrededor de trescientos hospitales municipales. A nivel municipal, son

las provincias de mayor tamaño (Buenos Aires, Córdoba y en la Ciudad de Rosario de la Provincia de Santa Fe) las que cuentan con servicios propios. En su mayoría son centros que forman parte de la red pública de Atención Primaria de la Salud, pero en algunas jurisdicciones también existen hospitales municipales.

Cabe mencionar, que el subsistema de salud público ha experimentado una serie de profundos cambios estructurales en los últimos veinte años, que han tenido fuerte repercusiones en el acceso y la calidad de servicios recibidos por los usuarios del mismo. En este sentido se llevó adelante una fuerte política de descentralización, por la cual se transfirieron los distintos servicios a las provincias y a los municipios, que en muchos casos no fue acompañada de la correspondiente transferencia de ingresos para su financiamiento. Esta quedó a cargo de cada jurisdicción que en base sus propias posibilidades y a los recursos disponibles destinó fondos al subsistema de salud.

Se ha planteado que en la Argentina la descentralización de la atención pública de la salud se extralimitó. No sólo fue implementada sin grandes precisiones respecto de las atribuciones de cada nivel de poder, sino que además no concibió sólidos mecanismos de coordinación horizontales y verticales y fue más lejos en sus resultados de lo que un país como la Argentina requiere. Esto tuvo como resultado, que cada una de las provincias configuraran un sistema de salud diferente y por otro lado, que la autoridad central se debilitara frente a las autoridades provinciales que conservaron un enorme poder de veto. La gran cantidad de jurisdicciones plantea importantes dificultades para la política de conjunto. También se ha argumentado que la situación de fragmentación resultante de las características de los actores propios del sector se vio acentuada como producto de las reformas de los últimos años (Potenza, 2005:7). En particular, por la incipiente autonomía que adquieren los hospitales a partir de las Leyes Provinciales y la Autogestión. Como resultado de la configuración previa de cada subsistema de salud provincial y de la política sectorial adoptada en respuesta al proceso de transferencia –y ante la ausencia de coordinación desde el nivel central- se produjo una gran heterogeneidad de respuestas tanto a nivel provincial como municipal. Esto provocó que se acentuaran las diferencias que existían antes de la descentralización.

### 3. Gasto del Subsistema público de salud y en APS

El subsistema público de salud se financia con recursos provenientes de rentas generales que son fijados anualmente en los presupuestos públicos de cada jurisdicción. En el país existe recaudación de impuestos tanto en los niveles subnacionales (en cada provincia o municipio) como en el nivel nacional. Parte de lo recaudado a nivel subnacional debe ser consolidado con la recaudación nacional y luego coparticipado. La Ley 23.548 de 1988 determina que un 57.66% de esa recaudación sea distribuida a cada provincia y a la Ciudad de Buenos Aires a través de un mecanismo de Coparticipación Federal<sup>1</sup>.

La fórmula de reparto de la coparticipación federal no considera variables relacionadas con las necesidades en salud de la población o el desempeño del sector. Tampoco hay legislación que exija una determinada destinación específica (“earmarking”) para los recursos de salud. Es decir, cada provincia tiene la potestad de definir que porcentaje de su presupuesto (y de los recursos coparticipados) gastará en salud. En consecuencia, una vez que recaudó sus impuestos locales y recibió su porción de rentas coparticipadas, cada provincia decide qué presupuesto asignar a la salud pública. Esto se traduce en fuertes diferencias en las ofertas de salud entre ellas (y a veces a su interior mismo). El gasto provincial en salud varía entre provincias desde menos del 8% hasta 28% del gasto provincial total.

#### 3.1 Gasto público en salud

En el año 2003 el gasto público total en salud en Argentina alcanzó los 7.024 \$ millones de pesos. Esto representa un cuarto del gasto total en salud del país, 1,5% del PIB y aproximadamente 185,5\$ por habitante. La fuente de información utilizada para obtener el gasto público en salud son las estadísticas elaboradas por la Oficina de

---

<sup>1</sup> Las excepciones principales a la regla según la cual todos los impuestos nacionales existentes o a crearse son distribuidos son los aranceles aduaneros (que de acuerdo con la Constitución corresponden solo a la Nación) y los aportes y contribuciones a la Seguridad Social (que se recaudan con la función específica de financiar sus prestaciones). En 1992, con la Ley 24.049, el Poder Ejecutivo Nacional comenzó a transferir una cuota fija mensual adicional a lo previsto por el régimen de coparticipación. Las provincias reciben - también- del gobierno nacional los Aportes del Tesoro Nacional, que son la principal fuente de asignaciones no automáticas a las provincias fondeadas. Dichos aportes se transfieren de manera discrecional.

Gasto Social Consolidado que funciona dentro de la Secretaría de Política Económica perteneciente al Ministerio de Economía de la Nación. Se cuenta con estadísticas una serie que comienza en el año 1980 y llega hasta 2003, donde el gasto público se abre según niveles de gobierno: gasto realizado por el Ministerio de Salud, gasto de los Ministerios y Secretarías Provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y el gasto de los Gobiernos Municipales. Para lograr una actualización de estos datos se realizó una estimación del gasto público en salud al 2004<sup>2</sup>.

Como se puede observar en la siguiente tabla el gasto público en salud alcanzó durante el año 2004 un monto de \$8.350 millones, y muestra, a precios corrientes, una tendencia claramente creciente. Por otro lado, cuando se analiza su composición, se verifica que la participación de cada nivel de gobierno en el gasto público en salud presenta una relativa estabilidad. Las provincias son responsables por el 70% del gasto público total en salud al tiempo que el 30% restante del gasto se dividiría en partes iguales entre la Nación y los gobiernos municipales. Cabe señalar que el presupuesto nacional creció algunos puntos en su participación al haber duplicado su asignación a la finalidad salud en 2004 en comparación con 2001.

**Cuadro 1. Evolución del Gasto Público en Salud según nivel de gobierno. 2000-2004.** En Millones de Pesos corrientes.

Año	Nación	Participación	Provincias	Participación	Municipios	Participación	Total
2000	827	14,4%	3.971	69,3%	929	16,2%	5.726
2001	759	13,4%	4.015	70,6%	911	16,0%	5.686
2002	916	15,6%	4.073	69,4%	876	14,9%	5.865
2003	1.304	18,6%	4.722	67,2%	999	14,2%	7.024
2004	1.371	16,4%	5.760	69,0%	1.219	14,6%	8.350
		<b>16,1%</b>		<b>69,0%</b>		<b>15,2%</b>	

Fuente: Elaboración Propia con base en Oficina de Gasto Social Consolidado (Secretaría de Política Económica - Ministerio de Economía de la Nación).

### 3.2 Gasto Público en Atención Primaria de la Salud

Se ha estimado en 1.988 \$millones (ó 23,8% del gasto publico total) al gasto público en Atención Primaria de la Salud de Argentina, considerando que este engloba todos los programas de inmunizaciones, atención materna e infantil, medicamentos esenciales, educación sanitaria, abastecimiento de agua y saneamiento básico, y en general todas las acciones de promoción y prevención de la salud.

Si se analiza las participaciones de este gasto por nivel de gobierno se encuentra que los gobiernos municipales serían responsables del 61,3% del total del gasto en APS, seguidos por las provincias con un 25,4%, y finalmente la Nación que sería responsable del 19,3% del gasto.

**Cuadro 2. Gasto Público en Atención Primaria de la Salud según nivel de gobierno. Año 2004.** En Millones de Pesos corrientes.

Año	Nación	Part.	Provincias	Part.	Municipios	Part.	Total
Gasto Total en Salud	1.371	16,4%	5.760	69,0%	1.219	14,6%	<b>8.350</b>
Gasto en APS	<b>265</b>	13,3%	<b>505</b>	25,4%	<b>1.219</b>	61,3%	<b>1.988</b>
<b>% APS / Total</b>		<b>19,3%</b>		<b>8,8%</b>		<b>100%</b>	

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Oficina de Gasto Social Consolidado y desagregado de presupuestos provinciales.

En conclusión, incrementar la participación en la financiación de la APS y en especial el referido al nivel de Nación presenta una serie de ventajas. En primer lugar, se trata de la estrategia que permite obtener un mayor rendimiento en las inversiones sanitarias. En segundo lugar, como se ha demostrado a través del análisis de la oferta de infraestructura, recursos humanos y cobertura poblacional, los servicios de APS resultan más propicios para conquistar una mayor equidad en el acceso y los resultados sanitarios. En tercer lugar, el gasto desde el gobierno nacional detenta una enorme capacidad de instaurar un modelo de atención adecuado. En otras palabras, ayudaría

<sup>2</sup> Con el objetivo de actualizar la información disponible, se realizó una estimación de las erogaciones en salud por nivel de gobierno para el año 2004. La metodología seguida para proyectar el gasto a nivel nacional utiliza como fuente las cifras correspondientes al rubro Salud de las estimaciones de ejecución presupuestaria de la Oficina Nacional de Presupuesto. A nivel provincial la proyección de las erogaciones para el mencionado año se realizan en base a las estimaciones de ejecución presupuestaria de la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias. Finalmente, a nivel Municipal la proyección se basa nuevamente en la información provista por la Dirección Nacional de Coordinación Fiscal con las Provincias, aunque en este caso los datos son de carácter más provisorio.

a fortalecer la función rectora y reguladora del MSAN, priorizando la optimización de la capacidad de respuesta del sistema organizando la red de atención desde abajo hacia arriba. Esto ha sido asumido por el Plan Federal de Salud. Por otro lado, el incremento de la APS representa también una oportunidad para municipalizar los servicios de salud y de este modo sumarse a la tendencia descentralizadora existente en América Latina.

#### 4. Estado de la oferta de salud

##### 4.1 Recursos humanos

El país cuenta con una importante cantidad de recursos humanos trabajando en el área de salud. Para el año 1998 se estimó que el número de personas rondaba unas 440 mil personas, de los cuales los médicos representaban el 25%, las auxiliares de enfermería y empíricos el 13 % y el 10% los psicólogos<sup>3</sup>. Del total de recursos humanos del área de salud, aproximadamente un 40% se desempeña en el subsistema público (Novick y Galín, 2001).

Argentina es uno de los países con mayor oferta de médicos en el mundo y el tercero en el continente americano (superada solo por Cuba y Uruguay). En total ejercen en el país más de 120 mil médicos (Abramzón, 2005). Pero lo más significativo es la tasa de crecimiento de la oferta de médicos<sup>4</sup>. Entre 1980 y 2001 la población del país creció un 32% mientras que la cantidad de médicos creció un 242% pasando la razón de médicos cada diez mil habitantes de 12,6 a 32,6.

Si se considera solo al subsistema público, la disponibilidad de médicos también es alta. Un estudio oficial sobre base muestral estimó que el 30% de los cargos en el sector público del total de cargos (78.064 sobre un total de 263.356) estaban ocupados por médicos<sup>5</sup>. Según el catastro de recursos de salud de 2001 en ese año trabajaban en el sector público 78.064 médicos. El número más que se duplicó en relación al mismo estudio realizado sobre la base del catastro de 1980 cuando ejercían en el sector público unos 35.452 médicos creciendo muy por encima de la capacidad instalada. La razón de médicos del subsistema público por cada diez mil habitantes es de 21,7 si se considera a la población total del país, de 44,8 si se considera exclusivamente a quienes no disponen de cobertura de seguros médicos y de 123 si se considera solo a los pobres estructurales (NBI).

Esta disponibilidad no es similar en el caso de los enfermeros y enfermeras. En la misma fuente se censaron 71.734 cargos totales. De este personal, los auxiliares constituyen el 73% del total. Así mismo, sólo el 2,4% de los cargos de enfermería corresponden a licenciados y el 4,3% a enfermeros universitarios. Por otra parte, este valor indica que la relación enfermero por médico para el conjunto de los cargos relevados es de 0,9%.

Como ocurre con todos los indicadores socioeconómicos, las cifras nacionales esconden grandes inequidades regionales. Así mientras que la razón de médicos cada diez mil habitantes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires supera los 100 en la provincia de Formosa apenas se aproxima a 14. La distribución de odontólogos es aún más desigual, mientras que el promedio nacional en 1998 era de un odontólogo cada 1.267 habitantes, en la Ciudad de Buenos Aires se registraba un odontólogo cada 367 habitantes y en Tierra del Fuego uno cada 4.279 habitantes.

En el caso particular de la red pública de Atención Primaria de la Salud la distribución de los médicos resulta mucho más equitativa. En total ejercen unos 21.592 médicos en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de todo el país. Esto representa un 17,8% del total del país y un 28% de la dotación total de médicos del subsistema público. Cuando se considera la Razón de Médicos cada 10 mil habitantes, la media

---

<sup>3</sup> El citado estudio muestra una fuerte variación según fuentes y registros. Así, para la Encuesta de Gastos de Hogares (ENCGH) de 1996/97 con una cobertura del 95%, del total urbano, la cifra de trabajadores en el ámbito de salud y servicios sociales alcanzaría a 614 mil ocupados. En cambio, para la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) con una cobertura del 66% de las áreas urbanas, la totalidad ascendería a 465 mil en el año 2000. Para el personal afectado a salud definido en forma restringida, la cifra sería de 406 mil. Si se considera esta información según el EPH, el personal afectado a salud representaría entre el 5 y un 6% sobre el total de la población PEA.

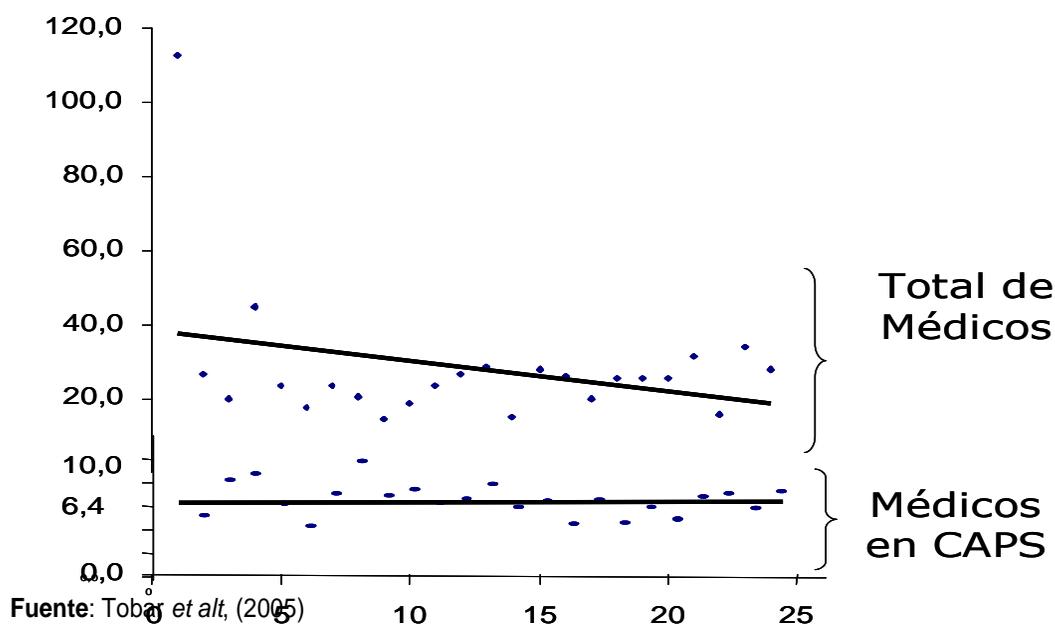
<sup>4</sup> Cada año egresan de las 26 escuelas de Medicina del país alrededor de 4.500 médicos de los más de 60 mil matriculados (González García y Tobar, 2004, página 310)

<sup>5</sup> Un estudio del MSAN sobre una muestra de trece provincias, nueve departamentos de capitales de provincia, todos los establecimientos oficiales de Mendoza y los establecimientos con internación de la provincia de Buenos Aires (Abramzón, 2002).

se sitúa en 6,4 pero con muy leves dispersiones entre provincias. Así, la distribución de médicos en CAPS corrige la desigual distribución de médicos totales entre provincias. Por ejemplo, mientras la Ciudad Autónoma de Buenos Aires detenta sólo 1,6 médicos en CAPS cada 10 mil habitantes, mientras que en Formosa asciende a 6,9<sup>6</sup>. El Gráfico 1 representa la dispersión de médicos por provincia comparando las razones totales con las correspondientes a médicos de APS. Una distribución equitativa sería aquella que registrar una razón de médicos cada 10 mil habitantes igual en todas las jurisdicciones y en el gráfico se representaría como una recta sin pendiente.

Sin embargo, se puede verificar que la razón total de médicos cada 10 mil habitantes se distribuye de forma heterogénea, presentando una pendiente negativa, mientras que el mismo indicador para APS presenta una dispersión mucho menor y su función es una recta acostada.

**Gráfico 1. Argentina. Dispersión de la Tasa de Médicos cada 10 mil habitantes totales y en Centros de Atención Primaria según provincias. 2004**



En conclusión, los mayores desafíos en la gestión de los Recursos Humanos del subsistema público de salud involucran objetivos como lograr una distribución más racional de los mismos en términos de profesiones y especialidades, más equitativa en términos regionales y funcional al desempeño de los servicios en términos de producción, calidad y resolutivez. Tales objetivos han sido identificados como parte de las funciones esenciales de la Salud Pública. Alcanzarlos requiere implementar mecanismos político-técnicos que definan aspectos relacionados con la identificación de necesidades de recursos humanos y programación, la dotación de dichos recursos, la gestión del desempeño y la gestión de las relaciones de trabajo y administración de personal<sup>7</sup>. El carácter federal del país complejiza los procesos de planificación, gestión y regulación como mecanismos conductores de una política de Recursos Humanos en Salud y demanda mecanismos concertados por los Ministerios de Salud nacional y provinciales.

#### 4.2 Capacidad instalada

Argentina también es uno de los países de la región con mayor infraestructura pública en salud. En el país hay 1.319 hospitales públicos, de los cuales solo seis aún permanecen en la esfera nacional, un millar pertenecen al ámbito provincial y el resto al municipal. Los mismos totalizan alrededor de 75.000 camas disponibles. Además, la red pública cuenta con 5.413 establecimientos sin internación denominados Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS).

**Cuadro 3. Argentina. Capacidad instalada del Subsistema Público de salud. 2005**

Hospitales		Camas disponibles		CAPS	
Total	Cada 100 mil	Total	Cada 100 mil	Total	Cada 100 mil

<sup>6</sup> Si se considera solo a la población sin cobertura de seguros médicos, la razón de médicos de APS cada 10 mil habitantes se duplica y su distribución resulta más equitativa aún. Es decir, es mayor en las provincias donde hay más población sin cobertura de seguros. Cf Tobar, *et al* (2005)

<sup>7</sup> OPS/OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de la Gestión de los Recursos Humanos en el sector de la Salud. 43er. Consejo Directivo. 53ª. Sesión del Comité Regional. CD43.R6.

		habitantes		habitantes		habitantes
<b>Total del país</b>	<b>1.319</b>	<b>3,6</b>	<b>76.885</b>	<b>212,0</b>	<b>5.413</b>	<b>14,9</b>
Ciudad de Buenos Aires	29	1,0	8.430	303,7	49	1,8
Buenos Aires	329	2,4	26.900	194,5	1.477	10,7
Catamarca	39	11,7	916	273,8	85	25,4
Chaco	53	5,4	1.819	184,8	130	13,2
Chubut	29	7,0	925	223,8	92	22,3
Córdoba	140	4,6	6.302	205,5	540	17,6
Corrientes	57	6,1	2.251	241,8	202	21,7
Entre Ríos	69	6,0	4.320	373,0	269	23,2
Formosa	35	7,2	1.034	212,5	78	16,0
Jujuy	24	3,9	1.643	268,5	144	23,5
La Pampa	35	11,7	821	274,3	67	22,4
La Rioja	24	8,3	679	234,2	66	22,8
Mendoza	24	1,5	2.464	156,0	285	18,0
Misiones	41	4,2	1.455	150,7	193	20,0
Neuquén	30	6,3	1.057	222,9	89	18,8
Río Negro	30	5,4	1.196	216,3	125	22,6
Salta	56	5,2	2.640	244,7	199	18,4
San Juan	14	2,3	1.064	171,6	94	15,2
San Luis	22	6,0	735	199,8	66	17,9
Santa Cruz	14	7,1	615	312,2	31	15,7
Santa Fe	137	4,6	5.307	176,9	560	18,7
Santiago del Estero	53	6,6	1.775	220,6	284	35,3
Tierra del Fuego	2	2,0	187	185,0	12	11,9
Tucumán	33	2	2.350	176	276	21

Fuente: MSAN (2003), PROAPS - Remediar (2005) - INDEC (2002)

Como se demuestra en el cuadro 3, aunque la capacidad instalada es en su conjunto significativa, las diferencias provinciales son enormes. En efecto la disponibilidad de camas por habitante es en Entre Ríos más que el doble de la provincia de Misiones. No ocurre lo mismo con los CAPS, aunque la dispersión es grande, la misma responde básicamente a la alta tasa de población urbana en Ciudad de Buenos Aires y en el Conurbano Bonaerense, que resultan subrepresentadas. Por ello se puede afirmar que la distribución es más equitativa, debido a que responde a las necesidades de la población.

En conclusión, el país en general y su subsistema público de salud en particular dispone de una capacidad instalada amplia, al menos en términos comparativos a otros países de la región. Por otro lado, aún presentando disparidades, la distribución de CAPS es mucho más equitativa que la distribución de Hospitales lo cual transforma a la estrategia de APS en una intervención especialmente adecuada para corregir inequidades en el acceso y resultados de salud.

Sin embargo, el panorama hasta aquí descripto no considera dos grandes problemas del subsistema público de salud. Uno es el deterioro de la infraestructura y el otro un irregular funcionamiento en red. Es decir, este análisis no discrimina por el estado de conservación de los establecimientos ni distingue correctamente sus niveles de resolutivez. Un análisis adecuado de la capacidad instalada sanitaria en cada jurisdicción debería discriminar las necesidades de inversión para equipar la oferta disponible no solo desde el punto de vista del acceso geográfico sino también desde una perspectiva de organización de redes. Otra cuestión importante que no es considerada aquí es la calidad de atención, que requiere un abordaje médico y sanitario más específico.

##### 5. Situación actual de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS)

En su mayoría, los efectores pertenecientes a la red pública de APS cuentan con cuatro especialidades básicas: clínica médica, pediatría, obstetricia y ginecología. Actualmente los centros de atención primaria atienden la demanda espontánea de la población. A esto contribuye, por un lado, que la atención pública en general tiene un carácter universal, por el cual cualquier persona tiene derecho a acceder a los servicios ofrecidos por los distintos efectores de salud tanto del nivel nacional, provincial como municipal. Por otro lado, los centros de salud no tienen desarrollado un sistema que permita asignar una población de referencia al CAPS. Por este motivo se desconoce la población potencial que se podría atender en el centro, dado que no hay impedimentos

a que cualquiera puede atenderse en cualquier lugar. Desde el punto de vista de la planificación de los centros esto constituye una gran debilidad y genera incertidumbre, en virtud de que la cantidad de población que se atenderá es un dato aleatorio que dependerá de variables que el centro no puede manejar. Es decir no tiene una población cierta a la cual atender, responsabilizarse y que esa población pueda tener como referencia.

Lamentablemente, esta situación que expresa deficiencias en la coordinación intra y extrasectorial se ha presentado recurrentemente en casi todos los países de América Latina. Al analizar el desarrollo y responsabilidades que han tenido los centros de atención primaria en la articulación de las políticas de salud de nuestro país es necesario señalar el lugar de relevancia que fueron cobrando los municipios en el desarrollo de sus sistemas locales de salud. El mayor peso específico que han ido cobrando estos actores se explica en parte, dentro de un contexto de mayor complejización y crisis social. Esta obligó a que los municipios tuvieran que dar respuesta a crecientes demandas de atención de salud por parte de la población, que fueron canalizadas mediante el desarrollo de centros dedicados a la atención primaria. Datos aportados por una evaluación del SIEMPRO realizada en centros de salud en donde opera el Programa Remediar confirman que la elección del primer nivel de atención asegura una correcta focalización por ingresos, dado que al mismo concurre la población de bajos recursos que se encuentra bajo línea de pobreza.

Sin embargo esta creciente gravitación que ha tenido la atención primaria dentro de los municipios, no se ha visto acompañada de una planificación en la apertura y distribución geográfica de los centros que se ajuste a los requerimientos y necesidades sanitarias de la población. Esto redundó en una superposición de recursos y atención aislada en otros. La heterogeneidad de modalidades de intervención obedece en gran parte al resabio de distintos programas patrocinados desde el nivel central. No obstante se observa que la totalidad de este nivel se encuentra conducido por los municipios.

En relación a la atención de salud de la red pública de APS se cuenta con información referida a la provincia de Buenos Aires que sirve como referencia para dar cuenta de la situación del estado de la atención de salud en el nivel primario. En 1998 un estudio de la consultora Graciela Römer & Asociados realizó una encuesta a usuarios de hospitales de la provincia mencionada, entrevistando a 3000 pacientes ambulatorios y familiares acompañantes de personas internadas de 20 hospitales seleccionados. Entre sus principales resultados se obtuvo que la mayor parte de los pacientes (87%) concurre directamente al hospital sin recurrir previamente a los centros de atención del primer nivel de atención. Esto obedecía fundamentalmente a dos razones: a) desconocimiento y b) mala atención en los centros de salud barriales. Además, 2 de cada 3 pacientes eran derivados desde el centro de salud al hospital.

Otro problema importante es el de la gestión de los recursos humanos. Se percibe un progresivo desprestigio de los efectores de primer nivel entre otras cuestiones debido a: reducidos horarios de atención y mal cumplimiento de los horarios; alta rotación de los profesionales, lo que deriva en discontinuidad en los días asignados para la atención<sup>8</sup>. En este tema es importante señalar que existe una amplia percepción entre los profesionales, ligados a los centros de salud de estar en una situación de desventaja en cuanto a oportunidades de progreso y capacitación respecto de aquellos que actúan en el ámbito hospitalario.

Es observable del mismo modo, una deficiente función orientadora de pacientes desde los centros de salud a los hospitales y viceversa, de manera de incumplir con el principio de continuidad del sistema. En general los médicos del primer nivel están desjerarquizados en el ámbito hospitalario por lo que los pacientes que son derivados tienen que repetir consultas externas hospitalarias antes de realizar estudios especiales o ingreso al área de internación. En esta línea, se comprueba que es ínfima la derivación de pacientes desde los especialistas hacia los médicos del primer nivel. A esto se suma que en la mayor parte de los municipios no existe un sistema organizado y normatizado de referencia y contrarreferencia, que contemple la obtención de cupos de turnos y de prácticas médicas en efectores de mayor complejidad que posibilite un mayor aprovechamiento de los recursos en los distintos niveles de atención. Esto, a su vez, permitiría que los consultantes que deban realizar un estudio o una interconsulta en otro efector ya sean referenciados desde el mismo centro y no queden a la deriva a la búsqueda de turnos.

## 6. Iniciativas públicas en APS

---

<sup>8</sup> Es común encontrar profesionales que deben distribuir sus horas contratadas en dos o tres o más centros de salud.

La estrategia de APS ha tenido un impulso fundamental a partir de la presentación a mediados del año 2004 del Plan Federal de Salud (PFS). Este compromiso firmado y consensuado por el MSAN junto con todos los gobernadores y ministros de salud provinciales pone a la atención primaria en el centro del sistema de salud. Este Plan tiene un enfoque centrado en la prevención de enfermedades y en la promoción de la salud y establece la conformación de redes que permitan la integración entre los distintos niveles de complejidad, asegurando que la población acceda a servicios de calidad y acorde a sus necesidades. La extensión de esta red abarca a la totalidad del país garantizando la posibilidad de acceder desde cualquier lugar del territorio nacional.

Uno de los principales objetivos del Plan es que toda la población tenga una cobertura de salud con prestaciones médicas adecuadas. La red tiene su actor principal en los CAPS que tendrán a su cargo una población definida sobre la cual asumirían la responsabilidad de atender y responder a sus necesidades específicas. La población asignada estará identificada individualmente con el fin de conocer su estado de salud, garantizar una correcta atención, implementar políticas de fomento de hábitos y prácticas saludables y proveer los medicamentos o insumos necesarios para alcanzar un nivel óptimo de salud.

Anteriormente, ya se había dado un paso importante hacia el fomento de la atención primaria mediante el decreto 486 de 2002 que establece la Emergencia Sanitaria Nacional, la cual registró un cambio de timón tanto en el rumbo de las políticas de salud como en las relaciones intergubernamentales. Asumió como principales objetivos asegurar el acceso a bienes y servicios de salud pero operó un conjunto de transformaciones sobre el sector. En primer lugar, al instaurar una Política Nacional de Medicamentos (PNM) absolutamente centrada en el acceso. En segundo lugar, al reorientar los créditos internacionales. En tercer lugar, al rediseñar políticas nacionales asumiendo la APS, la promoción y la prevención como prioridades.

En cuanto a la Política Nacional de Medicamentos, el Decreto 482/02 establece la obligatoriedad que en las recetas médicas se consigne el nombre genérico de los medicamentos y habilita a los farmacéuticos a sustituir los medicamentos de una marca por otra que contenga el mismo principio activo en el mismo dosaje y en presentaciones equivalentes. El mismo fue convalidado por el congreso nacional y el 28 de agosto de 2002 fue sancionado como en Ley nacional (No. 25.649) con unanimidad de votos. Esto tuvo un efecto directo sobre los precios de los medicamentos dado que a partir de junio de 2002 se registró un punto de inflexión pues comenzaron a estabilizarse, mostrando en algunos casos incrementos inferiores a los del índice de precios al consumidor. Por otro lado, una encuesta nacional de utilización de medicamentos realizada de forma periódica demuestra que la proporción de recetas que incluye el nombre genérico del medicamento ascendió inmediatamente después de sancionada la Ley a un 57% llegando en el 2005 a un 78% (CONAPRIS, 2005).

En el contexto de emergencia sanitaria fueron reorientados los programas con financiamiento externo para alcanzar los objetivos asumidos en el Decreto 486/2002. En todos los casos se priorizó la adquisición de insumos a través de licitaciones públicas internacionales. En este contexto el cambio más significativo fue el desarrollo del Programa Remediar, otro componente clave de la PNM asumido en el mismo decreto de emergencia, desde el marco del Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud (PROAPS) y que es financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo. Este programa se encarga de la provisión gratuita de medicamentos esenciales y de fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, que constituye una estrategia central del MSAN. Ideado para enfrentar la emergencia social y sanitaria, busca garantizar a la población el acceso a medicamentos esenciales que dan respuesta a la mayoría de los motivos de consulta médica más frecuentes en APS. Hasta la fecha se han incorporado 5.413 Centros de Atención Primaria al programa reciben botiquines con medicamentos esenciales. La experiencia de su construcción y monitoreo en el ámbito del COFESA resulta un antecedente clave para el desarrollo de otras políticas. Remediar fue el primer programa nacional en proveer información mensual sobre su funcionamiento discriminada por provincia en cada reunión del COFESA.

En la actualidad existen tres proyectos de cooperación con la Unión Europea o con sus países miembros. Uno es con la República de Italia para adquisición de equipamiento biomédico y vehículos sanitarios para hospitales, unidades sanitarias, bancos de sangre, etc., de todo el país. El programa también contempla la ampliación y/o refacción de infraestructura física asociado a la instalación del equipo. El mismo dejó otro aporte en términos de cooperación intergubernamental en salud ya que la distribución de los recursos se hizo en el ámbito del COFESA guiada por criterios para estimar necesidades sanitarias. Otro es con financiación española - el Programa PRO-CEFHA - y sirve para cubrir necesidades en las áreas de desarrollo social, salud y educación. El programa beneficia el nivel hospitalario, y atiende a algunas de las provincias del norte: Catamarca (1.18% del total), Chaco (3.61%), Jujuy (2.27%), Misiones

(2.85%), Tucumán (3.30%). El tercer proyecto es el FAPS (Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de Salud) tiene como objetivo “Fortalecer el modelo de gestión y atención de salud pública en siete provincias del NOA y NEA de Argentina, en un período de cuatro años, mediante la estrategia de Atención Primaria de Salud”. Para alcanzar este objetivo se han establecido tres componentes principales: Fortalecimiento institucional de los Sistemas Público de Salud de las Provincias, Fortalecimiento de la Red de Atención Primaria de Salud y Desarrollo e implementación de estrategias de prevención y promoción de la Salud (Fernández-Arche & Vivas, 2005)

Otro programa que tiene financiamiento externo – Banco Mundial - es el Programa de Inversión en Salud Materno-infantil Provincial (PISMIP), también conocido como Plan Nacer Argentina. Este programa se focaliza en implantar un Seguro Nacional de Maternidad e Infancia a nivel provincial de provisión pública y privada siguiendo los lineamientos utilizados por el BM en otros países, a saber: a) un Conjunto Básico de Prestaciones (CBP) similar, b) consolida un fondo fiduciario que distribuye incentivos financieros a los servicios, c) despliega acciones focalizadas (asumiendo como imagen objetivo cubrir a un máximo de 16% de la población del país), d) impulsa experiencias pilotos que se espera luego puedan ser sustentadas y expandidas con recursos locales.

El cuadro 4 resume los proyectos en el sector salud y especifica cuales tiene como eje central la estrategia de APS.

**Cuadro 4. Resumen de los proyectos de salud del nivel nacional y con orientación hacia la APS.**

<b>Programas</b>	<b>APS</b>
Programa Materno Infantil y Nutricionales (PROMIN).	X
Proyecto de Desarrollo del Sector Salud en las Provincias (Pressal)	
Programa de Reforma de la Atención Primaria de Salud-REMEDIAR (Proaps)	X
Programa de Reconversión del sistema de seguro de Salud. (Presss) <sup>9</sup>	
Programa de Reconvención de Obras Sociales. (Pros)	
Programa Nacional de Garantía de Calidad.	
Programa Nacional de Médicos para la Atención Primaria de la Salud (PROMAPS)	X
Proyecto de Vigilancia de la Salud y Control de enfermedades-Vigi-A	
Programa de Vigilancia y Control del Aedes Aegypti	
Programa Nacional de Control de Paludismo	
Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)	
Programa Control de Chagas.	
Programa de Control de Lepra.	
Programa de lucha contra los retrovirus del humano VIH-SIDA y ETS <sup>10</sup>	X
Programa de Inmunizaciones.	
Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares.	
Programa Nacional para la prevención del Cáncer.	
Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes. Mellitus (PRONADIA)	
Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Población INDÍ-GENAS (ANAHI)	X
Programa Nacional de Riesgos Químicos.	
Prevención de Riesgo por Sustancias Químicas	
Programa Carmen- CINDI (OPS-OMS)	
Subprograma Banco Nacional de Drogas Antineoplásticas.	
Promoción de Conductas Saludables Prevención de Accidentes (prevención de Ac-cidentes de la Infancia; Seguridad Vial)	
Programa de Prevención y Control del Tabaquismo.	
Banco Nacional de Datos Genéticos	
Programa de Prevención y Control de Intoxicaciones.	
PROCEFHA	X
Cooperación Italiana	X
FAPS	X
PISMIP "Plan Nacer Argentina"	X

Fuente: Elaboración propia

Existen algunos programas nacionales que durante los últimos tres años han sufrido reformulaciones enfatizando las acciones de promoción y prevención, fortaleciendo la estrategia de APS y, en particular, operando cambios en las modalidades de trabajo entre los gobiernos nacionales y provinciales. Entre estos se puede mencionar los siguientes:

- el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y los programas de Salud Integral del Niño y de Salud Perinatal, que se centran en la normatización, capacitación de los equipos de salud, el fortalecimiento de la referencia y la contra-referencia, y la provisión de insumos. Promueve también la articulación entre niveles y jurisdicciones y realiza acciones de comunicación social y educación para la sa-

<sup>9</sup> Este programa basa su modelo prestador para la asistencia de los beneficiarios del Seguro en la atención primaria de la salud.

<sup>10</sup> El programa se subdivide en dos componentes: provisión de drogas a enfermos de VIH y el de prevención, que está dirigido en parte a la APS, con la entrega de preservativos, folletos e información.

lud. En el marco de la estrategia de Atención Primaria de la salud estos programas adquieren y distribuyen a las provincias leche en polvo fortificada; medicamentos e insumos; anticonceptivos hormonales orales e inyectables y dispositivos intrauterinos.

- el Programa Nacional de Lucha contra las I.T.S. y Sida ha fortalecido durante los últimos años sus funciones de prevención dirigidas a la población en general y de los grupos vulnerables en particular; promueve que las personas afectadas sean atendidas por las enfermedades comunes en los Centros de Atención Primaria, e impulsa el análisis voluntario y con consentimiento escrito para toda mujer embarazada.

- el Programa de Médicos Comunitarios impulsada por el MSAN consistió en utilizar los profesionales de APS financiados por el MSAN para reorientar el modelo de atención en APS centrándolo en los CAPS (ya que al comienzo los médicos no atendían en centros de salud) y desde un enfoque de salud comunitaria. Para ello en el año 2004 se inició el Posgrado en Salud denominado "Programa de Salud Social y Comunitaria" ó Programa Médicos Comunitarios dictado a través de convenios con 17 universidades. La formación busca reconvertir al recurso humano, orientando su práctica hacia la Atención Primaria de la Salud, resolución de problemas locales y trabajo con la comunidad. Esto se enmarca en la concepción de optimización de la salud comunitaria, a partir de una mejor articulación entre los procesos de formación permanente del profesional del área de la salud y las necesidades del sistema sanitario.

- El programa de Centros Integradores Comunitarios (CICs) que involucra a cuatro Ministerios: Trabajo, Desarrollo Social, MSAN y Planificación Federal e Inversión Pública. Está prevista la construcción y puesta en funcionamiento de 500 CICs, de los cuales 99 se ubican en las regiones del NEA y NOA. Se incluyen entre sus actividades: prevención y promoción de la salud, capacitación en gestión, fortalecimiento de RRHH en salud, auto producción y micro emprendimientos, talleres de capacitación laboral, clases de apoyo escolar, seguridad alimentaria, actividades recreativas, exposiciones artísticas, etc.

Por último, al referirnos a las lecciones en la articulación federal y aunque no constituye un programa concreto merece mención la inclusión en el Plan Federal de Salud de la figura de un Fondo Federal Compensatorio que integrará la contabilidad de los recursos transferidos a las jurisdicciones provinciales buscando compensar las desigualdades. El financiamiento que ofrece el Presupuesto de la Administración Nacional destinado a políticas compensatorias no ha respondido hasta ahora a una lógica explícita y articulada y, adicionalmente, alcanza un monto claramente insuficiente para afrontar los desafíos que enfrenta un sistema de salud en un país de desarrollo productivo tan desperejo. La reversión de este cuadro de situación, partiendo de una coyuntura dominada por una fuerte restricción fiscal, obliga a la búsqueda de fuertes consensos entre la Nación, las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que, además de abarcar los lineamientos de las políticas tendientes a lograr una mayor equidad regional, también consideren su financiamiento. Por este motivo el PFS propuso constituir un fondo para el financiamiento de políticas compensadoras en salud. Un prerrequisito esencial en esta estrategia es el compromiso, por parte de las provincias, del mantenimiento del porcentaje de sus gastos destinados a la salud pública. De otra manera, se correría el riesgo de que alguna jurisdicción utilice los fondos de compensación en reemplazo de una porción de su propio presupuesto provincial (*Fly paper effect*).

## 7. Conclusiones

El sistema de salud tuvo un punto importante de inflexión en su evolución e implicancias al producirse la descentralización de los hospitales públicos a las provincias. La implementación se produjo sin una sistematización y organización de las transferencias, ni por parte del estado nacional ni por los estados provinciales. Las jurisdicciones empezaron a tener la responsabilidad de los servicios transferidos, sin tener en muchos casos, los correspondientes fondos financieros para un correcto funcionamiento de los mismos.

La atención primaria de la salud, que siempre fue responsabilidad de las jurisdicciones, también estuvo afectada por este proceso de descentralización. A la mayor carga de responsabilidades y a las limitaciones financieras se sumó la fuerte desarticulación entre los diferentes niveles de atención. Los factores que influyeron en el desarrollo de atención primaria son variables que tienen un grado de heterogeneidad importante a nivel de las jurisdicciones y en parte acentúan los niveles de inequidad: a) la variabilidad y dispersión de los gastos, la per capita a nivel provincial, debido a la asignación presupuestaria b) la distribución interna de los recursos humanos y las especialidades entre las mismas que se encuentra limitada por la estructura de la oferta de los médicos y la especialidades c) las estructuras de los sistemas (???) que hacen muchas veces dificultoso la implementación de sistemas de referencia y contrarreferencia, que

impiden la jerarquización del primer nivel de atención, postergado en pos de la atención hospitalaria, d) la diferencia de la capacidad instalada.

Por lo dicho anteriormente, las diferencias implican inequidades que se van acentuando, por lo que es necesario implementar políticas a nivel nacional que permitan mejorar el acceso y encontrar mecanismos que permitan identificar las necesidades de recursos humanos. Todo esto con el fin de determinar las necesidades tanto en la cantidad y calidad de los mismos, incentivar e implementar redes de referencia y contrarreferencia.

A nivel nacional las políticas implementadas hasta el momento apuntan a mejorar el acceso de medicamentos -Programa REMEDIAR- y a mejorar la calidad y cantidad de los recursos humanos – Programa de Médicos Comunitarios-. Entre las actividades pendientes a desarrollar están:

- incrementar el prestigio del personal de salud de los centros. Los profesionales se sienten aislados en cuanto a capacitación y oportunidades de progreso con respecto a los profesionales que actúan en el ámbito hospitalario;
- armado de redes con otros niveles;
- fomento de la cultura de prevención;
- mayor provisión de insumos y equipamiento;
- capacitación en gestión y organización de los centros;
- mejoramiento de la equidad;
- calidad de servicios.

## Bibliografía

1. ABRAMZÓN, Mónica. "Elaboración de datos sobre Recursos Humanos en Salud tomando como base el Catastro de Establecimientos y Recursos de Salud de 1998". Ministerio de Salud de Nación. 2005.
2. ANIGSTEIN, Carlos "¿Cuál es nuestra prioridad en salud?". Buenos Aires. [www.buenafuente.com.ar](http://www.buenafuente.com.ar) agosto 2005.
3. BANCO MUNDIAL. *Informe sobre el desarrollo Humano -1993. Invertir en Salud*. Washington. 1993.
4. BANCO MUNDIAL. LCSHH - ESW . El Sector Salud Argentino: Situación Actual y Opciones para Mejorar su Desempeño. Mimeo. 2003
5. CETRANGOLO, Oscar & BISANG, Roberto. "Descentralización de los servicios de salud en Argentina" CEPAL: *Serie Reformas de Políticas Públicas* No 47. Santiago.1997
6. DRAKE, Ignacio. "Distribución del gasto público en salud a nivel jurisdiccional. Un análisis de la adecuación entre las necesidades sanitarias y asignación de recursos públicos. Incidencia en el acceso y atención de la salud en la actualidad". *Tesis presentada ante la Maestría en Economía Política de la FLACSO*. Buenos Aires. 2005.
7. FERNÁNDEZ-ARCHE, Jaime & VIVAS, David. Proyecto Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de Salud. FAPS. EuropeAid Co-operation Office América Latina Cooperación Técnica y Financiera EUROPEAN COMMISSION. Delegación de ARGENTINA. Buenos Aires. 29 de abril de 2005
8. GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; TOBAR, Federico. *Más salud por el mismo dinero*. Buenos Aires. Ediciones Gel – Isalud. 1997.
9. GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; TOBAR, Federico. *Salud para los Argentinos*. Buenos Aires. Ediciones Isalud. 2004.
10. GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés; TOBAR, Federico. "Análisis de los procesos de inversión en atención de la salud: el estudio de caso de la República Argentina". Buenos Aires. *Documentos de Trabajo de la Fundación Isalud* 2. Septiembre 1994.
11. INDEC/SIEMPRO. 1997. *Encuesta de Desarrollo Social*. 1996-1997.
12. JORRAT, Raúl; FERNÁNDEZ, María de las Mercedes & MARCONI, Elida. "Utilización y gasto en servicios de salud y Medicamentos". En CONAPRIS. *El Futuro del Acceso a Medicamentos en Argentina*. Buenos Aires. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2004. Páginas 58 a 76.
13. MONTOYA, Silvia. 1996 *Reformas al financiamiento del Sistema de Salud*. Córdoba, IEERAL, Julio de 1996.
14. NOVICK, Marta y GALIN, Pedro. Empleo y Modalidades de contratación en el sector salud de la Argentina. Trabajo presentado para OPS en Septiembre de 2001.
15. OPS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Agosto de 2005.
16. OPS. *Seminario Taller Internacional sobre Atención Primaria de la salud. A 25 años de Alma Ata*. Buenos Aires. 2003.
17. PANADEIROS, Mónica. Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas. *Organización del Seguro de Salud en Argentina. Análisis y Propuesta de Reforma*. Desarrollo Económico. N° especial vol 36. verano de 1996.
18. POTENZA, M.Fernanda Dal Masetto. "Educación y salud en la Argentina de hoy ¿Qué hacer?". *Aportes No 2*, Fundación Pent. Buenos Aires. 2005.
19. PROAPS – Remediar. *Catastro de CAPS*. Buenos Aires. 2005
20. RODRIGÁÑEZ RICHERI, Pilar & TOBAR, Federico. *Hacia un Federalismo Sanitario Efectivo: Análisis del Consejo Federal de Salud de Argentina*. Buenos Aires. Ediciones Isalud.,2004.
21. SIEMPRO. *Encuesta de Desarrollo Social*. Presidencia de la Nación, Secretaría de Desarrollo Social. Buenos Aires. 1999.
22. SIEMPRO. *Evaluación del Programa Remediar*. Presidencia de la Nación, Secretaría de Desarrollo Social. Buenos Aires. 2003.
23. TOBAR, Federico. "Descentralização dos Serviços de saúde: usos e abusos". *Planejamento e Políticas Públicas n°5*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília.1992.
24. TOBAR, Federico. 2001 "Economía de la reforma de los Seguros de Salud en Argentina". Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/tobar.pdf>

## Anexo 1

Uno de los programas que tiene una fuerte intervención en la red de APS (PROMIN) armó una guía para monitorear en terreno los establecimientos de salud. Esta resulta de suma utilidad para conocer el funcionamiento de los centros de salud que funcionan en todo el territorio del país. A continuación se presenta el estado de situación de algunos CAPS relevados:

### Misiones (2 centros de salud visitados)

- Mantenimiento de los centros de salud insuficiente (salas deterioradas)
- Buen estado de limpieza general
- Buen estado de los equipamientos médicos en general
- Equipamiento informático: en un Centro la PC esta rota y hace 6 meses que no se cargan datos (estiman 600 fichas sin cargar), en otro la carga no esta actualizada en cuanto a datos específicos como consultas, domicilios, entrega de leche, medicamentos, solamente tienen nombre y apellido.
- Los medicamentos no se entregan en los centros de salud sino por el departamento de farmacia.
- Respecto de los bienes recibidos se depositan en un anexo al Hospital que no está en condiciones operativas, las cajas no están estibadas correctamente y no tienen seguridad, los remitos de salida se emiten en el Ministerio y no tienen pro forma ni son numerados.
- Las historias clínicas no están completas en lo que hace a dirección del paciente, por lo que para tener conocimiento del lugar donde habita hay que recurrir a lugareños, de esta manera se pudo contactar con cuatro pacientes receptores de leche fortificada y en todos los casos las mismas coinciden con las anotaciones de los centros de salud.

### Centros de salud en Jujuy ( 2 centros de salud visitados)

- Escaso o nulo mantenimiento. En uno de los centros la limpieza de techos es nula por lo que se llueve la sala de espera y existen manchas de humedad en los desagües.
- Tienen una estufa de esterilización (no conocen el uso de la misma) y una camilla en perfecto estado que no tiene lugar físico de utilización.

### Río Negro (2 centros de salud visitados)

- Deficientes controles respecto de la entrega e inventario de leche.
- En medicamentos no hay stock actualizado tanto en el área como en el depósito, no esta registrada la entrega por parte del proveedor, etc.
- En el depósito central hay existencia de varios medicamentos pero al no tener datos de stock no se pudo efectuar el control. Los centros de salud visitados no reciben estos medicamentos.

#### Chubut (1 centro de salud visitado)

- Las entregas de leche no se anotan en las historias clínicas sino en la libreta que está en poder del paciente.
- Las historias clínicas no están actualizadas ni tienen la mayoría de datos precisos sobre los pacientes atendidos (dirección, fecha de nacimiento, enfermedades)
- Respecto de medicamentos no hay soporte técnico para la carga de datos.

#### Corrientes (1 centro de salud visitado)

- La recepción de leche, medicamentos y anticonceptivos está de acuerdo a la información proporcionada por el programa y concuerda con los remitos emitidos.
- Se seleccionaron 4 historias clínicas, pertenecientes a niños y carecen de datos precisos en cuanto a peso, talla, y entrega de leche. En cuanto a las pacientes embarazadas las consultas son fuera de los tiempos lógicos y además la entrega de leche se efectúa sin control y con la firma de otro médico.
- En lo que respecta a anticonceptivos hay planillas anexas que demuestran que no hay regularidad en la entrega, cortando periodicidad de la misma, se carece de datos precisos de la causa por la cual se discontinúan temporalmente la recepción por parte del paciente. De las historias clínicas consultadas carecen de todo tipo de información referente al paciente, al igual que los datos requeridos para la colocación del DIU o entrega de anticonceptivos, no hay firma ni sello del médico y las consultas son muy espaciadas en el tiempo.
- El centro de salud carece de folletería sobre salud sexual y reproductiva

#### Rosario (3 centros de salud visitados)

- El estado general del centro es regular, adolece de falta de mantenimiento, pintura general, existe una zanja con agua en descomposición delante del centro. Hay cartel en sala de espera con horario de entrega de leche (13 a 16,30 horas), la población de referencia se estima en 3,500.
- No había existencia de DIU, reclamado oportunamente al Hospital Centenario. Según el relevamiento del auditor el área programática no pasó a retirar los (hace 10 días lo tenía disponible). Al centro de salud le corresponderían 30 DIU.
- No se efectuó planilla de rendición, está unificada la rendición de junio y julio, con errores de suma

#### Salta (2 centros de salud visitados)

- Las historias clínicas observadas de los centros, si bien no son en formularios sino en papel común, carente de detalles, se encuentran con datos precisos en cuanto a los condicionantes para la entrega de leche y medicamentos, no así para el tema de anticonceptivos dado que los datos son muy precarios y con fechas inciertas.
- Se lleva planilla anexa para los pacientes que retiran anticonceptivos. Los últimos remitos de recepción de insumos se encuentran sin archivar, los mismos no son preformados ni numerados, no hay copias de las planillas de rendición mensual por lo que no se pudo comprobar la última emitida.
- La entrega de leche se hace bajo las normas provinciales que difieren de las nacionales.

#### Santa Fe (1 centro de salud visitado)

- Visita al centro de salud donde una Licenciada en Enfermería responsable del mismo manifestó que reciben la leche puntualmente.
- No se encontró folletería sobre el programa de Salud Sexual y se desconoce si llegó el material.
- Las historias clínicas que existen son muy precarias y en ellas no se anotan las entregas de leche o la vacunación, se lleva un fichero manual para este detalle.
- El stock de leche existente al momento de la visita está en la sala de espera sin ningún tipo de seguridad y resguardo.

