Universidad Nacional de Lanús
Maestría en Derechos Humanos
Instituto de Justicia y Derechos Humanos “Eduardo Luis Duhalde
(IJDH-UNLa)

Tesis para optar por el título de Magister en Derechos Humanos

Título:

**“El derecho al acceso a la salud de los niños, niñas y adolescentes y sus familias
del Partido de Lomas de Zamora que concurren para su atención a un Hospital
Pediátrico de Alta Complejidad de la Ciudad de Buenos Aires.”**

Autor: Andrea Schon

Directores: Julieta Rossi Javier Moro

Julio 2020

RESUMEN

La presente tesis trata de responder la pregunta de por qué algunas familias del conurbano bonaerense, específicamente del municipio de Lomas de Zamora, concurren al Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, un centro de salud de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por problemáticas que podrían resolverse en un centro de salud local. Analiza de esta manera la accesibilidad a los servicios de salud locales tomando en cuenta la normativa internacional y local que le da soporte jurídico al derecho a la salud, en un contexto de implementación de un amplio conjunto de políticas sociales durante el período 2003-2015, y considerando las características particulares del sistema de salud argentino tanto a nivel nacional como en el ámbito del Conurbano Bonaerense. En este contexto se analiza la implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) y las políticas que se desarrollan en ese marco como son el Plan Nacer/ Programa Sumar y por su incidencia- la Asignación Universal Por Hijo con las condicionalidades en salud, tanto a nivel nacional como municipal. A través del análisis del trabajo de campo, se puede concluir que el derecho al acceso a la salud de los pacientes de Lomas de Zamora no está adecuadamente garantizado particularmente en términos de accesibilidad, disponibilidad y calidad en el primer nivel de atención. Los testimonios de las familias dan cuenta que los efectores de salud locales carecen de profesionales suficientes para cubrir la demanda y existen barreras administrativas que dificultan la accesibilidad. Las trayectorias sanitarias de las familias que concurren a un centro de alta complejidad están fuertemente determinadas por la necesidad de resolver los problemas más contingentes y que no encuentran respuesta en los efectores locales. El prestigio del Hospital Garrahan en términos de calidad y disponibilidad seguras, en conjunto con la proximidad, actúan como fuertes facilitadores para acceder al mismo. Además, el Municipio de Lomas de Zamora tiene mayor población de niños y adolescentes que se atienden solo en el sistema público de salud y mayor cobertura de la AUH que a nivel nacional.

ABSTRACT

This thesis tries to answer the question why some families coming from the suburban belt around Buenos Aires City, more specifically from the municipality of Lomas de Zamora, reach Hospital Garrahan, a tertiary health care center located at the Capital City, to resolve health issues that could be worked out at a primary health care level. Analyzes the accessibility to local health care effectors, taking in account both international and national rights regulative framework supporting the right to health, in a context of implementation of a wide span of social policies during 2003-2015, taking into consideration the singularities of the Argentine health system at national and municipal level. In this context, the implementation of Primary Health Care Strategy is analyzed along with the policies Plan Nacer/Programa Sumar and Asignación Universal por Hijo and the fulfilment of health conditionalities, which take place in PHC framework, in both national and municipal level. Through the analysis of the field work it can be concluded that the right to health of the families coming from Lomas de Zamora is not properly guaranteed, particularly in terms of accessibility, availability and quality at primary health care services. The testimonies of the families reveal that health care centers show lack of professionals capable of satisfying health demands, as well as administrative barriers that difficult the accessibility. The health trajectories of the families that come to a tertiary health care center are strongly determined by the need to resolve the most urgent health problems which cannot find prompt answers at the local level. The esteem of Garrahan Hospital, ensuring quality and disponibility along with proximity, work as strong facilitators in terms of access. Furthermore, Lomas de Zamora has more population of children and adolescents that attend public health care system only, along with larger coverage of AUH policy than national level.

Agradecimientos

Al Hospital Nacional de Pediatría Juan P Garrahan por posibilitar mi crecimiento personal y profesional.

Al CAP Nueva Fiorito del municipio de Lomas de Zamora por permitirme efectuar el trabajo de campo.

A mis directores Julieta Rossi y Javier Moro por su sabiduría, guía y acompañamiento.

A la Universidad Nacional de Lanús y a la Maestría de Derechos Humanos por darme la oportunidad de efectuar la Maestría.

A Pablo, mi compañero por la infinita paciencia.

ÍNDICE

Introducción	1-5
Estructura de la Tesis	5-6
Capítulo 1. Objetivos y Metodología	7
1.1. Objetivo General	7
1.2. Objetivos Específicos	7-8
1.3. Preguntas preliminares que dieron lugar a la formulación del problema	8
1.4. Justificación de la elección del Municipio de Lomas de Zamora y el Hospital Garrahan	8-9
1.5. Metodología	9-11
Capítulo 2. Marco Conceptual: El enfoque de derechos en salud	12
2.1. Enfoque de derechos en políticas sociales	12-15
2.2. El derecho a la salud. Perspectiva de derechos en salud	15-22
2.3. El derecho a la salud desde los organismos internacionales específicos: OMS-OPS	23-27
2.4. Estrategia de atención primaria de la salud promovida por los organismos internacionales	27-34
Capítulo 3. Breve caracterización del sistema de salud argentino	35
3.1. Sistema de salud nacional	35-40
3.2. La salud en el Gran Buenos Aires	40-44
Capítulo 4. Plan Nacer/Programa Sumar y Asignación Universal por hijo para Protección Social	45
4.1. Plan Nacer/Programa Sumar	45-49
4.1.1. Cobertura Efectiva Básica	49-50
4.2. Asignación Universal por Hijo para Protección Social	50-55
4.2.1. Articulación y sinergia entre Plan Nacer/ Programa Sumar y AUH	56-57
Capítulo 5. De Lomas de Zamora al Hospital Garrahan Percepciones de las familias, testimonios de los funcionarios de salud y	

de trabajadores de un CAPS	58
5.1. Descripción de los efectores de salud	58
5.1.1. Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan. P. Garrahan	58-59
5.1.2. Municipio de Lomas de Zamora-Provincia de Buenos Aires	59-65
5.2. Trabajo de campo	65
5.2.1. Entrevistas a familias	65-79
5.2.2. Visita a un CAP-Nueva Fiorito	79-84
5.2.3. Entrevistas a funcionarios de salud de Lomas de Zamora	84-89
Capítulo 6. El Programa Sumar y la AUH en Lomas de Zamora	90
6.1. Controles en salud- Inscriptos al Plan Nacer/ Programa Sumar	90-95
6.2. Cobertura de la AUH	96-99
6.3. Inmunizaciones	99-100
Capítulo 7. Discusión y conclusiones	101-111
Bibliografía	112-124
Anexo I-Gráficos	125-133
Anexo II- Mapas	134-136
Anexo III- Entrevista a familias	137

INTRODUCCIÓN

¿Por qué algunas familias-mayoritariamente de municipios del conurbano-acuden a un centro de alta complejidad para atender a sus hijos/as por problemáticas que podrían resolverse en un centro de salud local? Esta pregunta plantea cuestiones que refieren a la propia (des)organización del sistema público de salud en nuestro país y, a su vez, a los vínculos que genera con la población. En definitiva, ambos puntos se relacionan con-y por tanto permiten analizar -la accesibilidad al derecho a la salud.

El derecho a la salud es ampliamente considerado por la normativa internacional y local sobre derechos humanos, así como también por la organizaciones internacionales dedicadas a la salud. Se aclara que se trata de la misma organización, pero que a los fines de identidad institucional se denominan Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La implementación del enfoque de derechos, especialmente referida a derechos económicos, sociales y culturales, tiene una larga trayectoria en nuestro país. Dicho enfoque adquirió mayor respaldo normativo a partir de la reforma constitucional del año 1994 que integró a la Constitución Nacional un corpus denso de instrumentos de derechos humanos, adquiriendo jerarquía constitucional, hace ya más de dos décadas.

Sin embargo, los resultados en la práctica y en la institucionalidad pública han sido dispares, ya que las respuestas institucionales a fin de cumplir con las obligaciones negativas y positivas de los derechos sociales, entre ellos el derecho a la salud, han sido insuficientes. También es cierto que la perspectiva de derechos ha logrado obtener un mayor peso retórico, hecho que habilitó nuevos espacios de diálogo entre los ciudadanos y las instancias políticas (Pautassi, 2015).

En este marco, se implementaron en nuestro país y durante el último período de recuperación económica (período 2002-2015) un conjunto de políticas sociales relevantes. Mencionamos la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002), el Programa Remediar (2002), el Plan Nacer/ Programa Sumar (2004-2012), la Asignación Universal por Hijo para la Protección Social (2009), la Asignación

Universal por Embarazo (2011), la moratoria previsional (2005-2014) y el Plan Progresar del Ministerio de Educación (2015), entre otras.

Sin embargo, aquellas políticas no terminaron de configurar un nuevo régimen de bienestar que pudiera ajustar los arreglos institucionales a las problemáticas presentes. Lo mismo sucede con respecto al derecho a la salud de la niñez y adolescencia, al considerar las políticas de salud destinadas a este colectivo, como son, además de las ya mencionadas, la Ley Nacional de Vacunación Obligatoria (1983), que junto a normas posteriores integran un plan de vacunación ampliado, el Programa Nacional de Salud Sexual Integral (2006), el Programa Nacional de Salud Integral de la Adolescencia (2007), el Programa Nacional de Cardiopatías Congénitas (2010), el Programa Nacional de Detección y Control de la Enfermedad Celíaca (2009), el Programa Nacional para la Detección temprana de la Hipoacusia (2001-2010), el Programa Nacional de Salud Escolar (2008-2015), entre otros. Mencionamos, además, el Plan Médico Obligatorio (PMO) implementado en el año 1996 y las normas que a posteriori lo amplían y modifican.¹

Ahora bien, a pesar de toda la normativa señalada, podemos afirmar en base a los resultados de la investigación que aquí se presenta, que existen serias dificultades en el acceso a la salud de los NNyA en general, y de aquellos que habitan en el municipio de Lomas de Zamora en particular, que se ponen de manifiesto en la práctica cotidiana de los efectores de salud.

En este sentido, el trabajo de campo realizado analizó las trayectorias de las familias y sus hijos provenientes del municipio de Lomas de Zamora que concurren a un efector de salud de tercer nivel, el Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, con el fin de resolver sus problemas de salud. Uno de los objetivos del análisis es visualizar las dificultades que existen en la accesibilidad al derecho a la salud de dicha población. Se trata de identificar cuáles

¹ Es importante señalar, además, otras normativas relacionadas con la salud: la Ley Nacional de Educación (2006), en conjunto con la Ley Nacional que modifica la obligatoriedad de la educación a partir de los 4 años(2014),el régimen de asignaciones familiares amparadas bajo la Ley de trabajo(1996), la Ley Nacional de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes(2005) (en adelante NNyA) y las leyes provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires de Protección Integral de Derechos de NNyA (1998).

son los obstáculos señalados por las familias que asisten al Hospital Garrahan, en la provisión de servicios de salud locales y cuáles son los recorridos que aquellas y sus hijos efectúan con el propósito de obtener respuestas efectivas a sus problemáticas sanitarias.

En definitiva, la investigación permitirá indagar sobre los alcances prácticos de la satisfacción del derecho a la salud de los NNyA provenientes del municipio de Lomas de Zamora en función de la normativa vigente y los estándares constitucionales que determinan sus alcances, que entre otras cuestiones relevantes, establecen que debería estar garantizados por los efectores que corresponden a un primer y segundo nivel de atención.² Además, a partir del trabajo de campo y el análisis de los datos estadísticos (INDEC, Programa Sumar, ANSES) será posible arrojar una mirada sobre la implementación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) en el municipio. Dicha estrategia ha sido y sigue siendo postulada como uno de los pilares de la organización del sistema de salud argentino en sus tres niveles: nacional, provincial y municipal (Plan Federal de Salud 2004-2007, apartado 6.2), y donde bajo su paraguas opera el Plan Nacer/Programa Sumar. En igual sentido, las condicionalidades de la Asignación Universal por Hijo para Protección Social (en adelante AUH) promueven el acceso a la salud en el primer nivel de atención.

Ambas políticas constituyen incentivos tanto para la demanda como para la oferta de servicios de salud, ya que los controles en salud y la vacunación según calendario oficial, son las condicionalidades exigidas por la AUH, que están comprendidas en la estrategia de APS. Al mismo tiempo, el Plan Nacer/ Programa Sumar es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación puesto en marcha en el año 2004, primero en el Noroeste y Este argentino (NOA y NEA). A partir del 2007 se implementó en las restantes provincias argentinas y en la Ciudad Autónoma

² El primer nivel de atención está constituido por los centros que se ocupan de las acciones para prevenir enfermedades, atienden las patologías más frecuentes y menos graves y tienen una relación directa con la comunidad. Ejemplos: Centros de Salud, Centros Comunitarios. El segundo nivel de atención lo conforman los hospitales generales -con áreas programáticas- (son zonas geográficas con una población definida que está a cargo de un hospital general) que atienden pacientes derivados de los “Centros del Primer Nivel de atención” y se ocupan del diagnóstico y del tratamiento de patologías que no pueden ser solucionadas en ese nivel. El tercer nivel de atención se conforma con hospitales o centros especializados en donde se tratan patologías más complejas que exigen técnicas de diagnóstico y tratamiento sofisticadas.

de Buenos Aires, con el fin de invertir recursos en salud destinados a mejorar la cobertura de salud y la calidad de la atención de las mujeres embarazadas y de los niños/as hasta los 6 años que no tienen obra social. A través del Programa Sumar (2012) la cobertura fue extendida a mujeres hasta los 64 años y a niños, niñas y adolescentes de 6 a 19 años. El Plan Nacer funciona como un incentivo desde la oferta al establecer una modalidad de financiamiento directa a los efectores del primer nivel, en la medida que logran las metas establecidas de cobertura y de seguimiento de la población objetivo. Toma en cuenta y respeta la organización federal del país. La Nación conserva un rol de Rectoría.

En definitiva, la implementación del Plan Nacer/Programa Sumar es la política que incentiva y promueve la oferta de efectores de salud que deben proveer las prestaciones comprendidas dentro de la estrategia de APS, como son las acciones de promoción, prevención y rehabilitación de la salud y la atención de enfermedades comunes.³ Además, debe garantizar la cobertura de las condicionalidades requeridas por la AUH.

De ese modo, la implementación de estas políticas supone una complementariedad entre las condicionalidades de la AUH que incentivan la demanda, por un lado, y por el otro, una expansión de la oferta que mejoraría la provisión de servicios de salud, en particular los que corresponden a un primer o segundo nivel de atención. Ambas políticas, actuando sinérgicamente deberían propender a mejorar la calidad, la disponibilidad y la accesibilidad geográfica, administrativa y cultural a la salud. Además, otros objetivos generales postulados en la implementación del Plan Nacer/ Programa Sumar fueron la priorización de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud y la mejora de los índices de morbilidad materna, infantil y adolescente.⁴

³ La Estrategia de Atención Primaria de la Salud comprende la educación para la salud, métodos de prevención, la promoción de nutrición adecuada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, planificación familiar, inmunizaciones, prevención de enfermedades endémicas, tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales (capítulo VII, puntos 2 y 3) Conferencia de Alma Ata, 1978. OMS/OPS-UNICEF.

⁴ Los objetivos del Plan Nacer consisten en: a) Mejorar y explicitar la cobertura de salud y la calidad de la atención brindada a la población materno infantil sin obra social, a través de la creación y desarrollo secuenciado de Seguros Públicos de Salud (SPS) en las provincias; b) Incentivar un cambio cultural en la visión y gestión de la salud, que priorice la estrategia de APS y que promueva un desempeño eficaz

La estrategia de APS ha sido planteada en nuestro país desde hace ya casi cuatro décadas. Su implementación sigue siendo dificultosa debido a varios factores, entre ellos la complejidad en cuanto a la multiplicidad de factores que intervienen en su abordaje intersectorial e interdisciplinario, la fragmentación existente en el sistema de salud argentino, en particular en el sector público, y la escasa disponibilidad de recursos humanos formado en APS, para mencionar los más relevantes.

Nuestra investigación permitirá entonces, hacer visibles las dificultades que existen en la implementación de las políticas y las prácticas de los efectores en relación con el acceso a la salud conforme a los marcos normativos antes reseñados. Se hará hincapié en las dificultades que encuentran las familias que asisten a un servicio de demanda espontánea del Hospital Garrahan y que, decidieron no recurrir a los efectores de salud del municipio, lo que pone en evidencia falencias referidas a la accesibilidad administrativa y a la disponibilidad.

ESTRUCTURA DE LA TESIS

Los contenidos de este trabajo se organizan de la siguiente manera: el capítulo 1 desarrolla los objetivos generales y específicos de la tesis, obtenidos a través de las preguntas preliminares que dieron lugar a la investigación. Además, se describe la metodología utilizada, las fuentes consultadas y se hace especial mención a las dificultades que se presentaron en la obtención de datos e información útil.

El capítulo 2 delinea los ejes conceptuales en los que se basa la investigación, es decir los derechos sociales en las políticas sociales, la perspectiva de derechos en salud y la mirada desde las organizaciones internacionales (OMS/ OPS). Además, se desarrolla de manera especial el concepto de Atención Primaria de la Salud, tomando en cuenta que dicha estrategia constituye uno de los pilares fundamentales de las

del sistema público de salud; c) Contribuir a la reducción de las tasas de morbilidad materna e infantil, en consonancia con las Metas Globales de Desarrollo del Milenio. Plan Nacer y su efecto en la satisfacción de los usuarios 2013.

políticas sanitarias de nuestro país (Plan Federal de Salud, Plan Nacer/ Programa Sumar, Salud Sexual, Salud Integral de la Adolescencia, entre otras).

La conceptualización de la salud desde la perspectiva de derechos y la comprensión de la estrategia de atención primaria de la salud, conforman el marco indispensable para el abordaje de la investigación que nos ocupa. Además, es necesario entender cómo se organiza el sistema de salud argentino en general, y en los partidos del Gran Buenos Aires en particular, ya que nos permitirá aprehender y contextualizar lo que acontece en el municipio de Lomas de Zamora. Es por ello que la descripción del sistema de salud argentino y de las características particulares del sistema de salud en los partidos del Gran Buenos Aires, se desarrollan en el capítulo 3.

El Plan Nacer/ Programa Sumar, en conjunto con el cumplimiento de las condicionalidades de la AUH, se desarrollan en el marco de la atención primaria de la salud. Ambas son particularmente relevantes para nuestra investigación ya que, por un lado, incentivan la demanda en salud, a través del cumplimiento de las condicionalidades de la AUH y por el otro, incentivan la oferta de efectores y prestaciones, a través del Plan Nacer/Programa Sumar. Es por ello que en el capítulo 4 se analizan la Asignación Universal por Hijo para Protección Social, el Plan Nacer/ Programa Sumar, y la articulación entre ambas políticas en el ámbito nacional. De este modo permitirá una mejor comprensión de cómo se llevan a cabo y se articulan ambas políticas en el Municipio de Lomas de Zamora. El trabajo de campo, donde se describen las trayectorias de salud de las familias y sus hijos provenientes de Lomas de Zamora y que se atienden en el Hospital Garrahan, además de las entrevistas a los gestores y efectores de salud, se desarrolla en el capítulo 5.

A fin de contextualizar los hallazgos del capítulo 5, las estadísticas sobre cobertura de la AUH, Plan Nacer/ Programa Sumar y controles en salud de los NNyA de Lomas de Zamora se plasman en el capítulo 6. La discusión y conclusiones se plasman en el capítulo 7.

CAPÍTULO 1. OBJETIVOS Y METODOLOGÍA

1.1. Objetivo general

El objetivo de la investigación es analizar los problemas en el acceso al derecho a la salud que se ponen en evidencia a partir de la atención, en un servicio de demanda espontánea de un hospital pediátrico de alta complejidad, de problemáticas que podrían ser resueltas en un primer o segundo nivel de atención en el municipio de Lomas de Zamora. El enfoque de derechos y el análisis de la estrategia de Atención Primaria de la Salud constituyen el marco teórico con el que se efectúa la investigación. Asimismo, se revisan las políticas de AUH y Plan Nacer/Programa Sumar que desarrollan en el campo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Se relevará especialmente la cobertura de aquellas prestaciones enmarcadas dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, como son los controles en salud, la cobertura en vacunación y atención de patología prevalente, que corresponden a un primer o segundo nivel de atención.

1.2. Objetivos específicos.

Los objetivos específicos son:

- Indagar cuáles son las dificultades que existen en la provisión de servicios de atención primaria (controles clínicos en salud, atención de patología común e inmunizaciones) en el municipio, referidos por las familias y sus hijos de Lomas de Zamora que concurren al Hospital Garrahan.
- Exponer cuáles son las vivencias de las familias con respecto a la provisión de servicios en los niveles de atención primaria de la salud de su Municipio.
- Releva las trayectorias y corredores sanitarios de las familias que concurren al Hospital Garrahan en términos de movilidad y proximidad.
- Evidenciar si el prestigio que implica la atención en un Hospital de Alta Complejidad como el Garrahan es un factor que condiciona la concurrencia de las familias del Municipio para su atención.

- Indagar sobre la implementación del Plan Nacer/ Programa Sumar en términos del aumento en la cobertura de salud y mejoras en los efectores de salud del Municipio.

- Releva cómo se articula la AUH y el Plan Nacer/ Programa Sumar en el municipio.

1.3. Preguntas preliminares que dieron lugar a la formulación del problema de investigación.

¿Cuáles son los motivos por los cuales una familia concurre para la atención de sus hijos a un centro sanitario alejado de su hogar?

¿Cuáles son los motivos por los cuales los problemas de salud que podrían resolverse en un primer o segundo nivel de atención se dirimen en un centro asistencial de alta complejidad?

¿Cómo se resuelve la consulta en los centros de atención primaria y hospitales zonales del Municipio? ¿Cuáles son las dificultades para la obtención de turnos? ¿Cuentan con pediatra de cabecera? ¿Cómo se resuelve la urgencia?

¿Qué conoce las familias entrevistadas sobre la AUH?

¿Cómo se lleva a cabo el cumplimiento de las condicionalidades en los servicios de salud?

1.4. Justificación de la elección del Municipio de Lomas de Zamora y del Hospital Garrahan.

La justificación de la elección de las familias que llegan al Hospital Garrahan para atenderse por cuestiones que no corresponden a la alta complejidad se debe a que, bajo los supuestos de la organización integral del sistema de salud, funciona como un potencial analizador, en tanto población que condensa las dificultades de acceso y de articulación entre niveles y jurisdicciones.

Junto a esta justificación teórica-metodológica, también incide mi experiencia (e interés) profesional- me desempeño como pediatra en el área ambulatoria de esa Institución hace 30 años, por lo que conozco en profundidad la dinámica y la procedencia de los pacientes que se atienden-; y el acceso a fuentes de información e

informantes calificados. Finalmente, la visita a un CAPs y el uso de información estadística del municipio de Loma de Zamora se realizan para contextualizar y para, en cierto modo, compensar el sesgo implícito en la elección de familias que llegan al Hospital Garrahan como analizador de la accesibilidad (y que a priori podemos suponer son familias disconformes con la atención en el municipio).

1.5. Metodología

Para la investigación de campo se realizaron entrevistas a familias provenientes del municipio, y que se atienden en Hospital Juan P. Garrahan; a funcionarios de la Secretaría de Salud de Lomas de Zamora, y al equipo de salud perteneciente a un centro de salud (CAP), entre los meses de abril y noviembre de 2017.

Se tomaron entrevistas a 26 familias que se atendieron en el sector de Bajo Riesgo del Hospital Garrahan, durante el período de abril-mayo de 2017. Se registraron datos cuantitativos (procedencia, sostén familiar, trabajo, obra social, edad, composición familiar percepción de la AUH, inscripción al Plan Nacer) y datos cualitativos a través de preguntas abiertas⁵. Se indagó sobre el conocimiento de las políticas, quiénes o cuáles instituciones son responsables, cómo fue el proceso de obtención de la AUH, opinión sobre los efectores de salud de la zona, sobre la atención recibida en los controles, sobre el otorgamiento de turnos, dificultades y facilidades de todo el proceso de atención en los efectores locales, conocimiento de la existencia de efectores de primer y segundo nivel de la zona, resolución de las urgencias y de enfermedades comunes, motivo de concurrencia al sector de Bajo Riesgo, movilidad y proximidad desde el municipio hacia el Hospital Garrahan (ver ficha de entrevista, Anexo III). Las personas entrevistadas fueron seleccionadas por la tesista en la sala de espera del servicio de Bajo Riesgo del hospital. Las encuestas fueron grabadas para su análisis posterior, manteniendo la confidencialidad del informante. La selección se realizó en función de la procedencia y de percibir la AUH. Este último requisito fue solicitado con el fin de ponderar si las condicionalidades exigidas por la política inciden en un aumento de los controles en salud y de las inmunizaciones. El número

⁵ Se consultó a los entrevistados sobre el interés en participar del estudio y en la posibilidad de dejar de hacerlo durante la entrevista. Se utilizó consentimiento informado verbal.

acotado de entrevistas se estableció de acuerdo a los niveles de saturación percibidos en la información recabada con respecto a aquellas preguntas que indagaron aspectos cualitativos.

Es importante señalar que la investigación se centró especialmente en indagar cómo se llevan adelante los controles en salud de los NNyA, la cobertura de vacunas y la atención de la urgencia en los efectores de salud del municipio y en el Hospital Garrahan. Las consultas que realizan las familias y los NNyA en la institución son por urgencias, ya que la Institución no realiza controles en salud. El Hospital cuenta con vacunación obligatoria por calendario disponible para toda la comunidad.

La elección de la visita al centro de salud de Villa Fiorito se debe a que se trata de un efector emplazado en el barrio del mismo nombre, muy próximo al Camino de la Rivera y a la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Como veremos en el trabajo de campo la mayor parte de las familias provenían de la zona de Villa Fiorito. En el centro de salud, se entrevistó al administrador y a la pediatra, a través de preguntas abiertas. Las entrevistas a los funcionarios de la Secretaría de Salud de Lomas de Zamora fueron efectuadas por la investigadora a través de preguntas abiertas. Las entrevistas fueron grabadas para su análisis posterior y se mantuvo la confidencialidad del informante.

Los datos estadísticos sobre demografía del municipio de Lomas de Zamora, fueron obtenidos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda, 2010, del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). Los datos sobre cobertura en salud de Lomas de Zamora fueron obtenidos a través del cuestionario ampliado del Censo de 2010. Estos fueron procesados a través de la base REDATAM del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. El cuestionario ampliado del Censo 2010 se aplicó a una muestra probabilística de segmentos censales. Este se utilizó en una selección de viviendas de las localidades de mayor tamaño (más de 50.000 habitantes en el Censo 2010). En el resto de las localidades todas las viviendas fueron censadas con el cuestionario ampliado. Por lo tanto, las estimaciones que surgen de ese cuestionario para dominios donde se aplicó muestra están afectadas por el llamado error muestral (INDEC, REDATAM). Además, es importante señalar que existen algunos errores de estimación de datos relacionados a la cobertura de salud de la población de Lomas de

Zamora, ya que en el trabajo se comparan cifras del año 2010 con otras actualizadas al año 2017. Esto se debe a que no se encuentran disponibles proyecciones de población y cobertura de salud para dicho municipio. Los datos nacionales sobre las políticas analizadas (AUH y Plan Nacer/ Programa Sumar) no están desagregados por localidad o municipio.

Los datos del Programa Sumar y referidos al municipio de Lomas de Zamora, fueron aportados por la Oficina de Investigación Aplicada del Programa, a través de correo electrónico. No estuvieron disponibles datos que dieran cuenta de las transferencias monetarias efectuadas por el Programa Sumar a los efectores de salud del municipio. Los datos sobre la cobertura de AUH del municipio fueron obtenidos mediante información provista directamente a la autora por la oficina central del ANSES, luego de un frustrado intento de obtener información en el ANSES de Lomas de Zamora. La información fue enviada por correo luego de su solicitud en forma personal en la oficina central y a través de una carta dirigida al director de dicha institución. Las planillas recibidas carecían de datos completos mes a mes debido a una copia defectuosa de las tablas de Excel, y por lo tanto algunas cifras fueron aproximadas.

No fue posible obtener datos más antiguos y/o actualizados sobre cobertura de inmunizaciones del municipio, que permitieran comparar la cobertura antes y después de la implementación de la AUH y sus condicionalidades. La autora realizó reiterados contactos con el Departamento de Inmunizaciones de la Secretaría de Salud de Lomas de Zamora, a través de correo electrónico y teléfono. Se envió carta al Secretario de Salud del municipio, sin obtener respuesta. Cabe mencionar entonces, que todos los inconvenientes que se presentaron a lo largo de este trabajo, a la hora de contar con información disponible, accesible y desagregada necesarias para llevar adelante una investigación, hacen a la falta de rigurosidad de algunos de los números obtenidos.

CAPÍTULO 2. MARCO CONCEPTUAL: EL ENFOQUE DE DERECHOS EN SALUD

2.1. Enfoque de derechos en Políticas Sociales

De beneficiario a titular de derechos. Conceptos de interdependencia y de igualdad sustantiva. Principios transversales y específicos del enfoque de derechos.

Las políticas públicas en general y las sociales en particular, requieren ser repensadas como parte de las obligaciones que tiene el Estado en el cumplimiento efectivo de derechos, en términos del acceso a bienes y servicios (Cunnil Grau, 2010).

El enfoque de derechos considera que es imprescindible empoderar a los sectores excluidos de manera tal que éstos sean reconocidos como titulares de derechos que obligan al Estado. Este concepto cambia la lógica de la elaboración de las políticas públicas desde un enfoque de necesidades (dirigidas a personas o “beneficiarios” que deben ser asistidas), por otra manera de pensar las políticas, ahora destinadas a sujetos de derecho, con la posibilidad de demandar determinadas acciones. Es decir que este cambio de enfoque de las políticas sociales las transforma en obligaciones jurídicas exigibles para el Estado, en consonancia con las obligaciones impuestas por los tratados de derechos humanos (Abramovich y Pautassi, 2009).

Un concepto fundamental a la hora de adoptar el enfoque de derechos en la gestión de políticas sociales y de desarrollo es aquel de la interdependencia de derechos. Esta noción significa que la vulneración de un derecho necesariamente conduce a vulneraciones de otros derechos. O a la inversa, la garantía de un derecho conduce a la garantía de otros derechos. Es decir, que se pueden producir acciones concatenadas de vulneraciones o de garantías de derechos.⁶

⁶ El artículo 5 de la Declaración de Viena adoptada en la Conferencia de Derechos Humanos en 1993 afirma que “Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo peso. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales (punto 5).

Los principios fundamentales para la implementación de las políticas públicas desde el enfoque de derechos se pueden diferenciar en aquellos que son transversales y comunes para la implementación de todos los derechos fundamentales (civiles, políticos, sociales, económicos, y culturales), y aquellos que son específicos o inherentes a los derechos económicos, sociales y culturales. Estos principios constituyen guías de la acción estatal a la hora de garantizar dichos derechos. Además, permiten delimitar el alcance de las obligaciones estatales y diseñar su contenido. Entre los principios transversales mencionamos la igualdad y no discriminación, el acceso a mecanismos de exigibilidad, la participación social, el acceso y la producción de información. Por su parte, los principios específicos son: obligaciones inmediatas y progresivas, protección especial y prioritaria a grupos en situación de vulnerabilidad, niveles mínimos de derechos, obligación de no regresividad y obligación de adoptar medidas hasta el máximo de los recursos disponibles (Rossi y Moro, 2014). Este conjunto de principios provee una matriz conceptual que permite un abordaje tanto teórico como práctico de las políticas públicas, basado en los estándares internacionales fijados por el sistema universal y el sistema regional interamericano de derechos humanos.

Un concepto relevante del enfoque de derechos es el de igualdad estructural, material o sustantiva (Ferrajoli, 2008), que es superador al concepto de igualdad formal, o igualdad ante la ley. La igualdad sustantiva toma en cuenta las diferencias, especialmente las de los grupos desaventajados o vulnerables (Fiss, 1999). Las políticas con enfoque de derechos implican poner a aquellos grupos desaventajados, en una línea de igualdad básica con el resto de la población (Cunil Grau, 2010).

La dimensión sustantiva de la igualdad trata de promover medidas que tiendan a compensar las desventajas de índole socio-económico y aquellas referidas a los colectivos y sectores sociales postergados (pueblos originarios, niños y niñas, adultos mayores, mujeres, personas con discapacidad, comunidad LGBT, entre otros) y los sitúen en pie de igualdad con el resto de la población para el goce efectivo de sus derechos. A su vez, el marco de derechos reclama una protección prioritaria a estos grupos (Rossi, 2013).

La consideración de la igualdad sustantiva implica un posicionamiento activo por parte del Estado a través de la implementación de políticas sociales de corte universal, medidas de acción afirmativa y políticas que contemplen de manera diferenciada a aquellos grupos históricamente excluidos (Fraser, 1997, Young, 1996, De Sousa Santos, 2009). Es decir, que el Estado debe confeccionar un menú variado y complejo de acciones y políticas públicas que permitan garantizar derechos individuales y colectivos en forma satisfactoria y equitativa. Por lo tanto, como señalan Moro y Rossi (2014) “...La brecha entre el reconocimiento de la igualdad en el plano normativo y la consolidación de una igualdad en el ejercicio efectivo de los derechos se plantea como una tensión permanente y un proceso de construcción política no exenta de conflicto” (p. 30).

El marco internacional de derechos humanos, así como varios textos constitucionales de América Latina, retoman el concepto de igualdad sustantiva que incluye el reconocimiento de las particulares diferencias de los colectivos y por lo tanto la necesidad de implementar medidas especiales que tiendan a la igualdad. (Convención Americana de Derechos Humanos, artículo 24). Con respecto a los NNA el concepto la igualdad sustantiva se expresa en la Convención sobre los Derechos del Niño, sobre todo en el artículo 2: derecho a la no discriminación, y el artículo 3: Consideración del interés superior del niño. El artículo 2, insta a los estados parte a suprimir todos aquellos obstáculos que pudieran constituirse en barreras para la garantía plena y efectiva de todos los derechos de NNA. El respeto por el “interés superior” insta a los estados parte a considerarlo en todas las medidas y políticas destinadas a infancia tomadas por instituciones públicas o privadas de bienestar social, tribunales, autoridades administrativas y órganos legislativos (Convención Internacional sobre los Derechos del Niño).

Ahora bien, la pobreza constituye una de las barreras estructurales discriminatorias más relevantes a la hora de garantizar la igualdad sustantiva. La pobreza infantil, en particular, se puede pensar desde un abordaje multidimensional, y no solo condicionada al ingreso monetario de las familias, sino al acceso, goce y garantía de una multiplicidad de bienes y servicios. La CEPAL en su informe sobre pobreza infantil en Latinoamérica, así como también otros trabajos posteriores sobre

el tema, incluyen una manera novedosa de ponderar la pobreza infantil aplicando el enfoque de derechos y tomando en cuenta la privación de derechos como unidad de medida (CEPAL, Pobreza Infantil en América Latina, 2010, González Contró et al, 2016). La pobreza en general y la infantil en particular, constituye una de las barreras más importantes a la hora de garantizar el derecho a la salud, ya que se conforma como un fuerte factor discriminatorio que dificulta la accesibilidad a los servicios de salud.

A continuación, revisaremos el derecho a la salud y la perspectiva de derechos en salud en términos de la accesibilidad a los servicios de salud.

2.2. El derecho a la salud. Perspectiva de derechos en salud.

Reseña histórica del concepto de derecho a la salud. Accesibilidad a los servicios de salud. El derecho a la salud desde los Comités seguimiento de PIDESC y de la Convención sobre los Derechos del Niño.

Es imprescindible comenzar a pensar en salud desde una perspectiva de derechos, que nos permita por un lado, efectuar una lectura más integral de los procesos de salud y enfermedad, incluyendo sus determinantes sociales y culturales, y por el otro, dimensionar los alcances y las obligaciones que tienen los estados, en consonancia con los instrumentos del sistema internacional y americano de derechos humanos, contenidos en la Constitución, en la efectiva garantía del derecho a la salud para toda la población.

El derecho a la salud está enunciado vagamente en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.⁷ El tratado donde este derecho adquiere mayor relevancia como derecho social es en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas de 1966 (PIDESC), expresado en el artículo 12.⁸ También, se prevé garantizar el derecho a la

⁷ El artículo 25 establece: Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. Declaración Universal de los Derechos Humanos UN diciembre de 1948.

⁸ El artículo 12 PIDESC.

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

salud en los tratados del sistema interamericano de derechos humanos (Protocolo de San Salvador, art.10 y 11) así como también en los tratados específicos de derechos humanos para las mujeres, los niños, niñas y adolescentes. Con referencia a éstos últimos, la Convención sobre los Derechos del Niño del año 1989, incluye el derecho a la salud en su artículo 24 (CDN, 1989).

Nuestro país se ciñe a los compromisos sobre los derechos sociales, económicos y culturales y los derechos de niñez y adolescencia, a partir de la ratificación de los tratados de derechos en la década del 80: Convención Americana de los Derechos del Hombre (1984), Convención contra todas las formas de discriminación contra la Mujer (1985), Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989), entre otros, y su incorporación a la Constitución Nacional, en su artículo 75, inciso 22, en la reforma de 1994.

Esta perspectiva genera obligaciones y responsabilidades para los Estados, que tienen que incluir en su marco jurídico y normativo la obligación de respetar, proteger, promover, facilitar y proveer el acceso universal a la salud (Van Hoof, 1984), así como garantizar que las personas, sin ningún tipo de discriminación, hagan uso de su derecho a la salud (Ase, Burijovich, 2010).

El derecho a la salud ha sido objeto de las observaciones generales de los Comités que controlan el cumplimiento del PIDESC y de la Convención sobre los Derechos del Niño. Señalaremos algunos aspectos relevantes que precisan su contenido y el alcance de las obligaciones estatales. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General 14 ha señalado los elementos esenciales para el acceso a la salud que el Estado debe garantizar a todos

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

sus ciudadanos. Estos son disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. En lo que sigue, desarrollamos cada uno de estos elementos.

Disponibilidad: cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. Dichos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

Accesibilidad: como veremos más adelante en el desarrollo de la investigación y en el trabajo de campo, la accesibilidad será una dimensión clave en el análisis de las trayectorias de las familias y sus hijos/as que se atienden en el Hospital Garrahan y que provienen de Lomas de Zamora. A su vez, la accesibilidad comprende 4 dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información que desarrollaremos a continuación:

1) *No discriminación:* los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna. Es menester que se haga hincapié en el acceso sin restricciones a aquellos grupos desaventajados o población vulnerable, aplicando el concepto de igualdad sustantiva.

2) *Accesibilidad física:* Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial de los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentran a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la

accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

3) *Accesibilidad económica (asequibilidad)*: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados cubran a toda la población, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

4) *Acceso a la información*: comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Este derecho se encuentra explicitado en otros tratados como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), la Convención Americana de Derechos Humanos (1969) y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (1989).⁹

Además de constituirse como un derecho social, el acceso a la información se ve favorecido por la utilización de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC). De modo que la disseminación y divulgación de información sanitaria, ya sea científica o estadística, se torna mucho más accesible. El derecho al acceso a la información también puede ser considerado un determinante social de la salud, ya que a través de las TIC, particularmente Internet, puede ejercer influencia sobre la situación de salud, y en particular sobre las inequidades en salud, tomando en cuenta además, que es necesario asegurar el acceso a las nuevas tecnologías con el fin de disminuir la brecha digital (Castiel, Sanz Valero, 2010). Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

| *Aceptabilidad*: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades,

⁹ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 19 párrafo 2. Convención Americana de Derechos Humanos, artículo 13, Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 13

a la par que sensibles a los requisitos del género y el curso de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (OG 14, Punto 12, a, b, c, d, 2000).

Cabe señalar que las políticas sanitarias frecuentemente se han focalizado en lograr la accesibilidad a los servicios, dejando de lado la calidad de atención.

Un efector con una provisión de servicios cualitativamente pobre constituye un obstáculo para la garantía del derecho a la salud, independientemente de la accesibilidad. Según el Instituto de Medicina de Estados Unidos, los esfuerzos para mejorar la calidad deben estar focalizados en los siguientes aspectos: efectividad, eficiencia, equidad, seguridad, oportunidad y centralidad del paciente. Los servicios provistos deben ser efectivos, basados en evidencia científica y utilizados en forma racional. Los resultados sanitarios son buenos instrumentos de información, pero no siempre reflejan la calidad de los servicios, ya que, además, existen otros aspectos relevantes en su consideración, como son las respuestas, la receptividad y las percepciones de los pacientes, tanto a nivel individual como comunitario, es decir, cómo se construye socialmente el concepto de calidad en salud. Por lo tanto, la calidad tiene una dimensión multideterminada donde las cuestiones técnico-científicas, si bien muy relevantes, constituyen solo una parte (Hanefeld et al, 2017).

Según la Observación General citada anteriormente, el derecho a la salud comprende obligaciones básicas referentes al nivel mínimo esencial del derecho, a la obligación de adoptar y aplicar estrategias y planes de acción nacionales de salud pública que contemplen los problemas de salud de toda la población, prestando especial atención a los grupos vulnerables. Dichas estrategias deberán ser periódicamente revisadas. Los Estados Partes deben adoptar medidas de conformidad con el principio de progresividad. Además, establece la prohibición absoluta de

regresividad cuando la medida afecta la satisfacción de niveles esenciales del derecho a la salud.

Es necesario entonces analizar con más profundidad el concepto de accesibilidad en salud. Este concepto se comenzó a utilizar por los investigadores en salud en 1960 y constituye uno de los elementos fundamentales de la estrategia de APS expresada en la Declaración de Alma-Ata de 1978, reafirmada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el 2007. Sin embargo, muchas veces se lo utiliza de manera imprecisa o con limitada profundidad conceptual, particularmente en lo que se refiere a la dimensión cultural de la accesibilidad (Landini et al, 2014, Comes, 2006).

La accesibilidad ha sido definida como la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole (Hamilton, 2001).

Stolkiner define a la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo surge de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios. Es decir, que se trata de un concepto relacional que involucra a la oferta (servicios de salud) y a la demanda (sujetos que utilizan y necesitan atención). Por lo tanto, como uno de los actores implicados son los sujetos, aparecen aspectos subjetivos tales como las percepciones que estos tienen en relación a los servicios de salud (Stolkiner, 2000; 2006).

Landini et al, (2014) en su artículo “Marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural” plantean dos líneas conceptuales para definir el concepto de accesibilidad. La primera es la que considera a la accesibilidad relacionada con los servicios de salud, es decir con la oferta, entendiéndola como aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan el hecho de que los usuarios puedan acceder y recibir la atención que necesitan. La segunda línea es la que toma el concepto de accesibilidad desde un punto de vista relacional, tomando en cuenta tanto la oferta como la demanda. En esta línea se concibe la accesibilidad como la posibilidad y/o capacidad de los usuarios de recibir cuidados de salud, centrada en la articulación entre

la oferta de los servicios de salud y las características de la demanda. Los autores, además, analizan los trabajos que abordan de manera práctica el concepto. Destacan entonces dos tipologías como las más mencionadas en la bibliografía. La primera conceptualiza el acceso en términos de disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad, en la línea de lo propuesto por la OG14, analizada en párrafos anteriores. La segunda tipología diferencia entre varias dimensiones de la accesibilidad: accesibilidad geográfica, financiera, administrativa y cultural. También, proponen hablar de accesibilidad psico-socio-cultural en lugar de referirse a ella simplemente como aceptabilidad o de accesibilidad cultural o simbólica (Landini et al, 2014).

Se entiende por accesibilidad geográfica a aquella relacionada con las distancias entre los beneficiarios y los servicios, en términos de las vías de comunicación y transportes disponibles. La accesibilidad económica refiere a la capacidad financiera de las personas en relación con los costos, tanto del transporte, del valor de la consulta y los estudios, como de los medicamentos. La accesibilidad administrativa atiende a las trabas relacionadas con los horarios de atención o los sistemas de asignación de turnos.

Es importante mencionar que los funcionarios encargados de la organización de los efectores en términos de horarios, turnos y disponibilidad, pueden ser considerados burócratas al nivel de calle ya que tienen un contacto muy próximo con la población, son los mediadores entre las políticas públicas y las personas los vivencian como los representantes del Estado. Los burócratas a nivel de calle son los que aplican comportamientos racionalizadores estableciendo rutinas con el propósito de limitar la demanda en respuesta a la escasez de recursos (Lipsky, 1980).

La accesibilidad cultural se focaliza en los hábitos, costumbres de la población y las diferencias existentes a nivel cultural entre los profesionales, la organización del servicio, por un lado y los usuarios, por el otro. El concepto de accesibilidad simbólica de Stolkiner (2000; 2004; 2006 y 2008) toma en consideración el modo en que las personas conciben la atención en el ámbito público, como derecho o como acto de beneficencia, la cual puede constituirse en una barrera para acceder al sistema de salud. Las representaciones de los sujetos, es decir su universo subjetivo o simbólico pueden constituirse en barreras específicas, o también en facilitadores, que deben ser tomados

en cuenta. En este sentido, en nuestra investigación veremos cómo el prestigio de una institución como el Hospital Garrahan constituye un facilitador que incentiva fuertemente la concurrencia de las familias y sus hijos provenientes de Lomas de Zamora hacia dicha institución.

Además, resulta pertinente señalar que la garantía del derecho a la salud y al acceso a la atención, el Comité de Derechos del Niño en la Observación General 15 sobre el derecho del niño al disfrute del mayor nivel posible de salud, hace hincapié en el Concepto de Interés Superior del Niño, en conjunto con los otros tres principios generales de la Convención (no discriminación, derecho a la vida, supervivencia y desarrollo y derecho a la participación), en lo que respecta a la interpretación y aplicación de todos los derechos del niño en general, y del derecho a la salud en particular (OG 15, Capítulo IV, D, 2013).

La garantía del derecho a la salud se enmarca en la estrategia de la atención primaria de la salud, cuyos objetivos y acciones fueron planteados en la Declaración de Alma Ata (OMS-UNICEF, Conferencia sobre Atención Primaria de la Salud, 1978). Además, toma en cuenta los elementos esenciales ya explicitados en la OG14 en cuanto a la disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y calidad, que deben cumplir las políticas, servicios y programas de salud destinados a los NNyA. A su vez, hace referencia al cumplimiento de estándares mínimos de cobertura y la condición de no regresividad.¹⁰ Como veremos más adelante en nuestra investigación, el análisis de la accesibilidad y la disponibilidad de los servicios de salud en el municipio de Lomas de Zamora, cobra especial relevancia.

¹⁰ Según el Comité de Seguimiento de la CDN “Todos los Estados, con independencia de su nivel de desarrollo, deben adoptar de inmediato medidas para cumplir estas obligaciones con carácter prioritario y sin imponer discriminación alguna. Cuando pueda demostrarse que los recursos disponibles son insuficientes, los Estados deberán adoptar medidas selectivas para proceder lo más expedita y eficazmente posible en pro de la plena realización del derecho del niño a la salud. Independientemente de los recursos disponibles, los Estados tienen la obligación de no adoptar medidas retrógradas que puedan entorpecer el disfrute por el niño de su derecho a la salud” (OG 15, párr. 72) (2013).

2.3. El derecho a la salud desde los organismos internacionales específicos: Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.

Evolución de la concepción del enfoque de derechos en salud desde los organismos internacionales. Estrategia de Atención Primaria de la Salud, y la incorporación de la perspectiva de derechos como marco de referencia y guía internacional.

Desde la Carta de Constitución de la OMS en 1946 y su entrada en vigor en 1948 se postula a la salud como un derecho inalienable de todo ser humano. La carta no solo define a la salud, sino que le otorga el carácter de derecho humano, menciona el derecho a la igualdad y a la no discriminación y la necesidad de fomentar la salud de la niñez. En lo que sigue, se revisará desde qué momento las organizaciones toman a la salud como un derecho exigible, más allá de afirmarlo declarativamente o mencionarlo como una aspiración moral que todo Estado debería perseguir.

La estrategia de atención primaria, cuyo documento fundante es la Conferencia de Alma Ata de 1978 establece la consigna de “Salud para todos para el año 2000” (Alma Ata, 1978). Asimismo, la estrategia de promoción de la salud plasmada en la Carta de Ottawa de 1986 continúa con la propuesta de 1978 (OMS, Promoción de la Salud, 1986). Ambas tienen sus fundamentos en los determinantes sociales y ambientales de la salud, la participación comunitaria, el acceso a los servicios de salud, la planificación central que requiere de un Estado activo y presente, la descentralización, la elección de prioridades y recursos, y la cooperación entre las políticas nacionales y las organizaciones de la sociedad civil, tanto locales como internacionales.

Ambas iniciativas se enmarcan en la primera ola de reformas de los sistemas de salud correspondiente a los años setenta y principios de los ochenta y que también se llevaron adelante en América Latina. La orientación fue universalista y reivindicatoria del acceso igualitario a la salud, en tanto es el Estado el responsable de hacer efectivo este derecho. Si bien las iniciativas mencionadas no hacen especial hincapié en el derecho a la salud, proponen cambios institucionales y administrativos donde el papel del Estado en la provisión de servicios es fundamental (Belmartino, 2006). Es a partir de los años 90 y como consecuencia de las reformas profundas en

las economías, la globalización y las políticas de mercado, que se plantea la segunda reforma de los servicios de salud. Los documentos producidos por los organismos internacionales no escapan a este nuevo paradigma. Belmartino (2006) en su texto “La reforma del sector salud en la Argentina” menciona lo siguiente: “...Las reformas en profundidad de un sistema como el de servicios de salud serían la culminación de un largo proceso en el que un sistema dominante de creencias es reemplazado por otro. En paralelo, y como consecuencia se definiría un nuevo paradigma de intervención” (p. 103).

Durante los años 90 en América Latina en general y en Argentina en particular, predominó el diseño de políticas residuales dirigidas a los grupos más desaventajados, e insertas en un régimen con bajos niveles de desmercantilización y escasos derechos sociales (Esping Andersen, 2000). Las políticas en salud orientaron los recursos del Estado hacia los grupos vulnerados definiendo un conjunto de intervenciones mínimas basadas en el análisis de costo-efectividad, tomando en cuenta los recursos disponibles. La obligación estatal estaba circunscripta a la garantía de la oferta de esa canasta básica (Ase, Burijovich, 2010). En este contexto se enmarcaron los reportes mundiales de la OMS. Especialmente el del año 2000 trata de cómo mejorar el desempeño de los servicios de salud (OMS, Reporte de Salud en el Mundo, 2000). El reporte analiza los sistemas de salud tomando en cuenta su calidad, equidad y la distribución de los recursos financieros. La responsabilidad de la provisión de salud recae en los Estados Nacionales. Ello entraña una decisión implícita que requiere de la racionalización de recursos respetando el principio ético que no admite dejar afuera a los grupos desaventajados. Los sistemas de salud tienen tres objetivos: mejorar la salud, disminuir el costo por enfermedad y responder a las expectativas de los consumidores. Se menciona la función de rectoría del Estado¹¹ sobre los recursos y el control de la provisión de salud pública y privada, donde la tercerización de la

¹¹La función de rectoría del Estado es desempeñada por la autoridad sanitaria que tiene como función la conducción, la regulación, la ejecución de las funciones esenciales de la salud pública, la modulación de la financiación de la atención en salud, la vigilancia del aseguramiento y la armonización en la provisión de servicios. OPS. (2002). La Salud Pública en las Américas, nuevos conceptos, análisis de desempeño y bases para la acción.

atención, la descentralización y autonomía de los proveedores de salud son instrumentos esenciales. Según el mismo texto de Belmartino (2006) “... El principal escenario de cambio es el nivel meso, donde se procesan las relaciones entre financiadores, proveedores y pacientes; los actores, en este caso, son las distintas organizaciones y las instancias de regulación” (p. 109).

El documento de la OPS del año 2002 sobre las funciones esenciales de salud pública continuó con esta línea conceptual (OPS, Salud Pública en las Américas, 2002). Este destaca la función de rectoría del Estado en el contexto de la descentralización, el surgimiento de nuevos actores públicos y privados, por lo cual la provisión de servicios y la ejecución de políticas sanitarias tiende a dejar de ser una responsabilidad directa de los ministerios de salud, para darle lugar a las instancias intermedias del Estado y las organizaciones locales.

Sin embargo, ya para ese mismo año, esas organizaciones mencionadas comenzaron a incorporar el enfoque de derechos en los documentos relacionados con la salud. Es así como a partir del año 2002 desde la OMS se realizaron una serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos. En el primer número de julio de 2002 se definió el enfoque de la salud basado en los derechos humanos a partir de los siguientes postulados:

- Utilizar los derechos humanos como marco para el desarrollo sanitario.
- Evaluar las consecuencias que tiene cualquier política, programa legislación sanitaria para los derechos humanos y adoptar medidas al respecto.
- Tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, la aplicación, la supervisión y la evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros) que guarden relación con la salud (OMS, 2002).

En esta línea, se publicaron varios cuadernillos, algunos en conjunto con la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de Naciones Unidas. El cuadernillo 31 del año 2008 sobre el derecho a la salud reafirma el concepto del enfoque de derechos de la salud, en términos de los compromisos con los tratados de derechos del sistema universal de los derechos humanos. Son conceptos clave la progresividad, los estándares mínimos y la obligación de los Estados de promover, realizar y respetar los derechos en materia sanitaria. El documento describe a la salud

como un derecho inclusivo, donde se deben tener en cuenta sus determinantes sociales (provisión de agua potable e infraestructura sanitaria, alimentos y nutrición adecuada, condiciones de trabajo y medio ambiente salubres, educación e información y políticas sanitarias que incluyan la perspectiva de género). Además, desglosa al derecho a la salud en los siguientes postulados:

- El derecho a un sistema de protección de la salud que brinde a todos iguales oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud.
- El derecho a la prevención y el tratamiento de las enfermedades, y la lucha contra ellas.
- El acceso a medicamentos esenciales.
- La salud materna, infantil y reproductiva.
- El acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos.
- El acceso a la educación y la información sobre cuestiones relacionadas con la salud.
- La participación de la población en el proceso de adopción de decisiones en cuestiones relacionadas con la salud a nivel comunitario y nacional (OMS-Oficina del Alto Comisionado, 2008).

La resolución adoptada luego de la 50 reunión del Consejo Directivo, en la 62 sesión del Comité Regional de la OPS de setiembre de 2010, exhorta a los Estados Miembros a que fortalezcan a las autoridades sanitarias para trabajar con las entidades de derechos humanos en la implementación de estándares relacionados con la salud, en la formulación de políticas y programas en conformidad con los instrumentos de derechos humanos. Insta a la cooperación técnica de la OPS para la formulación y revisión de las legislaciones sobre salud, la promoción de programas de capacitación en derechos para los trabajadores de salud y la difusión de los derechos humanos en las instituciones del Estado y la sociedad civil (OPS-OMS, 2010).

Como analizamos anteriormente, la inclusión de la perspectiva de derechos en salud permeó el discurso y la gestión de las políticas públicas sanitarias llevadas adelante en la región, en pos de garantizar una cobertura universal, en un intento de paliar las inequidades existentes y tomando en cuenta los determinantes sociales, culturales y ambientales de la salud.

Es importante señalar, además, que los postulados anteriormente descriptos y referidos al enfoque de derechos en salud por parte de la OMS se encuentran enmarcados en la estrategia de APS en términos de universalidad, accesibilidad, no discriminación, participación e información.

A continuación, se analizará con detalle la Estrategia de APS.

2.4. Estrategia de Atención Primaria de la Salud promovida desde los organismos internacionales.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en 1978 en Alma-Ata (Kazajstán, Unión Soviética), definió y otorgó el reconocimiento internacional al concepto de APS como principal estrategia para alcanzar la meta de Salud Para Todos en el año 2000. Dicha estrategia marcó el inicio de un nuevo paradigma para mejorar la salud colectiva y el establecimiento de una nueva plataforma de política sanitaria internacional. Según la Conferencia de Alma Ata se define a la atención primaria de la salud como

La asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptadas, puestas al alcance de los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación comunitaria, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo económico y social global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y comunidad con el sistema de salud nacional, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Alma Ata, 1978Cap. V).

La APS se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas. Comprende las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes, la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición adecuada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, la

asistencia materno infantil con inclusión de la planificación de la familia, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales, el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales (Alma Ata, 1978, capítulo VII, puntos 2 y 3).

La APS, para alcanzar su meta de “salud para todos” además requiere para su funcionamiento integral, la organización de los sistemas de atención, tanto los recursos materiales como los equipos de salud, por niveles de complejidad creciente, siendo el primer nivel de atención llevado adelante por los centros de salud, el segundo nivel por hospitales donde se resuelven aquellas patologías que no pueden ser abordadas por los primeros, y un tercer nivel de atención, donde la complejidad se traduce en prácticas que requieren de tecnologías y métodos altamente sofisticados. Por lo tanto, el concepto de niveles de atención se basa en el análisis epidemiológico de los problemas de salud, la consideración de los recursos tecnológicos y de la relación entre complejidad y frecuencia (problemas complejos requieren respuestas complejas, problemas frecuentes requieren respuestas menos complejas (Ase y Burijovich, 2009). En este sentido, es importante destacar que la relación entre complejidad y frecuencia no siempre sigue este patrón lineal, ya que en muchas oportunidades los problemas que se presentan en forma frecuente pueden requerir respuestas complejas, en tanto y en cuanto se producen en contextos definidos por múltiples variables. Dicho contexto conforma un sistema complejo, el cual se puede comprender como una representación de un recorte de la realidad, conceptualizado con una totalidad organizada (de ahí la denominación de sistema) en la cual los elementos no son separables y, por lo tanto, no pueden ser estudiados separadamente. En consecuencia, no necesariamente significa que exista una determinación mutua entre los elementos del sistema, haciendo referencia a una relación causal recíproca. Más bien se trata de una “interdefinibilidad” entre dichos elementos (García, 2006). La estrategia de APS se lleva adelante en el terreno de la complejidad, es decir en el seno de los sistemas complejos.

La implementación de la estrategia de APS a nivel global no ha sido sencilla. La meta propuesta para el año de “salud para todos para el año 2000” sigue siendo tan

lejana como entonces. La falta de decisión política, los costos, la dificultad para producir cambios institucionales, la imposibilidad de coordinar a todos los actores del sector salud en torno a un sistema basado en estrategia única, fueron algunos de los factores que obstaculizaron, particularmente en América Latina, la puesta en marcha de una APS integral como lo propiciaba OPS-OMS. A inicios de la década de los 80 se producen en América Latina severas restricciones económicas a partir de la instauración de la perspectiva neoliberal, y el rol minimalista del estado con respecto a las políticas sociales. De modo que el concepto originario de APS va adquiriendo otros significados: puede ser considerada estrategia, un nivel de atención o un programa. Mario Testa hace referencia al uso de la estrategia de APS como atención “primitiva” de la salud, en términos de constituirse en una medicina de segunda categoría destinada a población vulnerable, de modo que es considerada una medicina pobre para pobres, precaria en términos de los recursos materiales, humanos y tecnológicos necesarios (Testa, 1988).

Aparece entonces la necesidad de una reformulación del concepto de atención primaria ante la inviabilidad de la propuesta de una estrategia de atención primaria integral. De esta manera, se desarrolla el concepto de la APS selectiva aportada por primera vez por Walsh y Warren (1979) y luego por Boland y Young (1982), desde la OPS. Se trata de una propuesta que implica la restricción de las actividades a un conjunto de acciones de carácter mínimo y programas a corto plazo dirigidos a los sectores más vulnerables de la población, centrada en lo “materno-infantil”, donde se intenta cubrir las prestaciones mínimas, dejando por fuera la consideración y la acción sobre los determinantes sociales de la salud, y obviando la participación comunitaria. Estas estrategias fueron aprobadas en 1982 por UNICEF que presentó un proyecto llamado GOBI-FF dirigido a niños, niñas y mujeres embarazadas. La sigla está compuesta por: G. *Growth monitoring*: a gran escala de gráficos de crecimiento para vigilar el desarrollo de los niños; O. *Oral rehydration*: disponibilidad amplia de sales de rehidratación oral; B. *Breast-feeding*: fomento de la lactancia natural; I. *Immunization*: inmunización de todos los niños contra el sarampión, difteria, tosferina, tétanos, tuberculosis y poliomielitis; F. *Food supplements*: suplementos alimentarios

para mujeres embarazadas y niños de corta edad; F. *Family spacing*: planificación de la familia, énfasis en el espaciamiento de los embarazos.

Desde inicios de la década del 90 los organismos financieros internacionales—en particular el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM)—han promocionado a la APS selectiva como estrategia de reforma y fortalecimiento de los sistemas de salud regionales. Esta concepción de la APS fue sinónimo de programas compensatorios destinados a población muy vulnerable, optando por la concreción de programas restringidos, paternalistas, verticales, cortoplacistas y no integrados al sistema general de salud. En varios países europeos, se estableció lo que se conoce como APS de puerta de entrada, a fin de administrar el acceso al sistema de salud.

En la APS de puerta de entrada, este primer nivel de atención se lleva a cabo por médicos de familia o generalistas cuyas responsabilidades resolver y coordinar toda la atención necesaria. Estos sistemas con porteros tienen un enorme potencial para garantizar la atención y hacer un uso eficiente de los recursos. Existe una clara diferenciación entre médicos generalistas y especialistas. Es así como se restringe el concepto de integralidad y la necesidad de la articulación en niveles crecientes de atención, características que definen de por sí a la estrategia de APS, transformándose solamente en una práctica de baja complejidad.

Según sostienen Ase y Burijovich (2009)

El concepto de APS ha sido interpretado así, en los últimos 25 años, como prevención primaria sin atención, primer nivel de atención, puerta de entrada al sistema de salud, paquete básico de prestaciones para población vulnerable, atención para pobres, atención basada exclusivamente en la comunidad y atención primaria de baja sofisticación y calidad inferior (p.37-38)

A partir del año 2003 se planteó desde la OMS y OPS una estrategia de APS renovada donde se intentó volver a su concepción integral, con el objetivo de incorporar el enfoque de derechos en salud, ante el fracaso de estrategias de APS más restringidas. El documento de OMS/ OPS sobre el posicionamiento de la renovación de la APS en las Américas del año 2007, destaca sus aspectos más relevantes. Aunque se reconoce la necesidad de direccionar recursos hacia los sectores más vulnerables,

en ningún momento se consideró a la estrategia como política o programa destinado a los pobres o complementaria de las visiones mercantilistas del sector salud. Vuelve a tomar en consideración los determinantes sociales y el enfoque de derechos en salud, y la integración de dicha estrategia como componente esencial de las políticas sanitarias de la región. Los siguientes son sus rasgos más relevantes:

- Se fundamenta en valores, principios y elementos esenciales donde el derecho al mejor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad son los pilares fundamentales.
- Se dirige a toda la población, prioriza las intervenciones costo-efectivas para la población más vulnerable y organiza redes de atención primaria.
- Suministra un amplio rango de servicios y la mejor calidad de atención, basada en los recursos disponibles.
- Es un enfoque efectivo tanto para países desarrollados como en desarrollo.
- Contribuye a la igualdad en términos de indicadores de salud es menos costosa y más efectiva para los individuos y la sociedad.
- Libera recursos para los menos favorecidos.

La estrategia de APS ha sido planteada en los países de la región como uno de los pilares de la atención en salud, por lo cual constituye un componente esencial y prioritario en el diseño e implementación de las políticas públicas sanitarias.¹²

La articulación de la estrategia de APS y el enfoque de derechos puede accionar como un puente entre el discurso sanitario y el discurso de los derechos humanos, desde el momento en que la APS se concibe desde una perspectiva integral, que atraviesa a la totalidad del sistema de salud garantizando de esta manera, el derecho a la salud de forma universal e igualitaria, en términos de acceso, coordinación y continuidad del cuidado. Además, el valor del enfoque de derechos se basa en la capacidad de guiar con estándares y principios consensuados internacionalmente la actuación de los Estados en situaciones concretas, en este caso referidas a las políticas

¹²La declaración de Montevideo (2005) y de Buenos Aires (2007) de la OPS/ OMS, en conjunto con los ministros de salud de los países de la región, confirmaron que la estrategia de la APS se basa en valores y principios que deben orientar la estructura y el funcionamiento de los sistemas de salud en todos sus niveles y para todos (Giraldo Osorio, Vélez Álvarez, 2012).

sanitarias (Ase y Burijovich, 2009). Sin embargo, las dificultades y restricciones de aplicar este enfoque de derechos a las políticas de APS son múltiples, especialmente en la Región Latinoamericana. Señalamos la heterogeneidad de las sociedades de la región, las diversas presiones de los distintos actores frente al estado que condiciona la orientación de las políticas, las culturas organizacionales hegemónicas y las inequidades reales en el acceso a los derechos sociales.

En el año 2013 la OMS y el Banco Mundial proponen la cobertura universal al acceso a la salud. La noción de universalidad aquí propuesta se define con más vigor en el documento del año 2014 de la OMS “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” de octubre de 2014, donde se establecieron cuatro líneas estratégicas: a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades; b) fortalecer la rectoría y la gobernanza; c) aumentar y mejorar el financiamiento, y avanzar hacia la eliminación del pago directo; y d) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la cobertura universal. El documento hace hincapié en la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención y la estrategia de APS. Pareciera que la estrategia está destinada a la protección económica de la población y así evitar el riesgo de empobrecimiento frente a un potencial gasto de bolsillo (OMS 2013), e implementar la cobertura total de la población vulnerable o de riesgo, definiendo una población objetivo. Si bien ambos documentos están anclados discursivamente en la perspectiva de derechos, se invitó a los países a redefinir sus sistemas de salud y hacer hincapié en el abordaje de las poblaciones de riesgo (OMS, Acceso y Cobertura Universal de Salud, 2014). La indicación o sugerencia para que en forma individual cada país revise su sistema de salud y aborde el tratamiento las poblaciones de riesgo en forma prioritaria, le otorga cierta particularidad al significado de la universalidad en la cobertura de salud, en la medida en que corre el eje del debate sobre la universalidad misma. Es decir, que se retorna a un modelo de APS más bien restringida. No obstante, propone que los esfuerzos y estrategias deben estar orientados al cumplimiento de la cobertura total, incluyendo lo público, privado o mixto.

Como vimos hasta el momento, los debates sobre las reformas de los sistemas de salud han girado sobre la necesidad de alcanzar la cobertura universal, aunque sin un claro consenso acerca de los alcances de ese objetivo, que va desde la existencia de un mínimo al alcance de todos, hasta una cobertura amplia, suficiente e igualitaria. De esta manera, la concepción de universalidad que ha sido planteada por la OMS se aleja en alguna medida de la consideración de la salud como un derecho social (Crojethovic, 2016).

Según el informe quinquenal del director de OPS, período 2013-2017, los países de la región han progresado en el mejoramiento del acceso a los sistemas y servicios de salud. Cabe señalar que las políticas públicas que lo garantizan se encuentran enmarcadas en la estrategia de APS. Sin embargo, las inequidades producto de la pobreza, además de otros determinantes sociales de la salud persisten, influyendo dramáticamente sobre la salud poblacional y el acceso a los servicios de salud. Según el mismo informe el porcentaje de la población de la región que refiere obstáculos al acceso varía enormemente entre los países, de 7% a 66%, y es más alto en los hogares más pobres. Treinta por ciento de la población no tiene acceso a la atención de salud por razones financieras, mientras que 21% no solicita atención debido a los obstáculos geográficos. Entre los grupos más afectados se encuentran las poblaciones vulnerables, como los NNyA, los ancianos y las mujeres; las poblaciones indígenas y de ascendencia africana; los migrantes; las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales integrantes del colectivo LGBT; y las personas con enfermedades crónicas o incapacitantes. En los últimos cinco años se podrían haber evitado cerca de 1,2 millones de muertes en la región si los sistemas de atención de salud ofrecieran servicios de salud accesibles, de calidad y oportunos. En varios países, de 10% a 15% de la población todavía debe afrontar gastos catastróficos, con pagos directos del bolsillo que los exponen al riesgo de empobrecimiento. (OPS, Informe Quinquenal, 2017).

Poniendo el foco en la Argentina, debe señalarse que nuestro país no escapa a estas consideraciones generales que efectúa el organismo regional. La estrategia de APS ha sido y sigue siendo un componente fundamental en el discurso y en la gestión de todas las políticas sanitarias implementadas en nuestro país. Ha sido la estrategia

implementada en las acciones en salud antes, durante y después de las reformas de los 80 y 90; es un componente fundamental de la concepción del Plan Federal de Salud (2004-2007); constituye un ingrediente primordial presente en la gestión de una multiplicidad de programas y acciones sanitarias que se llevan a cabo en los tres niveles jurisdiccionales: municipal, provincial y nacional.¹³ Sin embargo, su implementación se ha obstaculizado ante las características particulares del sistema de salud local, donde las inequidades existentes en cuanto a la salud de la población y al acceso a los servicios de salud son contundentes. El siguiente apartado analizará las singularidades del sistema de salud argentino, lo que permitirá arrojar alguna luz sobre las dificultades que se presentan en la implementación de las políticas sanitarias en general y de la estrategia de APS en particular.

¹³Centros de atención primaria (CAPs) Centros de Integración Comunitaria (CICs), PMO, Programa de prevención de enfermedades transmisibles por vectores, Programa Remediar, Programa de Municipios Saludables, Prevención de VIH/ SIDA, Calendario ampliado de inmunizaciones, Plan Nacer / Programa Sumar, Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Salud del Adolescente, Programa de Médicos Comunitarios, entre otros.

CAPÍTULO 3. BREVE CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

Reseña histórica sobre el sistema de salud argentino Los subsectores del sistema de salud. La fragmentación del sistema de salud en sus tres niveles jurisdiccionales: nacional, provincial y municipal. La organización de la salud en el área metropolitana.

La implementación de políticas de alcance universal como la gratuidad en la atención, la creación de programas y campañas masivas, además de la oferta de una importante red de efectores en los tres niveles jurisdiccionales, incentivando el subsector de la seguridad social y el sector público especialmente, se afianzan durante los primeros gobiernos peronistas. La incorporación a posteriori de la estrategia de atención primaria de salud constituye un ingrediente esencial de las políticas sanitarias. Es importante mencionar además la implementación del Plan Médico Obligatorio creado en el año 1995, vigente desde el año 1996, junto con la normativa que lo modifica y amplía (2000; 2002 y 2003).¹⁴ Por su parte, el Plan Remediar (2002) es un claro ejemplo de política de acceso a los medicamentos para la población más vulnerable, ya que aseguró la entrega de medicamentos esenciales a alrededor de 15 millones de personas a través de botiquines distribuidos en los centros de salud. La política impulsó como condición la gratuidad en la atención: la eliminación del arancelamiento a través del “bono contribución” (Programa Remediar, 2013).

3.1. Sistema de Salud Nacional

El estado de bienestar argentino se afianzó durante los dos primeros gobiernos peronistas donde se consolidaron políticas activas de seguridad social, incluyendo importantes modificaciones de las estrategias y políticas relacionadas con la salud. En mayo del año 1946, durante el primer gobierno peronista, se creó la Secretaría de Salud Pública, adquiriendo autonomía e independencia, ya que hasta esa fecha la institución

¹⁴ Modificación Integral del PMO, Res 939/ 2000, PMO de emergencia Res 2724/ 02. Ampliación de Cobertura. Res 310/ 2003 Ministerio de Salud de la Nación.

encargada de la salud de la población era el Departamento de Higiene, bajo la égida del Ministerio del Interior. La designación como Ministro de Salud del Dr. Ramón Carrillo el 4 de junio de 1949, marcó un antes y un después en la historia de la salud pública de la Argentina. La nueva jerarquía otorgada a la Secretaría, que luego de la Reforma Constitucional de 1949 se tornó en Ministerio, y la designación como Ministro de Salud de Carrillo, permitieron la gestión de políticas que significaron la expansión y el auge del subsector público, la creación de la red hospitalaria y centros de salud y la regionalización de la atención médica. Carrillo encaró su programa de regionalización sanitaria. Este consistió en la creación de diferentes Direcciones Sanitarias en todo el país, planteando un modelo centralizado en su concepción, pero operativamente desconcentrado en regiones. Además, se creó la Dirección de Construcciones Sanitarias, y fue a partir de allí que se produce un aumento significativo de la cantidad y calidad de los establecimientos sanitarios, ya que, en ocho años, se construyeron 4.229 establecimientos de salud en todo el país, lo que amplió las camas disponibles de 60.000 en 1946 a 130.000. Se crearon 141 hospitales, 60 Institutos de Especialización, 50 Centros Materno-Infantiles, 16 escuelas técnicas, 23 laboratorios e instituciones de diagnóstico, 9 hogares escuela, Centros Sanitarios y Centros de Salud en todas las provincias. Carrillo puso una especial atención a la formación en salud pública. Propulsó la formación de médicos sanitarios, capacitados en temas relacionados con la salud poblacional y la administración hospitalaria, fundando dicha especialización como una rama más dentro de las ciencias médicas (Young, Amrein, 2015). Sus políticas sanitarias fueron diseñadas con un criterio preventivo y un fuerte carácter social y comunitario. La salud se constituyó en un pilar del estado social del peronismo. Además, el fortalecimiento de los sindicatos y el cuidado de la salud a través de las obras sociales, conformó la base de la seguridad social en nuestro país.

Resulta necesario discutir el término sistema de salud como habitualmente se lo utiliza para describir la coexistencia de tres subsectores o subsistemas que lo componen: el público, el sector de la seguridad social y el privado. La idea de sistema proviene del funcionalismo y es una manera simplificada de abordar una dinámica compuesta por un complejo entramado de actores, recursos, problemas e intereses que

conforman una red de relaciones, con autonomías relativas. A partir de esta dinámica compleja el término más apropiado sería referirse al campo de la salud (Spinelli, 2010).

Realizaremos entonces una descripción de dichos subsectores al interior del campo. El denominado subsector privado está dirigido a una población con capacidad de financiamiento y compuesto por la medicina prepaga, las clínicas y mutuales y los consultorios particulares. El subsector de la seguridad social comprende a las obras sociales sindicales, las provinciales, el Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (INSSJP/PAMI), dirigidas al universo de los trabajadores formales (activos y pasivos) y sus familias. El subsector público es aquel dirigido a las personas que no poseen cobertura, destinatarios de servicios a través de hospitales, centros de salud y/o programas específicos, y dónde operan las tres jurisdicciones: nacional, provincial y municipal. Es así que al interior del campo de la salud existen intervenciones sustentadas en lógicas diferentes, lo que implica dificultades en la coordinación y regulación de las políticas públicas. El sector privado se inscribe en una lógica de mercado traducida en la rentabilidad empresarial y la mercantilización de las prestaciones. El subsector de la seguridad social se sustenta en la lógica solidaria de la seguridad social (empleo formal y obras sociales), y el subsector estatal puede inscribirse en clave de derechos (a partir de una oferta pública y universal) o bien en clave asistencial (a partir de una atención focalizada en los riesgos a través de la provisión de una canasta básica de prestaciones dirigida hacia la población sin cobertura). El alto grado de autonomía hacia adentro de cada sector rompe con la idea de tres subsectores integrados en el interior del campo de la salud (Moro, 2012).

Con respecto al subsector público la fragmentación es su principal característica y está dada por la multiplicidad de jurisdicciones (régimen federal de gobierno, nivel provincial y municipal), las asimetrías regionales, las dificultades en la articulación y en el funcionamiento en red (Moro, 2012). Nuestro país se caracteriza por una extensa oferta asistencial, especialmente de alta tecnología y complejidad, además de un alto nivel de gasto. Estos rasgos se desarrollan en un marco heterogéneo donde se hacen notables las desigualdades existentes entre las diferentes provincias y municipios y al interior de éstos, ya sea en los perfiles epidemiológicos, el acceso a la

atención, la cobertura prestacional, los marcos de regulación, las capacidades institucionales y/o el nivel de gasto (Spinelli, 2010).

Con referencia a este último, el gasto total en salud alcanzó valores porcentuales del Producto Bruto Interno entre 4,58 y 7,73 entre el período 2006-2012 (Ministerio de Salud, OPS/OMS, 2008-2016). El nivel del gasto en salud de Argentina no se condice con los indicadores de salud a nivel poblacional. Otros países de América Latina obtienen mejores indicadores de salud para sus poblaciones, con menor gasto (OPS, 2017).¹⁵

Mario Rovere describe tres momentos de fragmentación del campo de la salud. El primero acontece luego de la revolución libertadora (1956), a partir de la derogación de la Constitución de 1949, donde la salud pública vuelve a ser considerada de jurisdicción provincial. Aparecen los conceptos de descentralización ejecutiva, centralización normativa y más adelante, el de función de rectoría del Ministerio de Salud. Esta tensión entre las responsabilidades jurisdiccionales de la atención sanitaria persiste aún hasta nuestros días. El segundo momento de fragmentación se produce durante el gobierno de facto de Juan Carlos Onganía (1967-1970), a través de la promulgación del Decreto Ley 18.610 (modificado por una serie de leyes y decretos posteriores) que inició y consolidó el régimen de aportes de la seguridad social (Obras Sociales), estableciendo un nomenclador de prácticas. Se quebró de esta manera la solidaridad por rama de actividad al separar a los empleados de altos ingresos y facilitar la creación de una Obra Social para el Personal de Dirección, lo que terminaría años después abriendo el espacio para las empresas de medicina prepaga, y la libre elección de obras sociales, condición considerada por el autor como el tercer momento de fragmentación (Rovere, 2016).

Las reformas en salud de los años 90 favorecieron las estrategias de descentralización, provincialización y municipalización de la salud, lo cual resultó en un viraje paulatino desde los sistemas solidarios hacia los seguros privados de salud y a posteriori la instauración de los seguros provinciales, financiados por bancos internacionales (Banco Mundial). Cabe señalar que los procesos de descentralización

¹⁵ Chile y Uruguay presentan gastos en salud entre el 4 y el 6% del PIB (año 2014) con mejores índices sanitarios. Salud en las Américas, edición 2017 OPS.

llevados adelante en el subsector público, han ocurrido sobre territorios con marcadas desigualdades, de manera que las brechas de desarrollo de las diferentes jurisdicciones pueden haber derivado en un agravamiento de las diferencias internas al contar con capacidades financieras diferentes. El resultado final dependió del sistema de transferencias financieras entre los niveles de gobierno que acompañaron la descentralización de servicios y el papel compensador que haya desempeñado el gobierno central (Cetrángolo, 2014). En la organización federal existente en nuestro país, los gobiernos provinciales cuentan con total autonomía en la gestión de políticas de salud, lo que hace que los lineamientos del nivel nacional tengan solamente un valor indicativo. El Ministerio de Salud de la Nación tiene como tarea la conducción de la gestión a través del dictado de normas y el diseño y ejecución de programas. Esto motiva que la mayor parte de las responsabilidades en la provisión de servicios se encuentre a cargo de los gobiernos provinciales. A su vez, la relación con los gobiernos locales o municipios es establecida de manera autónoma en cada provincia, por lo que hay una variada gama de formas de organización municipal a lo largo del territorio nacional. Esta fragmentación, que pone en juego poderes y responsabilidades interjurisdiccionales influye notoriamente en la organización y en la administración de los recursos municipales. El subsector público de atención de la salud está compuesto por el Ministerio de Salud nacional y los 24 ministerios provinciales y sus organismos dependientes centralizados y descentralizados y 2.172 Municipios.

Por su parte, la Ley 22.373 de 1981 creó el Consejo Federal de Salud (COFESA) en el marco del proceso de transferencia de establecimientos hospitalarios nacionales a las provincias. A fines de 1999 comenzó una nueva discusión sobre los criterios para el reparto de fondos, y el Decreto 455 del año 2000 estableció dos grandes propósitos del Estado Nacional en materia de salud: (a) afianzar la atención primaria; y (b) contribuir al desarrollo y fortalecimiento del sistema federal de salud a partir de un accionar basado en la concertación, siendo su ámbito natural de articulación el COFESA. En los años posteriores a la crisis de 2001/2002 el COFESA adquirió un mayor protagonismo en particular con la formulación del Plan Federal de Salud (Cetrángolo, 2014). A fines del año 2017, el Ministerio de Salud de la Nación

diseñó su estructura organizacional creando 4 secretarías, agregando una más a las tres secretarías creadas a través del Decreto 114/2016.¹⁶

3.2. La salud en los partidos del Gran Buenos Aires

Analizaremos en lo que sigue el campo de la salud referido al subsector público de los partidos que integran el Gran Buenos Aires (GBA). Para ello tomaremos tres aspectos que son relevantes para la investigación que nos ocupa. El primero es realizar una somera descripción del GBA que permita ubicarnos contextualmente. El segundo consiste en revisar cómo se fueron construyendo los recursos sanitarios de dicho territorio a fin de cubrir las necesidades sanitarias, enmarcadas en la estrategia de atención primaria de la salud (primer y segundo nivel de atención). El tercero es describir someramente cuál es el tipo de organización sanitaria de la región.

Ante todo, es necesario aclarar de qué hablamos cuando nos referimos al Gran Buenos Aires. Clásicamente el INDEC define como Conurbano o Región del Gran Buenos Aires a la Ciudad de Buenos Aires más los 24 municipios lindantes.¹⁷ Existen desde el organismo estadístico otras definiciones, específicamente cuando utiliza la clasificación Aglomerado GBA, que está referida a la mancha urbana que se extiende a 30 municipios y que incluye a la Ciudad de Buenos.¹⁸ Además, se utilizan otras definiciones en términos de la institucionalidad política, la descentralización

¹⁶ El decreto 114/2016 reestructuró la organización del Ministerio en tres secretarías: la Secretaría de Políticas y Organización de Institutos, Secretaría de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria y la Secretaría de Relaciones Nacionales e Internacionales. A partir de diciembre de 2017, con el cambio de Ministro de Salud, se crean 4 secretarías: Secretaría de Operación y Estrategias de Atención de la Salud, Secretaría de Políticas y Regulación de Institutos, Secretaría de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos y Secretaría de Relaciones Nacionales e Internacionales. Organigrama Ministerio de Salud, diciembre 2017. En el año 2018 a través del decreto 801 se unifica el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, estableciendo el cambio de rango de la cartera de Salud a secretaría.

¹⁷ Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Hurlingham, Ituzaingó, José C Paz, La Matanza, Lanús, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Morón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Martín, San Miguel, Tigre, Tres de Febrero y Vicente López. La denominación “Área Metropolitana es equivalente a la de GBA. Se dejó de utilizar por el INDEC en el año 2003.

¹⁸ La diferencia entre el Gran Buenos Aires y el Aglomerado Gran Buenos Aires es que el primero alude a un conjunto de partidos (más la Ciudad de Buenos Aires) tomados en su totalidad, mientras el segundo alude a un área que se va moviendo con el tiempo y que incluye a algunos partidos de manera parcial. Se incorporan Pilar, Escobar, General Rodríguez, Presidente Perón, San Vicente y Marcos Paz.

administrativa y el financiamiento, como estipula la ley 13.473.¹⁹ Para nuestra investigación utilizaremos la denominación del INDEC de Partidos del Gran Buenos Aires, que comprende los 24 municipios lindantes de la definición de GBA, y que no incluye a la Ciudad de Buenos Aires.

Como mencionamos anteriormente, la segunda ola de reformas en los años 90, incidieron profundamente en la provisión y acceso a los servicios de salud en nuestro país. Los procesos de descentralización fueron motivados más por el imperativo de resolver el conflicto financiero entre la Nación y los estados provinciales, que por el interés de acercar los servicios a las preferencias de la población. Este hecho explica que las transferencias se hayan realizado sin atender a la articulación y organización de los servicios de salud y ayuda a comprender sus consecuencias: la emergencia de gobiernos provinciales limitados en su capacidad de acción y con serios problemas en el financiamiento (Chiara, Crojethovic, Ariovich, 2017).

Además, el proceso de descentralización otorgó nuevas responsabilidades en materia de salud a los municipios, los que respondieron en función de sus capacidades, muchas veces disímiles. Este proceso consistió en una serie de transferencias progresivas en diferentes períodos desde los niveles jurisdiccionales superiores (nacionales y provinciales) hacia los municipios y hacia efectores del sistema, como los hospitales, que pasaron a funcionar bajo una modalidad de autogestión (Decreto 578/1993).

Dichas reformas potenciaron las inequidades sanitarias y económicas presentes hace largo tiempo en todo el conurbano (Moro, 2012). La descentralización operó desde un punto de partida institucional heterogéneo en los distintos municipios de la provincia de Buenos Aires. De manera que se fueron definiendo y configurando escenarios y políticas con características diferenciales en cuanto al acceso y cobertura

¹⁹ Ley 13.473 Provincia de Buenos Aires, mayo de 2006. Artículo 1: “Integran el área territorial del conurbano bonaerense los actuales municipios de: zona sureste (Avellaneda, Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Alte. Brown); zona Gran La Plata (Berisso, Ensenada, La Plata); zona sur (Presidente Perón, San Vicente, Esteban Echeverría, Ezeiza); zona suroeste (Lanús, Lomas de Zamora, La Matanza); zona noreste (Vicente López, San Isidro, San Fernando, Tigre, Escobar); zona noroeste (Merlo, Moreno, General Rodríguez, Pilar); zona norte-centro (San Martín, Tres de Febrero, San Miguel, Malvinas Argentinas, José C. Paz); zona oeste (Morón, Hurlingham, Ituzaingó, Marcos Paz)”.

de servicios. La dificultad en la definición de responsabilidades y modalidades de las prestaciones necesarias para atender los problemas sanitarios desde las distintas jurisdicciones, fueron los atributos típicos de estos procesos, los que profundizaron la fragmentación, jerarquizando a los espacios locales como ámbito de producción de la política (Chiara,2012).

El primer nivel de atención en el Gran Buenos Aires se fue construyendo a partir de iniciativas estatales motorizadas por los municipios, y por las organizaciones sociales en los barrios (centros de salud provistos por iniciativa municipal y centros de primeros auxilios provistos por las sociedades de fomento), configurando un primer nivel de atención bajo la órbita municipal en las décadas de 1980/1990. Al mismo tiempo, distintos programas provinciales y nacionales proveyeron diferentes tipos de recursos, como el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN,1993-2004), o los provinciales como el Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud (ATAMDOS, 1987). En dos décadas, la cantidad de centros de salud aumentó al doble.

Según Moro (2012)

Esta particular conformación del subsector público de salud en el conurbano bonaerense hace que, a nivel territorial, se entrecrucen las tres jurisdicciones: nacional, provincial y municipal, con competencias para regular, gestionar recursos humanos, servicios, y diseñar políticas sectoriales; esto, en un entorno institucional que no plantea una distribución clara de funciones para cada jurisdicción (p.57).

La mayor parte de las consultas se realizan dentro del primer nivel de atención (Centros de Salud, CAPs) y el segundo nivel de atención (hospitales), en el marco de la estrategia de APS. Este segundo nivel comprende algunas especialidades definidas dentro de la APS como son Medicina interna, Pediatría y Ginecología y Obstetricia (OMS,2008).

Con respecto a la atención en los hospitales, para el año 2015, el número de establecimientos oficiales en el GBA con internación fue de 72, de los cuales 33 son de jurisdicción provincial, 38 pertenecen al ámbito municipal y 1 al ámbito nacional. Las camas disponibles fueron 9618, de las cuales 5755 corresponden a la jurisdicción

provincial, 3381 a la municipal y 482 a nivel nacional. Estas cifras corresponden aproximadamente a 1 cama cada 1000 habitantes.²⁰

En cuanto al primer nivel de atención, la gran mayoría de las consultas médicas se realizan en los centros de salud, dependientes del ámbito municipal, donde se atienden aquellas personas provenientes de las zonas más carenciadas y vulnerables. Por lo tanto, durante fines de los 80 y durante la década de los 90, los avances en la municipalización de la salud fueron notables y causa de importantes cambios en el papel que pasaron a desempeñar los municipios del Gran Buenos Aires (Chiara, 2012).

La provincia de Buenos Aires está dividida en 12 Regiones Sanitarias. Dicha regionalización se llevó a cabo mediante la Ley 7016 del año 1967. La región sanitaria se definió como la red asistencial integrada por todos los establecimientos públicos provinciales ubicados en su zona de cobertura geográfica que cumplan funciones de servicios de atención de la salud en los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria, de acuerdo con un criterio unitario pautado por el Ministerio Salud provincial. Mediante la resolución 3.611/2008 del Ministerio de Salud provincial se fija la nueva delimitación geográfica de las regiones sanitarias, además de otorgar una sede espacial a cada una de ellas.

Pasada la crisis de 2001-2003, las iniciativas nacionales se dirigieron a fortalecer la atención primaria de la salud, como eje ordenador de la política sanitaria. El Plan Federal de Salud,²¹ las iniciativas llevadas adelante para proveer recursos

²⁰ Elaboración propia a partir de las estadísticas de la Dirección Provincial de Estadísticas del Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, Recursos físicos en salud, 2015.

La población de los 24 partidos del GBA es de 9.916.715 personas. INDEC, Población de los 24 partidos del GBA, Censo 2010. La cifra de camas por habitante podría ser menor ya que la población referida corresponde al año 2010 y la cantidad de camas corresponde al 2015.

²¹ Plan Federal de Salud 2004-2007, Presidencia de la Nación, Ministerio de Salud, Consejo Federal de Salud. Propone una política de reforma que se traduce en el diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y reconociendo su base primordial en la estrategia de atención primaria. La estrategia a seguir es apuntar a asegurar la cobertura efectiva de atención primaria para la población de cada territorio, propiciando su participación responsable y comprometida en el nuevo modelo, privilegiando las acciones en salud. El gobierno nacional y los gobiernos provinciales deben definir y consensuar un eje articulador de reformas, que apunte a mejorar la situación de los ciudadanos sin cobertura explícita, hacer más eficiente la prestación de salud y mejorar la equidad del sistema. No debe buscarse un paquete único y predeterminado de políticas a ser impulsadas con igual énfasis en todas las regiones, sino que, por el contrario, debe reconocerse la necesidad de articular sistemas diferentes y de brindar soluciones reconociendo una estructura federal difícil de modificar a través del aprovechamiento de las fortalezas de cada jurisdicción. El Gobierno Nacional y las provincias -por intermedio del Consejo Federal de Salud deben encontrar los instrumentos para continuar trabajando en

críticos al sector (medicamentos y recursos humanos) como el Plan Remediar (2002), el Programa de Médicos Comunitarios (2004) y el Plan Nacer/Programa Sumar (2004), otorgaron recursos nacionales a las provincias y a los municipios.

El fortalecimiento de la APS en centros locales es un eje fundamental, así como también los incentivos a los efectores de salud provinciales y locales otorgados a través de la inscripción al Programa y el cumplimiento de las trazadoras del Plan Nacer/Sumar.

De modo que es menester efectuar una descripción general del Plan Nacer/Programa Sumar con el propósito de comprender los alcances de esta política a nivel nacional. Dicho análisis nos permitirá más adelante en el trabajo de campo analizar cómo se implementa el Programa en el municipio de Lomas de Zamora, entendiendo que la política otorga incentivos a la oferta de efectores de salud, y de esta manera facilitaría el acceso a la salud de las personas. Por otra parte, se hace necesario analizar las características de la implementación de la AUH a nivel nacional. Este examen permitirá más adelante analizar la cobertura de dicha política en el municipio y de qué manera el cumplimiento de las condicionalidades tracciona a las familias a demandar mayores prestaciones (controles en salud e inmunizaciones). Ambas políticas se desarrollan en el próximo capítulo.

pos de una mejora en la cobertura y equidad del sistema en su conjunto. En este difícil período, el papel de los diferentes niveles de gobierno debe ser consensuado. Pero, como en toda federación, estos consensos son producto de una construcción lenta y persistente que incluye de manera central la gestión cotidiana de los sistemas. Federal de Salud. Boletín 2004, Punto 5

CAPÍTULO 4. PLAN NACER/PROGRAMA SUMAR Y ASIGNACIÓN UNIVERSAL POR HIJO PARA PROTECCIÓN SOCIAL.

Plan Nacer/Programa Sumar, AUH y la articulación entre ambas políticas. El Programa Sumar y su incidencia en los indicadores sanitarios.

4.1. Plan Nacer/ Programa Sumar

El Plan Nacer se diseñó en el año 2004 como un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que invierte recursos en los efectores de salud, con el fin de mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños y niñas menores de 6 años que carecen de cobertura de una obra social. A partir del año 2012, bajo la denominación de Programa Sumar, se amplió la cobertura a los niños y niñas de 6 a 9 años, jóvenes de 10 a 19 años y mujeres hasta los 64 años, incluyendo a 9.5 millones de personas (Reporte de Gestión Sumar, 2014) Cabe mencionar que desde mayo del año 2015 se incluyen los varones adultos de 20 a 64 años, alcanzando una cobertura aproximada de 15 millones de personas (Reporte de Gestión Sumar, 2017)

El Plan Nacer se financió a través de un Programa de Préstamos Adaptables (APL) del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento del Banco Mundial (BIRF). La primera etapa se realizó en las provincias del NEA y NOA (Fase I), y constituyó el APL I (BIRF AR- 7225) a través de un préstamo de U\$S 135,8 millones, mientras que la segunda etapa, para el resto del país, constituida por el APL II (Fase II) fue financiada a través del préstamo BIRF AR – 7409 por U\$S 300 millones (período 2006-2012). El Programa SUMAR fue financiado por el préstamo BIRF AR- 8062 por un monto de U\$S 400 millones (período 2007-2015), a la vez que la Nación aportó U\$S 40 millones. La inversión de las provincias en el marco del Programa fue de U\$S 35 millones (período 2006-2015) (Plan Nacer, AUH- Informe de Divulgación, Ministerio de Salud, 2013).

Este plan se propone principalmente contribuir a la disminución de la mortalidad materna e infantil; profundizar en el cuidado de la salud de los niños y niñas en la etapa escolar y en la adolescencia; mejorar el cuidado integral de la salud de la mujer, promoviendo la estrategia de atención primaria de la salud.

El Plan Nacer-Programa Sumar refuerza la cobertura universal pública de salud, e introduce un modelo de gestión que utiliza un esquema de financiamiento basado en resultados. La Nación transfiere recursos a las provincias por la inscripción de beneficiarios y el cumplimiento de resultados sanitarios. El 60% de los recursos son transferidos mensualmente por identificación e inscripción/cápitales. El 40% de los recursos son transferidos cada cuatro meses por el cumplimiento de 13 metas sanitarias o trazadoras.²² La meta cuatrimestral preestablecida se realiza en acuerdo con las provincias a través de un compromiso Anual de Gestión. Esto implica el envío de mayores recursos financieros a las provincias que logren alcanzar mejores resultados. Las provincias organizan Seguros Provinciales de Salud (SPS) y utilizan los recursos recibidos para financiar las prestaciones brindadas por los establecimientos a sus beneficiarios. Los efectores de salud tienen la autonomía de decidir el destino de los recursos obtenidos por la facturación de prestaciones al SPS, como por ejemplo mejorarlas instalaciones, equiparlas, comprar insumos, capacitar, y en algunos casos retribuir al personal en concepto de incentivos. La Nación a través del Ministerio de Salud tiene un rol normativo, de financiamiento y de supervisión (poder de rectoría, transferencia de recursos por cápitales, financiamiento de la asistencia técnica y equipamiento y gestión de resultados). Las provincias tienen un rol ejecutivo llevado adelante por los SPS para promover una cobertura efectiva. Ellas establecen convenios con los prestadores que se instrumentan a través de un contrato de provisión de servicios para planificar el cuidado de la salud de los beneficiarios inscriptos, establecer mecanismos de contratación con los prestadores y pagar por los servicios comprados; definir metas de mejoramiento de la calidad de las prestaciones, fiscalizar y auditar. Los prestadores brindan los servicios según las prestaciones establecidas en un nomenclador en las condiciones de calidad exigida.

²² Estas metas son: I. captación temprana del embarazo, II seguimiento control prenatal, III efectividad cuidado neonatal, IV seguimiento de salud niño menores de 1 año, V equidad intraprovincial en el seguimiento de salud de menores de un año, VI capacidad de detección de cardiopatías congénitas en menores de un año, VII seguimiento de salud del niño de 1-9 años, VIII cobertura de inmunizaciones a los 24 meses, IX cobertura de inmunizaciones a los 7 años, X seguimiento de salud del adolescente de 10-19 años, XI promoción de derechos y cuidados en salud sexual y/o reproductiva, XII prevención de cáncer cérvico-uterino, XIII prevención de cáncer de mama.

Es así como el Plan Nacer/ Programa Sumar apostó a mantener la capacidad de rectoría nacional con relación a los problemas de cobertura y garantía de un conjunto de prestaciones en cantidad y calidad, dejando abiertos distintos márgenes de autonomía para la decisión provincial (Chiara, Crojethovic, Ariovich, 2016).

Según Arcidiácono, Gamallo y Strachnoy (2013)

El Plan Nacer-Programa Sumar introduce herramientas orientadas a: modificar los acuerdos y las formas de relación institucional entre las agencias de gobierno involucradas; supeditar los desembolsos a la prestación de servicios y productos establecidos; y fortalecer la capacidad técnica del gobierno central y de los gobiernos provinciales. De allí la justificación de los tres tipos de herramientas de gobernabilidad diseñados: incentivos de desempeño, incentivos a una mayor autonomía e incentivos a la recolección, almacenamiento y uso de información (p.13)

Desde 2005 a noviembre de 2017 el Plan Nacer-Programa Sumar a nivel nacional transfirió a las provincias participantes 6.206.551.923 de pesos. La cantidad de beneficiarios para el año 2017 fue de 15.366.728 personas y el número de beneficiarios históricos desde 2005 llega a 25.061.892 de niños, adolescentes y mujeres adultas hasta 64 años sin obra social en todo el país. Participan 7.799 establecimientos con convenio, efectivizando un total de 100 millones de prestaciones (Reporte de Gestión Sumar, 2017).

Los niños, niñas y adolescentes hasta los 19 años inclusive, inscriptos al Programa son 6.937.988, a noviembre de 2017. Esta cifra es bastante consistente con el número de los NNyA que se atienden en el sistema público de nuestro país.²³ La cobertura en términos del número de inscriptos y su relación con la población que se atiende en el sector público de salud, ronda entre el 95 y el 100 % en las distintas zonas del territorio nacional, según el último reporte del Programa de noviembre de 2017.

La evaluación por parte del Banco Mundial del Plan Nacer y su prolongación como Programa Sumar fue efectuada en junio de 2012 y junio de 2013. En este último

²³ Según el cuestionario ampliado del Censo de 2010 la cifra de NNyA incluidos los 19 años que se atienden en el sector público en todo el territorio fue de 6.063.686. Es de destacar que son cifras del año 2010 y que seguramente son mayores para el año 2017. Las proyecciones de población estimada por el Censo de 2010 para el 2017 arroja un número total de 14.450.858 NNyA incluyendo a los 19 años. Es decir que aproximadamente el 48% de esta población está inscripta al Sumar. Informe Programa Sumar- Noviembre de 2017, Proyecciones de Población INDEC, 2010.

reporte informa a diciembre de 2012, el nivel de implementación de 11 indicadores cualitativos y cuantitativos que constituyen los Objetivos de Desarrollo del Proyecto (The World Bank Report, 2013). Se desarrollan en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 1 Indicadores cualitativos y cuantitativos

INDICADORES	LÍNEA DE BASE 02/11/ 2006	OBJETIVO ESPERADO 31/12/ 2012	RESULTADOS 31/12/2012
1 Prop. de Población elegible inscrita al Programa	0%	80%	SUPERADO: 97%
2 Prop. de población de embarazadas con un control perinatal antes de las 20 semanas	23%	70%	CASI LOGRADO: 67%
3 Prop. de población elegible de embarazadas testeadas par sífilis y que recibieron antitetánicas	45%	90%	CASI LOGRADO: 83%
4 Prop de población elegible de niños menores de 18 meses que recibieron vacuna para sarampión o triple viral	45%	95%	NO LOGRADO:77%
5 Prop de población elegible de mujeres puérperas que recibieron al menos un asesoramiento de salud sexual y reproductiva	27%	60%	SUPERADO:90%
6 Prop. de niños menores de 1 año que recibieron controles en salud según agenda	13%	50%	CASI LOGRADO: 45%
7 Prop. de niños recién nacidos de embarazadas elegibles con peso > de 2500g	47%	85%	SUPERADO:90%
8 Prop. de niños recién nacidos con Score de Apgar mayor de 6 a los 5 minutos.	48%	92%	LOGRADO:93%
9 Porcentaje de acuerdos anuales entre el Ministerio de Salud de Nación y los Ministerios Provinciales logrados satisfactoriamente	0%	60%	SUPERADO: 79%
10 Porcentaje de proveedores autorizados bajo acuerdos anuales y mecanismos de pago a proveedores con su respectiva provincia participante	0%	60%	SUPERADO:95%
11 Porcentaje de trazadoras cumplidas por las provincias participantes en el último año de cobro.	0%	60%	SUPERADO: 94%

Si bien para algunos indicadores los resultados obtenidos no fueron logrados, se puede observar que la mejora fue muy significativa con respecto a la línea de base, especialmente en todos aquellos indicadores relacionados con la salud materno-infantil.

Los requisitos para la inscripción al Plan Nacer/Programa Sumar consisten en tener entre 0 y 64 años, y contar con cobertura de salud exclusiva del sistema público. Se pueden inscribir las personas extranjeras, del Mercosur o no (presentando DNI o Pasaporte). Los/las niños/as hasta el año pueden ser inscriptos con el documento de

algún familiar.²⁴ La inscripción se realiza en el centro de salud más cercano y luego se digitaliza; en algunos lugares más específicos la inscripción se hace a través de lectoras de DNI, que cruzan los datos con el PUCO (Padrón Único Consolidado Operativo).²⁵

4.1.1. Cobertura Efectiva Básica

La Cobertura Efectiva Básica (CEB) se implementó en enero de 2013 y consiste en la realización de al menos una prestación de salud registrada y facturada en el lapso de los últimos 12 meses, como condición para permanecer como beneficiario con cobertura efectiva básica del Programa. Dicho requisito fue una estrategia sanitaria cuyo objetivo fue promover la estrategia de atención primaria, la prevención y el acercamiento de la población a los centros de salud. A partir de la vigencia de este requisito los beneficiarios del Programa Sumar podrán revestir dos categorías dentro del padrón: ser beneficiarios con o sin Cobertura Efectiva Básica. Otros de los requisitos es que las prestaciones de salud estén registradas en la historia clínica.

La falta de facturación y del registro de algunas de las prestaciones recomendadas, provocará el cambio de condición a beneficiario sin cobertura efectiva básica hasta la realización de una práctica de cobertura.²⁶ La CEB es condición para la

²⁴ Ver en <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/formulario-inscripcion-2016.pdf>

²⁵ Registro de las personas que cuentan con obra social en Argentina, incluye todas las Obras Sociales Provinciales, el padrón de Incluir Salud (Ex Profe) y el padrón de todas las Obras Sociales Nacionales aportado por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) El Padrón Único Consolidado Operativo es provisto por el Sistema Integrado de Información Sanitaria (SISA) del Ministerio de Salud de la Nación.

²⁶ Las prestaciones que harán permanecer al inscripto en condición de beneficiario con CEB son:

- 1) Niños/as de 0 a 5 años control de salud según agenda, pesquisa neo natal, pesquisa de hipoacusia, ecografía caderas, pesquisa retinopatía del prematuro, atención ambulatoria de infección respiratoria aguda, internación abreviada por IRAB, vacunación triple viral, hepatitis A, neumococo, consulta oftalmológica, búsqueda activa por falta de controles, laboratorio e imágenes,
- 2) Niños de 6 a 9 años con control de salud según agenda, control odontológico, oftalmológico, atención de asma y sobrepeso, vacunación según calendario, búsqueda activa por falta de controles, laboratorio e imágenes
- 3) Adolescentes de 10 a 19 años con control de salud u odontológico u oftalmológico o ginecológico, inmunizaciones, prácticas y/o consejería, anemia, consulta diagnóstica de linfoma y leucemia, seguimiento por consumo de sustancias, obesidad, sobrepeso, asma, laboratorios varios e imágenes.
- 4) Mujeres de 20 a 64 años con control de salud, control ginecológico, PAP y mamografía control de embarazo, parto y puerperio, diabetes gestacional, hipertensión gestacional (Sitio Web Programa Sumar)

percepción de la transferencia monetaria por cápita desde los seguros provinciales de salud. De manera que la pérdida de la condición de CEB implica la imposibilidad de facturar dicha práctica y por lo tanto la pérdida de la transferencia monetaria correspondiente.

De esta manera el CEB, además de ser una herramienta que permite acercar a la población a la atención y los efectores de salud, constituye un instrumento de evaluación a la hora de otorgar incentivos (Programa Sumar, 2014). La descripción de la CEB resulta necesaria al fin de comprender la realización de algunos indicadores que veremos en las estadísticas de Lomas de Zamora.

A continuación, se analizará la política nacional de transferencia de ingresos no contributiva y condicionada (AUH). Al estar incluida bajo el paraguas de la ley de trabajo, ya que se trata de una ampliación de las asignaciones familiares, constituye un componente de la seguridad social, que además cómo analizamos anteriormente, pretende ser un incentivo a la demanda de atención en salud, a través del cumplimiento de las condicionalidades. Por lo tanto, la comprensión de su implementación es fundamental para analizar lo que acontece en el municipio que nos ocupa.

4.2. Asignación Universal por Hijo para la Protección Social

La Asignación Universal por Hijo para Protección Social (AUH) es una transferencia de ingresos no contributiva y condicionada que se creó a través del Decreto de Necesidad y Urgencia 1.602/09 en octubre de 2009, con el propósito de ampliar el régimen de las asignaciones familiares para los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años (sin límite de edad para hijos con discapacidad y cubre hasta 5 hijos), pertenecientes a familias desocupadas o insertas en el mercado informal de trabajo. La AUH está incluida dentro del Régimen de Asignaciones Familiares, por lo que se incorpora al plexo normativo de la Ley 24.714 y se encuentra bajo jurisdicción de la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES). En abril del 2011 se creó la Asignación Universal por Embarazo (AUE) para Protección Social (Decreto 446/11) como parte del subsistema no contributivo creado a partir de la AUH. Las trabajadoras domésticas y los empleados temporarios fueron incorporados a posteriori del decreto de 2009. En abril de 2016 mediante el decreto 593 se extendió la

cobertura a los monotributistas. La asignación se percibe en forma mensual, y se abona el 80% del monto señalado. El 20% restante es acumulado por la ANSES y percibido por las familias una vez que demuestren el cumplimiento de las condicionalidades establecidas. El 16 de julio del año 2015 se sancionó la ley 27.160 de movilidad automática (aumentos en marzo y setiembre) de las asignaciones familiares y la AUH.

Según Pautassi et al (2013)

... Esta medida se encuentra discursivamente asentada sobre el derecho a la protección social y conforma un nuevo esquema protectorio con mayor nivel de formalización, por su incorporación dentro del sistema de seguridad social, aunque claramente su creación a través de un Decreto de Necesidad y Urgencia marca un límite y un déficit en este sentido (p. 25).

Los altos niveles de aceptación social permiten afirmar su estabilidad en tanto se constituye en un derecho adquirido. Sin embargo y como veremos más adelante, las políticas implementadas por el nuevo gobierno, instaurado en diciembre de 2016 con respecto al régimen de aumento de las asignaciones, pusieron en peligro su capacidad de cubrir las necesidades de las familias titulares de este derecho.

La asignación significa una suma fija mensual destinada a los NNyA de los grupos familiares (preferentemente a las madres) que se encuentren desocupados y a trabajadores no registrados que se desempeñen en la economía informal, percibiendo un salario menor al Salario Mínimo Vital y Móvil.²⁷ La universalidad de la transferencia es cuestionable ya que existen restricciones para ser considerado beneficiario.²⁸

²⁷ A partir del 1 de enero de 2015 el valor del SMVM fue de 4716 pesos. Resolución 3/2014 Consejo Nacional del Empleo, la Productividad y el Salario Mínimo, Vital y Móvil, noviembre de 2014. En julio de 2015 por medio de la *Resolución 4/2015*, la suba fue del 28,5% llegando a 6060 pesos. En mayo de 2016 por medio de la resolución 2/ 2016 se estipula un aumento en dos tramos, llegando en setiembre a la suma de 7560 pesos (24,75%). En el año 2017 por primera vez no se llega a un acuerdo entre gremios y empresarios en la reunión del Consejo del SMVM, por lo tanto, se estipulan aumentos por decreto del Poder Ejecutivo, Resolución 3 del ministro de trabajo Jorge Triaca, de la siguiente manera \$8.860 a partir del 1° julio 2017(17%), \$9.500 desde el 1° de enero de 2018 y \$10.000 en julio de 2018 (12,8%).

²⁸ Cubre a los trabajadores de los programas Argentina Trabaja / Manos a la Obra del Ministerio de Desarrollo Social, Programa de Trabajo Autogestionado, Jóvenes con Más y mejor Trabajo, Programa Promover la igualdad de Oportunidades; Programa de Inserción Laboral del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Ellas Hacen, Ministerio de Desarrollo Social, monotributistas Sociales; Servicio Doméstico; trabajadores de temporada en relación de dependencia y a aquellas personas que se encuentren privados de su libertad de las Unidades del Servicio Penitenciario Federal, inscriptas en el Ente de Cooperación Técnica y Financiera del Servicio Penitenciario Federal (ENCOPE), y dentro

Los aumentos de los montos de las asignaciones familiares y de la AUH se reglamentaron a través de la ley 27.160 de movilidad de asignaciones familiares de julio de 2015. Dichos aumentos se efectivizan dos veces al año (marzo y septiembre) según la ley de movilidad jubilatoria. De esta manera, se intentó compensar el desfasaje producido por los índices de inflación presentes, tratando de preservar el valor de la transferencia. Sin embargo, a partir del año 2016 los aumentos en los montos no siempre compensaron los índices de inflación presentes, lo que fue en desmedro del valor y el poder de compra como salario de reserva de la transferencia. Es así como a fines de febrero de 2016, ya instaurado el nuevo gobierno a nivel nacional, se sancionó la resolución por la cual se otorgó el primer aumento por ley. Cabe destacar que el incremento se encontró muy por debajo de los índices de inflación correspondientes a ese período: alrededor del 32.9% anualizada (Informe de Coyuntura CIFRA, mayo 2016). A septiembre de 2017 los dos aumentos otorgados lograron un aumento anualizado del 28%, llevando la asignación a 1412 y 4600 pesos por hijo y por hijo con discapacidad respectivamente, superando los valores de inflación estimados para ese año por distintos consultores.²⁹

En noviembre de 2017 el Poder Ejecutivo envió al Congreso un proyecto de ley para reformar la política previsional, cuyo propósito fue disminuir el gasto público y ahorrar un monto estimado en 100 mil millones de pesos. Para ello propuso la modificación de la fórmula de movilidad jubilatoria, que es la misma que se utiliza para calcular los aumentos de las asignaciones familiares y la AUH.³⁰ La propuesta reconsideraba la fórmula atada a la inflación (variación del índice de precios al

del Servicio Penitenciario Provincial de Córdoba, siendo determinante la condición procesal de los internos. No perciben la AUH los contribuyentes autónomos, los migrantes con menos de 3 años de residencia, los indocumentados, los que perciben remuneraciones que superan el SMVM, el sexto hijo. A partir de abril de 2016 cubre a los hijos de los pequeños contribuyentes (monotributistas).

²⁹ Estudio Bein 22%, Consultora Elypsis 32,7%, Ferreres y Asociados 19%, Consultora Ecolatina 23%, Consultora Economía y Regiones 20%, Centro de estudios para el desarrollo económico CEDE-BH 23%

³⁰ La fórmula de movilidad jubilatoria se adecúa a la variación de los salarios de los empleados estatales suministrada por el Ministerio de Trabajo. El RIPTE o “Remuneración Imponible Promedio de los Trabajadores Estables”. Es el cociente entre las remuneraciones imponibles con destino SIJP (Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones) y el total de trabajadores dependientes que figuran en las DD.JJ. (Declaraciones Juradas) recibidas mensualmente. La Seguridad Social cuenta con este índice, el RIPTE, que refleja las remuneraciones promedio de los trabajadores del sistema. Dicha fórmula está estipulada en el anexo de la ley N 26.417.

consumidor- IPC), que se otorgaría en forma automática en el mes de marzo, más un aporte del 5% sobre la variación del PBI real en junio de cada año. El aumento sería aplicado en forma trimestral, pero se tomaría en cuenta el último trimestre del año anterior, por lo tanto, dicho aumento llevaría un semestre de retraso. Finalmente, el 18 de diciembre de 2017 se sancionó la Ley 27426 de movilidad jubilatoria. La fórmula de incremento se compuso en un 70% por la variación del índice IPC y el 30% restante por la variación de los salarios de los estables (RIPTE), desde julio a septiembre de ese año. Se eliminó el plus por la variación del PBI. La fórmula mixta significó un aumento del 5,7%, muy por debajo del 14% que se hubiera obtenido utilizando la fórmula previa a la modificación de la ley. Se otorgó un bono compensador para intentar paliar el desfasaje del cálculo inflacionario retroactivo que conllevó la ley sancionada, destinado a los beneficiarios de la AUH, los jubilados con las percepciones más bajas y a los beneficiarios de la pensión universal por adulto mayor.³¹

Por otro lado, el ANSES introdujo el uso de la Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación. Se establece en la Resolución 132/10 de la misma entidad que la certificación del control sanitario en niños y niñas menores de 6 años consiste en el control de inmunizaciones y en la inscripción al Plan Nacer. A partir de la implementación del Programa Sumar, los niños y niñas beneficiarios del Plan Nacer migran automáticamente a dicho programa una vez que hayan cumplido los 6 años. Los niños/as entre 6 y 18 años deben acreditar los controles de salud correspondientes.³² El incumplimiento de las condicionalidades, tanto en salud como

³¹ El bono compensatorio es único y se abonará en marzo de 2018. Los montos son los siguientes: beneficiarios de la AUH 400 pesos, jubilados hasta 10.000 sin moratoria 750 pesos, jubilados hasta 10.000 pesos con moratoria 375 pesos, Personas con discapacidad 375 pesos, Pensión Universal Adulto Mayor 375 pesos.

³² Art. 7 Para acreditar la asistencia escolar exigida por el artículo 14 ter inciso e) de la Ley No 24.714, la autoridad del establecimiento educativo deberá certificar la condición de alumno regular al finalizar el ciclo lectivo anterior al de la fecha de presentación de la Libreta.

Art. 8 La acreditación referida al control sanitario se deberá certificar en la Libreta a partir de los SEIS (6) años de edad y hasta los DIECIOCHO (18) años. En relación a los niños y niñas menores de SEIS (6) años la certificación del control sanitario consistirá en la inscripción de los mismos en el "Plan Nacer". La información será remitida periódicamente por el Ministerio de Salud en los términos que se acuerden oportunamente. La falta de registración del niño o niña en el mencionado padrón sólo podrá ser salvada con la presentación, por parte del adulto responsable, del comprobante o credencial que acredite la inscripción de los niños/as en el referido plan

en educación, da lugar a la pérdida de lo acumulado y al beneficio de la AUH en su conjunto.

Desde su implementación hasta noviembre del año 2017, la AUH cubrió a 3.956.042 niños, niñas y adolescentes, lo que constituye alrededor del 30 % del total de la población de menores de 18 años según los datos aportados por el Informe de ANSES, Ministerio de Desarrollo Social y UNICEF sobre análisis y propuestas de mejoras de la AUH (2017) y Boletín Informativo de ANSES (2017).

Sin embargo, si tomamos la población de NNyA que no está cubierta por las asignaciones familiares del trabajo formal, los que deducen impuestos a las ganancias por altos ingresos y los beneficiarios de otros planes sociales activos o pasivos provinciales, la cobertura de la AUH alcanza el 70,5%.³³ Las personas menores de 18 años cubiertos por la totalidad de las AAFF, los altos ingresos, otras pensiones no contributivas y la AUH, suman alrededor de 11.400.000 lo que representa el 87.4 % de la totalidad de esa población (UNICEF, 2017; 2018).

La AUH cubrió a 1.604.098 niños y niñas entre 0 y 5 años, a noviembre de ese mismo año (ANSES, 2017). La población total de niños y niñas de 0 a 5 años es de 4.000.000 para el censo de 2010. El porcentaje de cobertura a nivel nacional para esta franja etaria correspondería aproximadamente al 40%.³⁴

Desde el año de su implementación, la cobertura anual de la AUH benefició a casi 4 millones de NNyA, manteniendo una variación entre 3.300.000 y 3.500.000 entre 2010 y 2015. Dicha cobertura mostró un aumento significativo a partir de la incorporación de los pequeños contribuyentes en abril de 2016. Como hemos visto

Art. 9 La acreditación del plan de vacunación obligatorio se asentará en la Libreta a partir del nacimiento del niño o niña y hasta los DIECIOCHO (18) años, debiendo el profesional de la salud indicar si el mismo fue cumplido en su totalidad o se encuentra en curso de cumplimiento (Resolución 132/10).

³³ La población total de NNyA aportados por el Informe de ANSES, UNICEF y el Ministerio de Desarrollo Social de diciembre de 2017 es de aproximadamente 13.000.000. Los beneficiarios de asignaciones familiares contributivas cubiertas por ANSES son 4.403.525, otras AAFF contributivas provinciales 1.221.462, PNC u otros programas provinciales 759.308, los correspondientes a deducción de ganancias por altos ingresos 1.038.131. Por lo tanto, son 5.577.524 NNyA que se encuentran sin cobertura por asignación familiar, de los cuales los beneficiarios de la AUH (3.956.042) corresponden al 70,5%.

³⁴ Probablemente el porcentaje de cobertura sea menor, tomando en cuenta que estamos comparando población de 0 a 5 años del año 2010, contra datos de AUH del año 2017. No es posible obtener datos de proyección de esa franja etaria ya que los mismos se encuentran informados por grupos quinquenales de edad (INDEC).

anteriormente, el número actualizado de beneficiarios gira alrededor de 3.950.000, lo que corresponde a un aumento del 19,7% respecto al año 2009 hasta la actualidad.

La AUH implicó un cambio de paradigma en el diseño de las políticas sociales en nuestro país, ya que incorporó sectores que tradicionalmente estaban excluidos de la seguridad social. Las condicionalidades que requiere y su incumplimiento de carácter punitivo (condicionalidades duras), ponen en discusión la consideración de la prestación desde el enfoque de derechos, ya que condicionan la integralidad de la percepción y pueden derivar en la exclusión del beneficio. Además, las restricciones e incompatibilidades dejan por fuera a un número considerable de NNyA pasibles de ser titulares del derecho, lo que va en desmedro de su carácter universal (LoVuolo, 1995, 2009, Pautasi et al, 2013, Strachnoy, 2016).

En este mismo sentido, el requisito de presentación de la constancia de escolaridad es común para cobrar las asignaciones familiares amparadas bajo el sistema único de asignaciones familiares (SUAF) y la Asignación Universal por Hijo. No sucede lo mismo con la constancia de control en salud y el cumplimiento de la vacunación, ya que es condición necesaria para recibir la AUH, y su incumplimiento deriva en la inmediata exclusión del beneficio, pero no se constituye en una obligación a fin de cobrar las asignaciones familiares del sistema formal.³⁵

³⁵Esta condición diferencial estaría en contra de la universalidad de la política, además de ser discriminatoria, ya que exige condicionalidades diferenciadas para un mismo colectivo: los destinatarios de las asignaciones familiares en su totalidad (Pautasi et al, 2013). De modo que las condicionalidades exigen ciertos comportamientos a una población vulnerable a cambio de un ingreso. Además, el descuento en la transferencia se produce a priori, y se completa el monto total cuando se demuestra el cumplimiento. Esta característica contrasta con los grandes avances que ha significado la AUH en términos de su diseño, el monto de transferencia, el nivel de cobertura y la inscripción permanentemente abierta (Strachnoy, 2016).

Por otra parte, el impacto que ha tenido la política sobre los índices de pobreza e indigencia ha sido relevante, especialmente en la reducción de la indigencia. Según el Observatorio de la Deuda Social Argentina de la UCA, la tasa de hogares con niños de 0 a 17 años por debajo de la línea de indigencia descendió de 8,2% en 2010 a 6,4% en 2011 –con una variación porcentual de 22,0%- y alcanzando un 6,1% en 2012 – lo que equivale a un descenso de un 4,7%. La caída total de la tasa de indigencia entre los años extremos fue de 25,6%. La evolución de la tasa de pobreza según este mismo escenario muestra un descenso de 18% entre los primeros años (pasando de 33,4% a 27,4%) y un posterior aumento porcentual de 10,2% (llegando en 2012 a 30,2%). Según el informe de CIFRA sobre el impacto de la política sobre la disminución de las tasas de indigencia y pobreza, la simulación efectuada tomando el cuarto trimestre del año 2009, arrojó una reducción de la tasa de pobreza en hogares con niños menores a 18 años del 14,8% (del 40% al 34,1%) y una reducción de la tasa de indigencia del orden del 60,8% (10,5 % al 4,1%). Según el análisis de investigación conjetural llevada a cabo por Agis, Cañete y Panigo sobre el impacto de la AUH en la Argentina entre 2009 y 2010, la incidencia de la pobreza en

4.2.1. Articulación y sinergia entre el Plan Nacer-Programa Sumar y AUH

La AUH, AUH por discapacidad tienen como requisito la inscripción en el Plan Nacer-Programa Sumar para percibir la asignación. La presentación de los controles de salud y la constancia de escolaridad es lo que permite acceder al 20% del total no liquidado de las transferencias.

La coordinación entre la ANSES y el Plan Nacer promovió una contribución recíproca entre ambos programas. El Plan Nacer aportó los datos que le permitieron a la ANSES identificar a los niños que no integraban los padrones que originalmente se utilizaron para conformar el universo de titulares de la AUH. De la misma manera, la incorporación del Plan Nacer como requisito para acceder y mantener el beneficio se tradujo en un incremento de los niveles de inscripción en los Seguros Provinciales de Salud. Este proceso simultáneo aumentó el nivel de población inscripta y produjo un impacto financiero en las provincias a través de las transferencias y los volúmenes de facturación. Esta medida se tradujo en 230 mil niños y niñas que ingresaron a la Asignación Universal por estar inscriptos en el Plan Nacer, ya que en el año 2012 la inscripción al Plan de niños y niñas menores de 6 años fue de 1.590.000 y para el año 2012 la cifra fue de 1.812.000. Desde el año de implementación de la AUH, la inscripción al Plan Nacer aumentó un 85,5%: 977.000 niños y niñas en el año 2009, 1.812.000 en el año 2012 (Plan Nacer, AUH- Informe de Divulgación, Ministerio de Salud, 2013).

Se podría decir que las condicionalidades de la AUH, traccionarían a los beneficiarios a acceder a los servicios de salud, sumado al requisito de inscripción al Plan Nacer/Programa Sumar. Sin embargo, los receptores de la AUH encuentran

personas en el total de aglomerados urbanos relevados por la EPH se redujo en un 27% pasando del 14,1% al 10,3%. Con respecto al impacto de la AUH sobre la indigencia, y considerando dichos valores estimados por el INDEC para el GBA, se verificó que la incidencia de la indigencia en las personas cayó del 3,8% al 1,4% verificando un descenso del 63,2%. Los autores afirman que la reducción de la desigualdad se expresa en el índice de Gini que descendió, desde un valor previo de 0,428 a un nivel de 0,41, verificando un descenso del 4,21%. El NEA presentó el mayor retroceso del indicador, que disminuyó un 7,67%. Los datos de disminución de ambos índices de pobreza e indigencia referidos en los tres informes citados coinciden en que el mayor impacto de la AUH se produjo en la reducción de la tasa de indigencia.

dificultades en el acceso a los servicios de salud. Según Pautassi et al, (2013) “...A la luz de los testimonios y en vistas al diseño del Plan Nacer surgen algunos interrogantes respecto de en qué medida dicho Plan tiene capacidad para efectivamente ampliar la oferta y no sólo incentivar y mejorar las condiciones de los recursos existentes, cuya elasticidad presenta límites finitos (p. 39)”.

En los capítulos siguientes, se investigarán las trayectorias sanitarias de las familias y sus hijos provenientes de Lomas de Zamora y que se atienden en el Hospital Juan P. Garrahan. A través del trabajo de campo, se analizará de qué manera este grupo poblacional accede a los servicios de salud, tanto locales como a un hospital de tercer nivel ubicado en la Ciudad de Buenos Aires; y cuáles son los obstáculos y los facilitadores que juegan en la construcción de los recorridos que efectúan las familias en búsqueda de soluciones a sus problemas sanitarios.

Además, intentaremos arrojar alguna luz sobre la articulación entre las políticas anteriormente analizadas, respecto de la ampliación de la oferta sanitaria y de su elasticidad para satisfacer en forma adecuada las demandas de las familias, a la hora de acceder a distintas prestaciones de salud.

|

CAPÍTULO 5. DE LOMAS DE ZAMORA AL HOSPITAL GARRAHAN

Percepciones de las familias, testimonios de los funcionarios de salud y de los trabajadores de un CAPs.

Las trayectorias en salud de las familias y sus hijos provenientes del municipio de Lomas de Zamora. Descripción de los efectores de salud, entrevistas a las familias, los funcionarios y los efectores de salud de Lomas de Zamora

5.1. Descripción de los efectores de salud

5.1.1. Hospital Nacional de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan

Este hospital se encuentra localizado en la Ciudad de Buenos Aires Argentina y fue fundado el 25 de agosto de 1987. Se trata de un hospital de alta complejidad con una modalidad de gestión, denominado genéricamente S.A.M.I.C. (Sistema de Atención Médica Integral para la Comunidad) caracterizado por:

- ✓ Descentralización y gratuidad en la atención
- ✓ Estructura departamentalizada
- ✓ Extensión vespertina del horario de atención al público
- ✓ Enfermería con formación universitaria
- ✓ Autogestión y generación de recursos genuinos mediante la facturación a obras sociales y sistemas de medicina prepaga
- ✓ Registros médicos, servicio social y nutrición conducido por personal profesional calificado
- ✓ Sección de medicina preventiva operando en acciones de promoción y protección de la salud en el terreno
- ✓ Departamento de Docencia e Investigación del cual depende el programa de Residencia Médica

Cuenta con 534 camas de internación, unidades de terapia intensiva pediátrica y neonatal, unidades de trasplante de órganos, área de atención ambulatoria (espontánea y programada) y área de emergencia. Dispone además, de todas las especialidades pediátricas y servicios complementarios de diagnóstico de alta complejidad.

El Hospital, además de ser un establecimiento de referencia en el campo asistencial pediátrico, conforma un centro de formación de recursos humanos de todas

las disciplinas asistenciales vinculadas con la salud infantil, tanto del pregrado como el postgrado: residencias y cursos.

Los NNyA que concurren espontáneamente son recibidos en el sector de Orientación Médica de la Institución. La demanda promedio diaria es de 500 pacientes. Los pacientes se distribuyen en los servicios de atención ambulatoria y en las orientaciones de las especialidades pediátricas si éstas son requeridas y si lo ameritan. Los pacientes que presentan patología aguda y grave son derivados al sector de Emergencias, aquellos que presentan patología estacional y enfermedades comunes son derivados al sector de Bajo Riesgo, y aquellos NNyA que presentan patologías que requieren de un abordaje interdisciplinario y que en muchas oportunidades demandan una segunda opinión, son derivados al sector de Mediano Riesgo. Todos los sectores mencionados pertenecen al Área Ambulatoria de demanda espontánea.

Se atienden pacientes provenientes de la Capital Federal (Ciudad Autónoma de Buenos Aires), del Gran Buenos Aires, de las provincias y de países limítrofes, en su mayoría (60%) sin acceso al trabajo formal y que se asisten en el subsistema público de salud.³⁶

5.1.2. Municipio de Lomas de Zamora- Provincia de Buenos Aires

El municipio de Lomas de Zamora pertenece a la Región Sanitaria VI, y tiene una extensión de 89 km².³⁷ Según el Censo de Población y Hogares de 2010 la población total del municipio es de 616.279 habitantes. El 9,8% corresponde a niños entre 0 y 5 años, el 28,6% entre 0 y 17 años, el 30% de 0 a 18 años. El 32% de 0 a 19 años y el 49,6% son mujeres en edad fértil.³⁸

³⁶ El 47.89 % de los NNyA provienen del Área Metropolitana, el 13.98 % de CABA, el 21.69% del resto de la Provincia de Buenos Aires, el 15.91% de las provincias, y el 0,53% de extranjeros. Boletín Estadístico Anual 2017, Departamento de estadística. Hospital Garrahan.

³⁷ Lo componen las localidades de Lomas de Zamora, Banfield, Temperley, Llavallol, Turdera, Villa Centenario, Villa Fiorito, Ingeniero Budge, Villa Albertina y San José. Pertenecen las delegaciones de Ingeniero Budge, Llavallol, Lomas de Zamora Microcentro, Lomas de Zamora Este, Lomas de Zamora Oeste, Parque Barón, San José, Santa Catalina, Temperley Este, Temperley Oeste, Villa Albertina, Villa Centenario, Villa Fiorito, Villa Lamadrid, Santa Marta, Turdera, San José Oeste.

³⁸ Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda INDEC 2010. Población de Lomas de Zamora de 0 a 19 años: 197.350. Población de 0 a 18 años: 186.625, Población de 0 a 17 años: 176.188. Población de 0 a 5 años: 60.521. Se considera mujeres en edad fértil aquellas entre los 15 y 49 años. La Población

Con respecto a la cobertura de salud de sus habitantes, el 41,8% tiene cobertura en el sistema público, el 53% tiene obra social o prepaga a través de obra social, el 4,2% posee prepaga por contratación voluntaria y el 1 % se encuentra bajo programas o planes estatales de salud (Incluir Salud, antes Profe). La cobertura de salud de los niños y adolescentes hasta los 19 años es la siguiente: el 51,5% tiene cobertura en el sector público, el 1,2% se encuentra bajo programa o plan estatal (Incluir Salud), el 44% tiene obra social o prepaga a través de la obra social, y el 3,2% posee obra social por contratación voluntaria.

Con respecto a la franja etaria comprendida entre los 0 y 5 años, 31.803 niños y niñas tienen cobertura en el sistema público, lo que corresponde al 52,6%. Es decir que la cobertura en el sistema público es mayor aún en la población de niños y niñas más pequeños. La cobertura de los NNyA menores de 18 años en el sector público, es del 51,8%.³⁹ Además es importante señalar que los números de cobertura de salud en el sistema público de los habitantes de Lomas de Zamora, superan ampliamente los guarismos a nivel nacional. Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010 alrededor de catorce millones y medio de personas utilizan el sistema público, lo que corresponde al 36% del total de la población de nuestro país. Para la franja etaria de 0 a 5 años la cobertura en el sistema público a nivel nacional es de 44%. Con respecto a la población de 0 a 17 años la cobertura es de 44% y si se extiende hasta los 19 años dicho guarismo corresponde al 43%.⁴⁰

Lomas de Zamora cuenta con los hospitales provinciales H.I.G.A (Hospital Interzonal General de Agudos) “Luisa C. Gandulfo”, UPA (Unidad de Pronta

estimada por proyección para el año 2017 es de 640.000 habitantes, base de datos REDATAM Proyecciones de Población. Censo 2010 INDEC.

³⁹La población de 0 a 19 años del Municipio es de 197.350. El número de niños y adolescentes pertenecientes a dichas franjas etarias que se atienden en el sistema público es de 101.407, lo que corresponde al 51,4%. La población de NNyA menores de 18 es de 176.188. Se atienden en el sector público 90.300, lo que corresponde al 51,3% Cuestionario Ampliado, Base de datos REDATAM. INDEC 2010.

⁴⁰ Para el censo de 2010 13.800.000 de personas corresponden a NNyA de 0 a 19 años. Aproximadamente 6.000.000 utilizan el sistema público de salud, lo que corresponde a alrededor del 43 %. La población menor de 18 años a nivel nacional es de 12.334.347 y 5.421.000 utilizan el sistema público, que corresponde al 44% La población de niños de 0 a 5 años es de aproximadamente 4.000.000. Los cubiertos por el sector público son alrededor de 1.800.000 por lo que corresponde a un 44%. Cuestionario Ampliado INDEC, base REDATAM 2010.

Atención) 24, Hospital Interzonal “José A. Estévez” y con el Hospital Municipal Materno infantil “Dr. Oscar Alende”. El Municipio dispone de 1254 camas, de las cuales 1178 son de jurisdicción provincial y 76 de jurisdicción municipal. Corresponde a 1.97 camas cada mil habitantes, es decir que casi duplica el promedio de camas de todo el Gran Buenos Aires.⁴¹ El Hospital Luisa C. Gandulfo cuenta con todas las especialidades pediátricas, internación pediátrica, terapia intensiva neonatal, y sala de emergencias para adultos y niños. El Hospital Materno Infantil Oscar Alende cuenta con pediatría y sus subespecialidades, internación pediátrica, terapia intensiva pediátrica y neonatal. El UPA 24 no cuenta con atención pediátrica. Solo tiene prestaciones de clínica, toco-ginecología, psicología y atención de urgencias las 24 horas. El Hospital Interzonal José Estévez cuenta con prestaciones e internación de clínica médica y emergencias, atención en psicología, psiquiatría de adultos e infanto-juvenil. No tiene atención pediátrica.

El municipio dispone de 42 centros de atención primaria (CAP) y un Centro de Odontología Infantil, distribuidos en todo el territorio, de los cuales solo 9 tienen guardia, pero no pediátrica. Algunos cuentan con promotores de salud que son los encargados de realizar el seguimiento de los pacientes.⁴²

El 65% de los pacientes que concurren al sector de Bajo Riesgo del Hospital Garrahan desde Lomas de Zamora provienen del área geográfica de 10 de los 43 CAPs (Villa Fiorito, Ing. Budge, Villa Gral. Lamadrid, Villa Centenario y Villa Albertina). Dichos 10 centros de salud corresponden a las zonas más cercanas y accesibles al Hospital Garrahan.⁴³ (Ver mapa anexo II).

⁴¹ La población del Municipio de Lomas de Zamora en el mismo censo fue de 616.279 habitantes. La proyección de población de Lomas de Zamora para el año 2015 es de 635.593. Elaboración propia a partir de datos estadísticos obtenidos de la Dirección Provincial de Estadísticas, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, 2015, y del Censo de Población, Hogares y Vivienda. Proyección de Población INDEC.

⁴² Caps: Santa Rosa, Las Casuarinas, Bartolomé Mitre, Villa Gral San Martín, San José, Angel Tullio, Alicia M. de Justo, Dr. G.A. Alfaro, Temperley Oeste, Dr. Federico E. Payas, 25 de Mayo, Prosperidad, Juan B. Tavano, Vicente López, Llavallol, Ingeniero Budge, El Progreso, Néstor Kirchner, Santa Marta, Villa Albertina, El Faro. Mariano Moreno, Provincias Unidas, 19 de diciembre, Villa Independencia, Dr. E. Finochietto, Nueva Esperanza, Barrio Obrero, Solidaridad, Juan Manuel de Rosas, 2 de Abril, Santa Catalina, Gral. Lamadrid, La Cortada, Eva Perón, Villa Urbana, La Salud como Derecho, Luis Agote, Dr. Ramón Carrillo, Dr. A. Fonrouge, Nuevo Fiorito. Centro Odontológico Infantil.

⁴³ Datos provistos a la autora por el Servicio de Bajo Riesgo.

En cuanto a las características sociales y económicas del municipio carecemos de datos que den cuenta de los índices de pobreza e indigencia específicas para la población de Lomas de Zamora. Según el Observatorio del Conurbano Bonaerense, y tomando como período de evaluación el cuarto trimestre de 2016, el índice de pobreza de los 24 partidos del GBA arrojó un porcentaje total de 34,7%, de los cuales las personas menores de 18 años representan el 49,6%. El índice de indigencia para ese mismo período arrojó un porcentaje total del 7%, de los cuales las personas menores de 18 años representan el 11,3%. Si tomamos el cuarto trimestre del año 2017 la pobreza arrojó un porcentaje del 31,6% de los cuales las personas menores de 18 años representan el 45,8%. Con respecto a la indigencia para el mismo período de 2017 fue de 6,1% de los cuales las personas menores de 18 años representan el 8,8%.⁴⁴ Los datos correspondientes al segundo trimestre del año 2015 arrojan cifras de 28,8% y 5,5% para pobreza e indigencia respectivamente. Si bien durante el último trimestre del 2017 se constató una reducción importante en la incidencia de la pobreza y la indigencia, dichos guarismos muestran mayores índices si se los compara con los registros del segundo trimestre de 2015 (Observatorio del Conurbano Bonaerense, 2016). Si bien no contamos con datos disponibles, podríamos considerar números similares para el municipio de Lomas de Zamora.

Es importante señalar además, que el municipio de Lomas de Zamora presenta algunas características demográficas, sociales y sanitarias que merecen ser destacadas: es el segundo municipio más poblado de los 24 partidos del Gran Buenos Aires;⁴⁵ posee una localización geográfica muy cercana a la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y modos de acceso a la Capital sencillos y relativamente económicos; su población tiene una mayor cobertura en el sistema público de salud en todas las franjas etarias comparadas con los números nacionales; los índices de pobreza e indigencia superiores a los nacionales, y en los cuales las personas menores de 18 años alcanzan porcentajes mayores); y por último, en el año 2015 el Municipio presentó una

⁴⁵ El primero es el partido de la Matanza con una población proyectada para el año 2017 de 2.136.695. Lomas de Zamora tiene 640.916 habitantes proyectados para el año 2017. Proyecciones de población INDEC.

tasa de mortalidad infantil de 8,8‰ con un aumento a 11,5‰ en el año 2016, lo que significa que en ese último año fallecieron 22 niños/as más que en el año 2015.⁴⁶

Estas características contextuales del municipio no pueden ser analizadas en forma aislada, ya que es menester tener en cuenta el contexto económico y social del país durante los años 2016 y 2017. En este sentido, los cambios y acomodamientos producidos desde fines de 2015 son determinantes. La implementación de un repertorio de políticas económicas restrictivas (despidos en el ámbito estatal y privado, índices de inflación elevados, altas cifras de endeudamiento externo, altas tasas de interés, disminución del costo laboral, reforma previsional y pérdida del poder adquisitivo de los trabajadores) produjo un nuevo escenario social, en donde aumentó la desocupación, y los índices de pobreza e indigencia.⁴⁷ Estos rasgos sumados a la desfinanciación y falta de sostenimiento por parte del estado nacional de políticas y programas sanitarios aumentaron la vulnerabilidad, la exclusión social con la consiguiente pérdida de derechos adquiridos (Gollan, 2018).

Como mencionamos en el capítulo 1 la justificación de la elección del municipio se realizó por dos motivos fundamentales. El primero se debe al alto

⁴⁶ El aumento de la mortalidad infantil de Lomas de Zamora es a expensas de la mortalidad tardía o post neonatal (entre los 28 días y antes del año) Dirección Provincial de Estadísticas-Salud. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

⁴⁷ La tasa de desempleo en el segundo semestre de 2017 fue del 8,7%, menor que la tasa de 9,3% correspondiente a segundo semestre del año 2016. La tasa de desempleo del año 2015 fue de 6,5% CIFRA informe de Coyuntura N25. Octubre 2017. Informe N4 CIFRA, julio 2018.

La tasa de indigencia pasó de 5,3% a fines de 2015 al 6,2% de la población al principio de abril de 2016; acumulando 2,3 millones de personas indigentes al final del tercer trimestre del año. La tasa de pobreza pasó de 29%, a fines de 2015, a 32,6% en la primera parte de abril de 2016; lo cual significaría aproximadamente 1,4 millón más de pobres (cerca de 13 millones de personas en situación de pobreza). Observatorio de la Deuda Social Argentina. UCA. Junio 2016.

Según el informe de UNICEF del último trimestre de 2016 hay en Argentina alrededor de 5,6 millones de niñas y niños pobres, de los que 1,3 millones están en situación de extrema pobreza, es decir que residen en hogares cuyos ingresos son insuficientes para adquirir una canasta básica de alimentos. Esta canasta básica se diferencia de la denominada “canasta básica total”, que incluye bienes no alimentarios, igualmente esenciales y básicos para la reproducción social. Si se segmenta la población de niños en tres grandes grupos de edad se observa que la incidencia mayor de la pobreza se verifica para el grupo de 13 a 17 años (51%), seguido por el grupo de 5-12 (48%) y 0 a 4 años (45%). Si bien la pobreza afecta al 47,7% de los niños, niñas y adolescentes, la tasa aumenta al 85% cuando el niño reside en un hogar cuyo jefe o jefa está desocupado, al 64% cuando es inactivo, y al 65% cuando es un asalariado informal. La pobreza infantil también es mayor en hogares donde la jefa es mujer (55,3%), el jefe o jefa tiene un bajo nivel educativo (72,5%) o es menor de 25 años (51,6%). La pobreza monetaria en la niñez y adolescencia en la Argentina. UNICEF 2017.

porcentaje de pacientes provenientes de Lomas de Zamora que se atienden en el sector de Bajo Riesgo. Según una encuesta efectuada en el año 2017, el 19,9% de los pacientes que se atienden en ese sector provinieron de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 70% del área metropolitana, el 2,8% de otras provincias, el 7 % del resto de la Provincia de Buenos Aires y el 0,3% de otros países. El porcentaje de NNyA provenientes del municipio de Lomas de Zamora fue del 21.5 % con respecto al resto del Gran Buenos Aires. Le siguen los NNyA provenientes del Partido de la Matanza con el 17.1 %.⁴⁸

El informe sobre corredores sanitarios efectuado por Rossen y Pertino (2008), relevó los egresos hospitalarios de los hospitales pediátricos de la Ciudad de Buenos Aires en general, y del Hospital Garrahan, en particular, correspondientes al año 2007. Las autoras describen los distintos corredores sanitarios desde los municipios hacia los hospitales de niños. Las familias de los municipios de La Matanza, Lomas de Zamora y Lanús, internaban a sus hijos en mayor proporción en el Hospital Garrahan. En las estadísticas generales del Hospital correspondientes al año 2017, tanto para la consulta ambulatoria como para la internación (medida por los egresos hospitalarios), la afluencia de población procedente del conurbano corresponde, en primer lugar, a la Región VI, dentro de la cual el municipio de Lomas de Zamora es el mayor proveedor. De la población procedente del área metropolitana, la materno infantil es la que utiliza en mayor proporción los hospitales de la CABA, tanto para internación como para consultas ambulatorias (Pertino y Rossen, 2008). Si consideramos los municipios aisladamente, es decir sin su pertenencia a su región sanitaria, la mayor provisión de pacientes, tanto de las consultas ambulatorias como de los egresos hospitalarios corresponden, en primer lugar, al municipio de La Matanza, y en segundo lugar, al municipio de Lomas de Zamora.⁴⁹

⁴⁸ Datos provistos por el Servicio de Bajo Riesgo Hospital Garrahan. Encuesta realizada a 326 pacientes, desde el 1 de abril al 30 de setiembre de 2017.

⁴⁹ En el año 2017 los egresos hospitalarios totales fueron 27.639, de los cuales el 44.92% provino del AMBA, el 20.73% del resto de la Pcia. de Buenos Aires, el 20.05% de otras provincias, el 13.81% de la Ciudad de Buenos Aires y el 0,48% de otros países. Del AMBA, el 41% provino de la Región VI dentro de la cual Lomas de Zamora aportó el 17%, seguido por Almirante Brown con 7,9%, y Lanús con 5,44% en tercer lugar Esteban Echeverría con 4,45%. Le sigue La Región XII con el 20,6%, La Región V con el 14,87% y Región VII con el 10,47%,

El segundo motivo es que el municipio de Lomas de Zamora cuenta con un número considerable de centros de atención primaria y 2 hospitales de segundo nivel que en teoría deberían ser capaces de satisfacer la demanda en salud de su población.⁵⁰

5.2. Trabajo de Campo

5.2.1. Entrevistas a Familias

Procedencia

De los barrios El Faro, Independencia, Temperley, Santa Catalina, Santa Marta, Banfield, Llavallol y Villa Centenario, provenía una familia por cada uno. De los barrios de Villa Lamadrid e Ingeniero Budge, provenían dos familias por cada uno. Cinco familias provenían de Villa Albertina y nueve de Villa Fiorito. Los barrios de mayor procedencia (Villa Albertina y Villa Fiorito) son aquellos que se encuentran en el área más próxima al Hospital Garrahan.⁵¹

Acompañantes

En 23 de 26 entrevistas la acompañante fue exclusivamente la madre. Solo en una entrevista concurrió exclusivamente el padre y en dos concurrieron ambos.

Escolaridad de los acompañantes

El 3.9% posee primaria incompleta, el 15.4% primaria completa. El 42.3 % secundaria incompleta, el 26,9% secundaria completa, el 3.9% terciario incompleto y 7.7% terciario completo.

Con respecto a las consultas externas, sumaron un total de 379.639, de las cuales el 47.89% provino del AMBA, el 21,69% del resto de la Pcia. de Buenos Aires, el 13.98% de la Ciudad de Buenos Aires, el 15,9% de otras provincias y el 0,5% de otros países. Con respecto al AMBA el 39,4% provino de la Región VI de la cual Lomas de Zamora aportó el 14,9%, le sigue Almirante Brown con 8,4% y en tercer lugar Lanús con 6,75%. Le sigue la Región XII con el 22,1%, Región V con el 15,1% y la Región VII con el 11,11%

Elaboración propia sobre datos obtenidos del Departamento de Estadísticas del Hospital Juan P Garrahan. Anuario Estadístico 2017.

⁵⁰ Lomas de Zamora posee casi el doble de camas por habitante que el total del GBA. Internación y atención ambulatoria pediátrica en los dos hospitales de segundo nivel, y 42 centros de atención primaria.

⁵¹ El Hospital se encuentra ubicado en el barrio de Parque Patricios, zona sur de la Ciudad de Buenos Aires, entre las calles Pichincha, Av. Brasil, Combate de los Pozos y 15 de Noviembre.

Actividad laboral de los acompañantes

De las madres acompañantes, un poco más de la mitad (14) realizan trabajo no remunerado: tareas de cuidado de la familia y el hogar (amas de casa).

Solo dos poseen empleo formal, una es empleada en una heladería y percibe un salario menor al salario mínimo vital y móvil, otra es preceptora en un jardín de infantes y está adherida al régimen de monotributo. Diez entrevistadas tienen trabajos no formales que se distribuyen de la siguiente forma: tres poseen un comercio en el domicilio (kiosco, regalería, venta de ropa); una es empleada textil; cuatro son empleadas domésticas o realizan limpieza de oficina; 1 recibe el programa social “Ellas Hacen”; una es profesora de pintura (formación no curricular). De estos trabajos solo la empleada textil refiere a su trabajo como “en proceso de blanqueo”. Cabe señalar que cuatro de las madres entrevistadas son jefas de hogar, es decir que son las proveedoras exclusivas de los ingresos de la familia.

Actividad laboral del cónyuge o familia

En la mayoría, los cónyuges o familia refieren tener trabajo (18). Estos son informales y temporarios (changas) en los rubros de construcción, pintura, trabajos de mantenimiento, cartoneo, fletes y actividades financieras informales (cobros y préstamos). Solo dos refieren estar en proceso de blanqueo o a “prueba”. Tres tienen un trabajo formal y una recibe una pensión por discapacidad. De las familias entrevistadas solo tres conviven con la familia originaria, padres o suegros.

Asignación Universal por Hijo

Veinticuatro personas entrevistadas recibían efectivamente la AUH. En un caso se encontraba en proceso de trámite por el ANSES. En otro caso tenía una mora de 3 meses por problemas administrativos en el ANSES (equivocación en las fechas de turnos y enfermedad familiar que demoró la obtención de turno).

Inscripción al Plan Nacer/ Programa Sumar

Tal como lo indican los datos generales, el plan Nacer/Sumar muestra una presencia importante:

El 73% afirma estar inscripto al Nacer/ Sumar. El 19,3% no sabe si está inscripto a dicho plan. El 7,7% dice no estar inscripto.

Obra Social

La mayoría carece de obra social (22 entrevistados). Solo tres entrevistados tienen obra social (uno de los cuales dice no usarla). Un entrevistado está en proceso de obtención de obra social a través del monotributo.

Carnet de vacunas

La mayoría de los entrevistados (20), poseían el carnet de vacunas completo al momento de tomar las entrevistas. Cinco entrevistados, referían tener el carnet completo, pero no haberlo traído. Otro entrevistado refería carnet de vacunas incompleto. Por lo tanto, la cobertura de inmunizaciones, aunque si bien no constatada en su totalidad, es alta (96%).

Motivo de consulta de los NNyA

En más de la mitad de las entrevistas (14), los motivos de consulta estaban referidos a patología estacional (resfrío, fiebre, broncoespasmo, neumonía, tos). En nueve entrevistados, los motivos de consulta estaban referidos a enfermedades infecciosas o síntomas comunes (absceso, adenoflemón, infección urinaria, vómitos, dolor abdominal, ampollas en la boca, diarrea con sangre, disuria). En los tres restantes, los motivos de consulta fueron más complejos y ameritaban una consulta de segundo nivel o más especializada (hipoacusia, trastorno del aprendizaje, pubertad precoz).

Las patologías consultadas en su mayoría debían poder resolverse en un primer y segundo nivel de atención, en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS).

Consultas previas efectuadas por el motivo de consulta

Del total de entrevistados, 18 dicen haber efectuado una o más consultas previas (69%). Los rangos de consulta se encuentran entre 1 hasta 20 consultas previas, distribuidas de la siguiente manera:

- 1 consulta previa: 10 casos
- 2 consultas previas: 3 casos
- 3 consultas previas: 2 casos
- 6 a 7 consultas previas: 2 casos

20 consultas previas: 1 caso

En general, las consultas fueron realizadas en los efectores de salud próximos a su domicilio como los CAPS o en los hospitales de segundo nivel como el Hospital Gandulfo. Algunas consultas también se realizaron en efectores de salud de la Ciudad de Buenos Aires, como el Hospital Pena, la guardia del Hospital Garrahan, y también en CAPS y hospitales que no corresponden al Partido de Lomas de Zamora, como el Hospital Fiorito, o el CAP de Villa Caraza (Lanús Oeste), o del Partido de Almirante Brown. También hay consultas a las obras sociales, en los casos en que se cuenta con ese recurso, o consultas a profesionales del ámbito privado. En todos los casos el problema de salud de estos NNyA no logró ser resuelto a pesar de las múltiples intervenciones de los diferentes efectores de salud. Si observamos las enfermedades que ocasionaron la mayor cantidad de consultas previas, observamos que los diagnósticos son sencillos y que podrían haber sido resueltos en un primer o segundo nivel de atención. La patología que ameritó 20 consultas previas fue un absceso periamigdalino como complicación de una angina bacteriana en un niño de 7 años, y la patología que suscitó 6 consultas previas fue una adenoflemón en una niña de 2 años. Con relación al diagnóstico de una pubertad precoz, es cierto que amerita cierta complejidad en su abordaje, y justifica de alguna manera haber realizado varias consultas previas hasta poder encontrar la solución efectiva en un hospital de alta complejidad. Esto sucedió con una niña de 12 años que requirió 7 consultas previas antes de llegar a este hospital. Sin embargo, y en líneas generales podemos reiterar que las patologías por la que se consulta deberían ser resueltas en un primer o segundo nivel de atención.

Conocimiento de los efectores de segundo nivel

La mayoría de los entrevistados (21) conocen los efectores de segundo nivel del Municipio (Hospital Gandulfo, Hospital Alende).

Efector de salud de referencia

De los 26 entrevistados más de la mitad (16) dicen tener centro de salud de referencia (CAP) en el barrio a los cuales concurren. Cinco entrevistados conocen los efectores de salud del barrio, tanto los CAPs como los efectores de segundo nivel de atención (Hospital Alende), pero refieren no concurrir porque no siempre hay pediatra.

De estos cinco entrevistados uno menciona al Hospital Pena (CABA) como centro de referencia, otro menciona a la obra social como centro de referencia, dos mencionan a salas del ámbito privado como centros de referencia y el último dice no contar con centro de referencia alternativo. Dos entrevistados utilizan como centro de referencia al Hospital Fiorito (Avellaneda). Un entrevistado refiere como su centro de referencia a una sala de la localidad de Ezeiza (Unidad 10) donde fue su anterior domicilio. Otro entrevistado menciona como centro de referencia el Hospital Rivadavia (CABA) y un entrevistado menciona como centro de referencia a la obra social.

Pediatra de cabecera

La mayoría de los entrevistados (22) refieren tener pediatra de cabecera, los cuales se distribuyen de la siguiente manera: la mitad (11) tienen pediatra de cabecera en los CAPs cercanos a domicilio. Es importante destacar que un porcentaje importante de este grupo (8 entrevistados), recuerdan el nombre del pediatra de cabecera. Dos entrevistados tienen pediatra por obra social. Un entrevistado tiene pediatra en el Hospital Gandulfo y recuerda su nombre. Cuatro entrevistados tienen pediatra en consultorios privados dentro del municipio. Dos de estos pediatras de cabecera desarrollan tareas concomitantes en el ámbito privado y en el CAP cercano. Los otros dos pediatras tienen tareas concomitantes en el ámbito privado y en el Hospital Gandulfo. También en este grupo es importante mencionar que 3 de los 4 entrevistados recuerdan el nombre del pediatra de cabecera. Cuatro entrevistados refieren tener pediatra de cabecera por fuera de la jurisdicción del municipio de Lomas de Zamora. La mitad ubica su pediatra de cabecera en zonas del Conurbano (Ezeiza y Avellaneda). La otra mitad, el pediatra de cabecera pertenece a efectores de salud ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Hospital Pena y Rivadavia). En todos los casos recuerdan el nombre del pediatra de cabecera.

Es importante señalar que si bien el porcentaje de personas que afirman contar con un centro de referencia cercano al domicilio es considerable (más de la mitad: 16), ello no necesariamente implica que las familias que allí concurren para la atención de sus hijos puedan contar un médico de cabecera reconocible y que ofrezca continuidad en el seguimiento. Como vimos anteriormente solo el 50 % de los entrevistados dicen tener un médico de estas características en los CAPs cercanos a sus domicilios.

Acreditación de las condicionalidades de la AUH

De los 26 entrevistados, un número importante (17) refirieron firmar la libreta o sellar el formulario correspondiente a la AUH en el CAP próximo a su domicilio, en el contexto del control de salud e inmunizaciones según esquema de controles.⁵² Dentro de los controles efectuados en los CAPs, dos entrevistados refirieron que la libreta es firmada en el centro de salud, pero constatando el control efectuado por el pediatra de cabecera del ámbito privado. Esto sucede en el caso de contar con pediatras particulares que atienden en establecimientos cercanos de los centros de salud y que además desempeñan tareas en los CAPs. Un entrevistado a pesar de tener médico de cabecera en un hospital de la CABA (Hospital Rivadavia), firma las condicionalidades en el CAP, esta vez sin que ello se acompañe del control clínico correspondiente; retira la libreta de un día para el otro. Cuatro entrevistados refirieron la firma de la libreta en hospitales de segundo o tercer nivel de atención: Hospital Alende, Gandolfo, Pena y Garrahan, (éstos últimos pertenecientes a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Dos entrevistados refirieron firmar las libretas con pediatras del ámbito privado pero que concomitantemente trabajan en el Hospital Gandolfo y poseen sello de dicho hospital.

Comparación de los datos cuantitativos obtenidos con otros trabajos previos.

Los datos relevados en nuestra investigación y hasta aquí expuestos se pueden contrastar con los datos obtenidos en el trabajo de Nastri, García Arrigoni y Rodríguez (2015) sobre modelo de trabajo en red para la atención de pacientes del conurbano en el Hospital Garrahan, publicado en la revista de Salud Pública en el año 2015. El mismo tomó como base una encuesta a 100 pacientes que concurrieron al sector de Bajo Riesgo en el año 2013. La encuesta reveló que el 90 % conocía los efectores de segundo nivel, contra el 80% relevado en nuestra investigación. El 62% había consultado previamente a un efector de salud de la zona, en contraste con el 69% de nuestra investigación. Solo el 4% de los pacientes ameritaban un seguimiento en el Hospital Garrahan. En nuestra investigación solo el 3%. El 50 % referían tener médico de cabecera en los CAPs, porcentaje que coincide con nuestra investigación y el 80%

⁵² Los controles en salud se estipulan por agenda con presentación de la libreta o formulario de ANSES.

efectuaban controles de salud en el CAP u hospitales próximos a su domicilio, contra el 61.5% relevado en nuestro trabajo. Como vimos anteriormente, la mayoría de los pacientes entrevistados (88,5%) estuvieron en condiciones de realizar su seguimiento en un primer o segundo nivel de atención.

Conocimiento acerca del significado de la Asignación Universal por hijo para Protección Social

Veinticinco entrevistados consideran que la AUH, es una ayuda para los chicos, para poder comprarles las cosas que necesitan (útiles escolares, pañales, leche, comida, zapatillas, ropa). La ayuda está destinada también a las madres que están solas, desocupadas o con las parejas desocupadas o con trabajos esporádicos. Solo una entrevistada respondió que la AUH es el equivalente de las asignaciones familiares del mercado formal de trabajo. Estos fueron los testimonios de los acompañantes de los pacientes:

“Es una ayuda que da el gobierno para los chicos”

“Es una ayuda para una madre que no trabaja, me viene bien, pero si ganara mejor no me serviría”

“Es un plan”

Con respecto a la pregunta de quién otorga o de qué institución depende la AUH, las respuestas unánimes fueron el gobierno y el ANSES. La mayoría de las entrevistadas afirmó que la transferencia es para los chicos y no para las madres, es decir que es una plata de “ellos” y dirigida a solventar sus gastos. La Asignación Universal por hijo no es vivida como un derecho exigible, sino más bien como una política o plan asistencial.

Conocimiento sobre el Plan Nacer/ Programa Sumar

Ninguno de los entrevistados conoce o sabe en qué consiste el Plan Nacer/Sumar. Solo una entrevistada afirmó que es la obra social de los que no tienen trabajo formal. Una entrevistada dijo que era un registro de nacimientos. Otra entrevistada afirmó que era un plan para repartir leche y medicamentos.

Uno de los requisitos para recibir la Asignación Universal por Hijo es estar empadronado en el Nacer/ Sumar. Como vimos anteriormente, solo el 73% de los entrevistados afirman estar inscriptos en el programa. No es el objetivo de este trabajo

indagar sobre las causas que hacen que la mayoría de las personas entrevistadas desconozcan si están empadronados y en qué consiste el Plan Nacer/Sumar. Sin embargo, cabe destacar que existe un amplio desconocimiento sobre las prestaciones que ofrece dicho programa.

Atención en los CAPs

La preocupación general de todos los entrevistados tiene que ver con la resolución de las enfermedades o patologías de urgencia, banales o estacionales. Estas en general no se resuelven en los CAPs, ya que, por un lado, hay muy pocos turnos disponibles para atender estos casos y por otro, los CAPs no disponen de pediatra de guardia. Hay centros donde los pediatras desempeñan tareas diarias, pero en horarios restringidos, lo que dificulta la atención de la urgencia. Una madre acompañante de un paciente que se atiende en el CAP Villa Gral. San Martín (Temperley) refiere:

“La Dra..... está en todos los detalles, estoy muy conforme con ella, hay mucha gente, y a veces no puede atender porque también es la directora de la sala, otras veces llega más tarde o puede ser que ese día justo no atienda. Las urgencias se atienden en el Hospital Gandulfo, pero trato de consultar todo con la pediatra, a veces me puede atender una urgencia, sin turno. Hay otra pediatra pero no atiende urgencias ni nada.”

Otorgamiento de turnos

El segundo punto que aparece como tema de queja es sobre la administración de dación de turnos de control en los centros de salud. No todos los centros poseen el mismo sistema de administración de turnos, ya que en algunos los turnos se dan con uno a dos meses de anticipación, en otros de un día para otro, en otros en el mismo día, en otros con dos a tres días de anticipación y en otros de semana en semana. El denominador común es que hay que concurrir muy temprano a la mañana, alrededor de las 5 horas o antes, o “quedarse a dormir”, a los efectos de poder concretar el turno debido a la gran demanda. En algunos centros se pueden obtener los turnos por teléfono (CAP Villa Independencia).

Según referencia una entrevistada, madre de un paciente:

“Se pide turno por teléfono pero no te vuelven a llamar. Tenés que esperar un mes para los turnos y las urgencias no se atienden, mi nene estuvo dos meses sin atenderse y a veces en los turnos programados el pediatra falta”.

Otra entrevistada refiere:

“En Fiorito es complicado la urgencia y los turnos, hay coleros que están arreglados con los administrativos y te venden el turno por 40 pesos, ya van 4 veces que compré turnos”.

Como vemos, el trato del personal administrativo también es motivo de queja, ya que las entrevistadas refieren desde indiferencia hasta malos tratos.

Una entrevistada manifiesta:

“Los administrativos no te dan mucha bola, es muy malo el sistema, no hay orden, no hay sillas y hay mucha gente que se pelea por los turnos”.

Los controles de salud en los CAPs

En líneas generales los entrevistados que realizan los controles en los CAPs, están conformes con la atención recibida. Sin embargo, existen quejas y comentarios contradictorios, como lo referenciado por una entrevistada que afirma:

“Estoy conforme con la pediatra pero no se dio cuenta que el bebé tenía algo y la tuve que traer al Garrahan”.

Otra entrevistada del CAP de Fiorito refiere:

“Tratan bien, pero te indican remedios que no hay y hay que comprar y no te preguntan si tenés plata, ahora no hay pediatra, porque está de licencia”.

Otra entrevistada manifiesta:

“Los controles están bien, estoy conforme, la pediatra pregunta cosas, se toma su tiempo. Me pasó que no tuvieran vacunas en la salita”.

Como se describió anteriormente la mitad de las entrevistadas no efectúan controles en los CAPs. Los motivos por los cuales las familias prefieren realizar los controles en otros efectores de salud son diversos. Como vimos anteriormente juegan un papel muy importante la dificultad en la obtención de turnos, la poca disponibilidad de pediatras, los errores diagnósticos y la falta de recursos.

Una entrevistada refiere:

“Tuve muy mala experiencia en la salita, me dieron diagnóstico de desnutrición de una de mis nenas y sobrepeso de la otra. Tuve que ir muy temprano y la pediatra llegó tarde, la miró por arriba y me dijo que a la nena más chica de 2 años, le corte la leche porque estaba con sobrepeso”.

Otra refiere:

“Las salas del barrio son muy malas, los pediatras lo único que hacen es pesarlos y medirlos y nada más, no te preguntan nada. Eso en Villa Albertina y sala de Villa Centenario, depende del pediatra que te toque”.

Otro testimonio de la madre de un paciente:

“No la llevo al centro de Villa Albertina porque me atendieron mal y me mandaron a que la atendiera el pediatra privado. Para sacar turnos es los viernes para lunes, y cuando llegás no hay más turno, porque hay acomodo con las administrativas, es pésima la atención, muchas horas de demora, no se atienden las urgencias. Mis tres chicos sanos los traigo al Garrahan. En el Gandulfo no me atendieron muy bien y me vine al Garrahan. A mi hija de 9 años en la salita la revisaron y le abrieron las piernas así de una y prefiero pagar y que me atiendan bien, no probé con otras salitas”.

Empadronamiento en la AUH

Información sobre requisitos y condicionalidades

Dieciséis entrevistados refieren que el trámite lo efectuaron en el ANSES, que el trato fue cordial y les explicaron bien acerca de las condicionalidades y los requisitos. Un entrevistado varón desconocía, ya que de “eso se encargaba la mamá de los chicos”. Nueve entrevistados refieren que no les explicaron bien en el ANSES y que se enteraron hablando con las vecinas, o al sacar turno en la salita, por medio de familiares, leyendo o por la tele.

Dificultades en la obtención de la transferencia de ingreso.

Cuatro entrevistados tuvieron dificultades en la obtención de la transferencia. Estas dificultades están relacionadas con trámites administrativos, o a veces con la superposición con el cobro de asignaciones familiares del trabajo formal del cónyuge.

Una entrevistada refiere:

“Primero cobraba mi marido, y después yo cuando cumplí los tres años de residencia. En el ANSES de Villa Albertina me hicieron perder mucha plata porque él había trabajado en blanco y quedaba como registrado en blanco. Me hicieron ir varias veces, y me cambié al ANSES de Banfield, y se perdió esa plata, ahora voy al de Banfield y me tratan mejor”.

Otros casos presentan dificultades en la obtención de turnos en tiempo y forma por problemas de salud de la titular o de un familiar a cargo. Como mencionamos anteriormente al momento de realizar las entrevistas solo dos entrevistadas no estaban percibiendo la AUH. Cabe señalar que no siempre el trámite para la obtención de la AUH se efectúa en el ANSES correspondiente al partido, como vimos en el ejemplo antes mencionado. Las entrevistadas suelen “probar” en otras jurisdicciones (por ejemplo, Lanús o Florencio Varela) en búsqueda de información y atención más eficiente.

Opinión sobre los efectores de salud del municipio de Lomas de Zamora

En general las personas entrevistadas conocen bien los efectores de salud, ya sea los CAPs o los hospitales de segundo nivel de atención que existen en el municipio de Lomas de Zamora (Hospital Gandulfo, Hospital Alende, UPA24). También suelen recurrir a efectores de salud por fuera de la jurisdicción como el Hospital Fiorito, el

Hospital Evita y algún CAPs, como por ejemplo el que se encuentra en Villa Caraza, o los pertenecientes al partido de Almirante Brown, y a hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Con respecto a los hospitales, las vivencias que refieren las entrevistadas sobre las consultas efectuadas son negativas. No solamente en referencia a la atención específica de los NNyA sino que también a la atención del parto, o la atención de ellas mismas o de algún familiar adulto. Son pocas las entrevistadas que refieren estar conformes con la atención que se brinda en los hospitales, entre ellas se encuentran las que realizan los controles en salud allí. La atención de la urgencia es siempre referida como deficitaria. Los hospitales parecen ser expulsivos de las personas, no solo en términos del trato poco cordial, sino también en las largas demoras para ser atendidos, la idoneidad de los profesionales en cuanto a la resolución de los problemas de salud y la falta de insumos (posibilidad de efectuar laboratorio o exámenes complementarios adecuados).

Según una entrevistada:

“Es un lío la atención de las urgencias, de los adultos, fui al UPA y es muy malo, y para los chicos no hay pediatra. Prefiero venir al Garrahan y me queda más cerca. Me atienden bien en el Gandulfo, pero me suspendieron los turnos de cirugía de la nena tres veces porque o no está el cirujano o no está el anestesista”.

Otro testimonio refiere:

“Las urgencias las tengo que resolver en el Gandulfo. Una vez me fue bien, y otra mal con la miasis de mi nena, que me trataron muy mal. Tendría que mejorar bastante el Gandulfo, es un desastre, me queda muy cerca, y muchísimo más cerca que venir al Garrahan. El hospital “menos diez” y la salita un desastre, llegan tarde y atienden cuando quieren, estuve desde la 5 de la mañana y salí a las 14hrs. Por eso vuelvo a Ezeiza”.

Otro testimonio refiere lo siguiente:

“En el Alende te atienden bien pero a veces no le pegan con el diagnóstico, por ejemplo con la apendicitis de mi nena, terminó en la Casa Cuna operada. Al Gandulfo no fui pero mi ex pareja fue y no le fue bien”.

Sobre las condicionalidades de la AUH y el aumento de los controles en salud.

Ninguna de las entrevistadas refiere que aumentó los controles en salud una vez recibida la AUH. Hay algún testimonio que afirma que efectivamente la AUH hizo que madres “negligentes” tuvieran que llevarlos a control y a la escuela. Estos comentarios son siempre referidos a un colectivo ajeno, “madres descuidadas” y sin ninguna vinculación con el entrevistado.

El Prestigio del Hospital Garrahan como motivador de la consulta

El prestigio del Hospital Garrahan, dada su magnitud como hospital nacional de alta complejidad y su atención abierta a la comunidad (el hospital tiene categoría de S.A.M.I.C: Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad), sin duda es un ingrediente que influye en forma relevante en la tracción de las consultas hacia la institución. Los siguientes comentarios ilustran esta realidad:

“Lo traje al Garrahan porque no me resolvieron antes y acá le dieron un remedio y está mejor. (Villa Lamadrid)

“Me resolvieron el problema de la infección en el Garrahan, vengo a lo seguro”. (Villa Fiorito)

“Me gusta la atención del Garrahan y tengo referencias de personas que se atendieron.”(Villa Fiorito)

“Me queda a un colectivo, no tuve respuesta en las 20 consultas que hice”. (Villa Albertina)

Proximidad

Es importante señalar que la mayoría de las personas que consultan en el Hospital Garrahan pertenecen a los barrios cercanos al camino de la Rivera, el camino

de Cintura, y concurren a los CAPs correspondientes a esas zonas (ver mapa anexo). En nuestro trabajo, la mayor cantidad de familias provienen de Villa Fiorito (34,6%) y Villa Albertina (19,2%). Le siguen las personas que provienen de Ingeniero Budge y Villa Lamadrid con el 7,7% en cada localidad. La proximidad es una condición relevante a la hora de elegir el Hospital Garrahan, y en algunas ocasiones otros efectores en la ciudad (Hospital Pena) para ser atendidos, pero no es la única, como bien pudimos observar en el desarrollo de nuestra investigación.

El medio de transporte público de mayor uso es el colectivo, y las familias provenientes de los barrios más próximos utilizan en general una línea única, aunque a veces dos para llegar al hospital. El 65 % (17) de los entrevistados afirmaron utilizar una sola línea de colectivos (líneas 188, 31 y 28) demorando en llegar al hospital entre una hora y una hora y media. Los ocho restantes utilizaron dos líneas de colectivos o combinación de tren y colectivo, pero no demoraron más de una hora y media, hora 50 minutos, en llegar al hospital. Solo un entrevistado refirió que utilizaba un vehículo particular para llegar al hospital.

Algunos comentarios son ilustrativos:

“Me queda más cerca venir acá. Lo traigo al Garrahan porque me atienden bien y se pueden hacer estudios”. (Villa Fiorito)

“Prefiero venir acá que al Gandulfo, me queda más cerca, un solo colectivo”. (Villa Fiorito)

“Me queda más cerca venir acá, a un colectivo. El Gandulfo no me gusta”. (Villa Centenario)

“Vengo acá (Garrahan) porque hay menos tiempo de espera que en el Alende”. (Villa Fiorito)

“Para las urgencias siempre los traigo acá al Garrahan”. (Villa Albertina)

“El Gandulfo me queda más cerca que venir acá, pero venimos en auto, me voy conforme, siempre nos atendimos acá (Garrahan) yo y mis hermanos”. (Lavallol)

“Fui al Pena y había mucha demora y me vine para acá y me atendieron más rápido”. (Villa Fiorito)

5.2.2 Visita a un CAP- Nueva Fiorito (Noviembre de 2017)

El centro de atención primaria Nueva Fiorito, ubicado en la calle Larrazábal 2669 del Barrio de Villa Fiorito, cuenta con atención pediátrica de lunes a viernes, ginecología, odontología, psicología, clínica médica, diabetología, obstetricia, enfermera, trabajadora social, mucama y promotora de salud. Es uno de los 9 CAPs donde hay guardia de clínica médica de 24 horas, pero solo los días lunes, martes y miércoles. No hay guardia de pediatría. Cuenta con dos pediatras, una que trabaja por la mañana de lunes a viernes y otra que cumple tareas de 14 a 18 horas, solo los lunes. Trabajan en centro tres administrativos para atención al público. Los turnos se otorgan los jueves y viernes, de semana en semana. Cuenta con vacunatorio de lunes a viernes por la mañana y hasta las 14 hrs., y entrega de medicamentos del Programa Remediar /CUS-Medicamentos.⁵³

La estructura edilicia del centro es bastante nueva, pero presenta algunas dificultades en el diseño, ya que se tuvieron que dividir consultorios con paneles, quedando espacios pequeños y con poca intimidad. Hay también problemas de circulación, ya que las personas y los médicos deben salir del centro a través de los consultorios, interrumpiendo muchas veces la tarea que allí se desarrolla. Tampoco existen espacios adecuados para el descanso de los médicos de guardia ni tampoco para la reunión del equipo de salud. La organización administrativa del centro está conformada por un administrador y un jefe de sala.

Se entrevistó al administrador del CAP y la pediatra que trabaja de lunes a viernes.

Entrevista al administrador

Las funciones del administrador tienen que ver con la supervisión y control de los insumos que se necesitan en el centro para el desempeño de los profesionales, desde fotocopias hasta oxígeno o retirar residuos patogénicos, por ejemplo. También su función es la organización del otorgamiento de turnos, la comunicación con los usuarios y la coordinación del equipo de salud en general. Cabe destacar que el

⁵³El 17 de Mayo de 2016 por Resolución N° 642 del Ministerio de Salud de la Nación, se cambió la denominación “Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS)-REMEDIAR” por “Cobertura Universal de Salud – Medicamentos”.

administrador entrevistado no tiene formación en salud, es contador y ha trabajado anteriormente en la esfera privada.

“Mi función es que esto funcione, que los médicos y profesionales tengan dentro de lo posible lo que necesitan, sacar copias, o si le falta algún insumo voy a la secretaría o al depósito o llamo para retirar los residuos patogénicos, también explicarle a la gente que tenemos 3 médicos de guardia no todos los días lunes martes y miércoles y guardia de enfermería diaria, también explicarle a la gente hay temporadas donde todos los días hay leche para entregar y otras no.”

Con respecto al otorgamiento de turnos se decidió dar turnos los jueves y viernes, de semana en semana. Las personas concurren muy temprano, cerca de las 5 de la mañana. No se encontró hasta ahora otra manera de otorgar los turnos que sea más amable.

“Hay que venir muy temprano tipo 5 de la mañana. Yo recontrá pensé como sería la estrategia para mejorar esto. Pero para que sea transparente es que vengan por orden de llegada. Por ejemplo, se dan 46 turnos para el clínico en la semana, no hay forma de que vengan más tarde y lo más transparente es que la gente vea, el familiar o amigo del administrativo tiene que hacer lo mismo que todo el mundo. Con los recursos que tenemos es la única manera de otorgar turnos”.

Con respecto al trato al público de los administrativos refiere lo siguiente:

“Las 3 administrativas tratan bien, pero se necesitaría capacitar a todos, desde la mucama (que a veces es el primer contacto con los pacientes) hasta los profesionales, para que haya un buen trato aunque sea para explicarle que no lo podemos atender en el Cap, para que el trato no sea expulsivo”.

Cuando se pregunta al entrevistado acerca de cuáles serían las modificaciones que se deberían llevar a cabo para mejorar la atención en el CAPs, la respuesta se basa en tres ejes fundamentales: la falta de coordinación con la secretaría y los otros centros de salud, las condiciones edilicias y la falta de profesionales entrenados en atención primaria de la salud, especialmente de pediatras.

“Yo soy contador y siempre trabajé en ámbito privado, hace 2 años y medio que estoy acá y lo que veo es que no hay reuniones de equipo entre la secretaría y los CAPs para planificar y organizar, falta eso. Y contemplar también las diferentes situaciones de los diferentes CAPs y como se pueden articular acciones y poder obtener las cosas que necesitamos. Tenemos graves problemas edilicios, por ejemplo, poco lugar, 6 baños, la circulación se hace a través de los consultorios, muy poca intimidad. Y por supuesto faltan pediatras y médicos de guardia para contener la demanda”.

En cuanto a los insumos otorgados por el cumplimiento de las trazadoras del Plan Nacer/ Programa Sumar el entrevistado refiere que tanto las estufas como los ventiladores fueron otorgados a través del dicho programa. Pero también refiere lo siguiente:

“Los insumos como ventiladores, estufas y mobiliarios fueron aportados por el Plan Nacer/ Programa Sumar, pero por ejemplo nos dieron 6 pares de muletas y varias sillas de ruedas, que nosotros no necesitamos. Hubiera sido más útil, que nos aportaran un equipo de aire acondicionado, pero así funcionan las cosas”.

Entrevista a la pediatra

Con La pediatra entrevistada se desempeña diariamente de lunes a viernes, desde las 8 hrs. hasta que termina de atender los 15 turnos otorgados por día, por lo que en general su tarea finaliza al mediodía (12 hrs.). Trabaja en el CAP hace 9 años y medio. La mayoría de estos turnos son para controles y firma de libreta de AUH. Pero también la pediatra otorga los viernes 10 turnos extra semanales para aquellos

pacientes que son recién nacidos, muy pequeños, o que cursan alguna enfermedad por la cual necesitan un control en la semana. respecto al trabajo cotidiano surgen dificultades en la realización de exámenes complementarios (que no se realizan en el centro) o la derivación a un centro de segundo nivel de atención.

“Los turnos se dan los jueves y viernes para toda la semana, yo doy 10 turnos extra para bebitos recién nacidos y son controles, porque el tema de venir muy temprano trae complicaciones porque les roban, o les cobran para hacer la cola o hace frío o les impide llevar a sus otros chicos al jardín. Para sacar sangre o hacer hisopado de fauces los tengo que mandar a Irigoyen a 10.000 que es bastante lejos. Uno se tiene que manejar como puede, acá no puedo hacer exámenes complementarios y los tengo que mandar al hospital o al dispensario de Irigoyen”.

La entrevistada no refiere tener problemas con los insumos en la tarea cotidiana, ya que especialmente en épocas invernales el centro cuenta con provisión de medicamentos adecuados para atender esa demanda.

Con respecto a su opinión sobre la estrategia de atención primaria y su formación en APS refiere lo siguiente:

“No tengo formación especial en atención primaria de la salud, mi formación es pediátrica común. Me gusta mucho trabajar en APS, creo que es la estrategia para alcanzar la salud. No solo trabajo aquí sino que lo hago en un consultorio privado, y no tengo tiempo para capacitarme, por ejemplo en APS, o en desarrollo infantil, cosa que me gustaría mucho, pero no lo puedo hacer por falta de tiempo. Yo creo que la atención primaria es compleja por una multiplicidad de causas, hay que lidiar con las realidades sociales, con los recursos escasos y también con sentirse en la trinchera, básicamente porque uno trabaja en soledad, y en un ambiente violento ya sea porque las

familias traen a un chico enfermo y también es violento cuando uno tiene que derivar a un chico y se hace difícil o enviar a hacer estudios complementarios y se encuentra con dificultades. Es muy importante que los administrativos estén capacitados para atender bien a la gente y no dar información equivocada y no ser expulsivos”.

Con respecto a la pregunta de cuáles son las condiciones necesarias para trabajar mejor en el CAP, la entrevistada refiere en primer lugar la falta de recursos humanos, la necesidad de contar con más pediatras que pudieran satisfacer una demanda que sin duda es insatisfecha, especialmente en el período estacional y en segundo lugar las condiciones edilicias del centro de salud.

“Estoy conforme con mi remuneración. El tema es que debería haber más recursos para traer más pediatras al centro y así poder satisfacer la demanda que seguro está insatisfecha, no tanto en esta época del año pero sí en período estacional con las bronquiolitis. Y el otro tema es las dificultades edilicias, estamos todos muy apretados y compartimos consultorio, yo a veces con la psicóloga, al lado está la ginecóloga haciendo paps y se escucha todo. Tenemos 6 baños y pocos consultorios, tampoco una entrada y salida individual, para salir tenemos que atravesar los consultorios e interrumpir la tarea de nuestro compañero, no hay privacidad”.

De todas maneras y a pesar de las dificultades los integrantes del equipo de salud del centro trabajan en un ambiente cordial y solidario.

“Trabajamos muy cómodos con el equipo, yo acá tengo enfermera, mucama, Remediar, pero hay otros CAPs que no tienen nada y los pediatras están muy solos”.

Cuando se le pregunta acerca del incremento de los controles a partir de las condicionalidades de la AUH, y su percepción sobre la valoración que hacen las familias respecto a los controles en salud y la atención de la contingencia responde lo siguiente:

“Hay más controles de primera vez de chicos más grandes (4-5 años) en relación con la libreta del ANSES. Y vacunar siempre se vacuna. Es algo que me llama la atención, por ahí no vienen a control de salud, pero las vacunas en general siempre están. La secretaria de salud hace muchos operativos, tal vez tiene que ver con eso el tema de las vacunas. Hay familias y familias. Algunas que cumplen con los controles a rajatabla, y otras que solo acuden para que se les firme la libreta de ANSES y que por ahí las veo solo una vez por año”.

La entrevistada hace además referencia a las condiciones económicas adversas de las familias que atiende y que pertenecen a un barrio muy carenciado como es Villa Fiorito:

“Estoy viendo condiciones complicadas económicas, las familias en general mandan a sus hijos a los comedores, y por lo menos una comida buena al día tienen, es un barrio muy solidario donde las propias personas se las arreglan para armar los comedores. Nosotros trabajamos en conjunto con los comedores comunitarios”.

5.2.3. Entrevistas a los funcionarios de Salud del municipio de Lomas de Zamora- Entrevistas realizadas en agosto de 2017.

Se realizaron entrevistas a la secretaria de salud materno infantil, a la directora de atención primaria y a la subsecretaria de atención primaria. Es importante señalar que el contexto social y económico de la Provincia de Buenos Aires en general y del municipio en particular, en términos de pobreza, exclusión y población vulnerable, conforman los determinantes sociales que históricamente han dificultado el acceso a la salud de la población de Lomas de Zamora. Surgen además las dificultades relacionadas con la distribución y articulación de los recursos nacionales provinciales y municipales.

También aparece en las entrevistas que la situación ha empeorado en estos últimos tiempos y que ello se hace manifiesto en las restricciones presupuestarias que se traducen tanto en la falta de recursos tanto materiales, como humanos, y en el

desmantelamiento o des-financiación de programas. Se agrega además los bajos salarios que perciben los profesionales que se desempeñan en los efectores de salud de la zona.

La directora y subsecretaria de atención primaria refieren lo siguiente:

“Esto es una situación que viene de arrastre, y que se viene empeorando por la situación de pobreza, caída de salarios e inflación. Uno puede plantear una situación ética que a pesar de esto hay que atender bien. Pero lo real es que atendés mal y si se atienden bien, se quedan chicos por fuera del sistema y después cuando vienen con la contingencia no son atendidos. También se suman las injusticias salariales de los trabajadores de salud, un profesional viene poco tiempo, en dos horas ve a los 20 o 30 chicos, estadísticamente está bien pero las prácticas se perjudican, y seguramente ahí los pacientes tienen que ir a otro lado como al Garrahan”.

“Estamos buscando hacer un cambio, en tiempos difíciles con pocos recursos, desde Nación y a nivel municipal. Estamos dando toda la leche que podemos. No se jode con el hambre y además aumentó la mortalidad domiciliaria, se había bajado la mortalidad infantil en 2015 a 8,7%. En 2016 ya aumentó por la mortalidad domiciliaria.⁵⁴”

Se quitan prestaciones, no se reciben botiquines del Sumar. Faltan vacunas, no tenemos el recurso, uno se pone creativo. Están discontinuando la medicación de tuberculosis (TBC). Somos el municipio que más pacientes seguimos en TBC. El Estado en tu Barrio, son carpas con distintas instancias ministeriales para realizar trámites, como sacar DNI, tramitar pensiones, salud, tramitar la AUH, pero están vacíos. Nosotros tuvimos que poner los insumos, las vacunas etc.”.

⁵⁴ La mortalidad infantil del municipio es la siguiente: 2012 13,3%, 2013 12,2%, 2014 10,5%, 2015 8,8%, 2016 11,5%. Los últimos datos de mortalidad registrados son a expensas de la mortalidad infantil tardía (más de 28 días y antes del año). Dirección Provincial de Estadísticas-Salud. Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires.

Surgen además algunos temas relevantes que son determinantes a la hora de garantizar el acceso a la salud de los niños, niñas y adolescentes del municipio.

En primer lugar, se pone de manifiesto la dificultad de contar con profesionales pediatras formados con residencia, y que tengan experiencia en atención primaria de la salud. Aquí surge también el desprestigio que significa para la mayoría de los profesionales desempeñar acciones en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud.

El siguiente comentario ambas funcionarias de atención primaria es ilustrativo:

“El desprestigio de la atención primaria, y la complejidad que conlleva, hace que se convierta en atención primitiva o desprestigiada. Y la verdad es que es sumamente compleja. Los profesionales no están formados en estas prácticas desde la formación académica. Ir al territorio es un castigo. Algunos colegas en los centros de salud plantean que hacen una obra de bien o una obra caritativa. No se consideran funcionarios públicos con su doble corresponsabilidad como funcionarios y ciudadanos”. Hay una gran falencia de la formación del recurso humano en APS por ejemplo si yo quiero mandar un pediatra a un lugar como Villa Albertina, no quieren ir, uno tiene que plantearse “la trinchera,” los médicos viven estas tareas como de trinchera. Es muy duro estar en APS. El desgaste del profesional que no quiere estar ahí, la APS es compleja, de por sí, socialmente compleja”.

También aparece en las entrevistas la dificultad con contar con médicos especialistas que puedan resolver la demanda por fuera de los hospitales, es decir desde los centros de atención primaria. Por ejemplo, existen especialistas que se desempeñan como clínicos.

Continúa la subsecretaria de atención primaria:

“Estamos trabajando en un sistema racional en las 5 áreas programáticas con muchos especialistas que desarrollan tareas

clínicas, porque los hospitales están estallados Tenemos médicos especialistas o generalistas que funcionan como clínicos o pediatras. Por ejemplo, no tenemos neurólogo y hay neurólogos que se desempeñan como clínicos. Entonces estamos viendo de armar centros de segundo nivel ambulatorio con especialistas”.

En segundo lugar, aparece como problemático el sistema de otorgamiento de turnos. Los mismos turnos tienen que contener a los niños recién nacidos derivados de los hospitales de la zona, y a la contingencia epidémica del invierno (IRAB)⁵⁵. Por lo tanto, son escasos los turnos remanentes que puedan resolver la demanda de otras contingencias. Ambas cuestiones son claramente vividas y referidas por las familias entrevistadas.

Las funcionarias de atención primaria refieren:

“Los turnos de demanda espontánea tienen que estar intercalados en los programados, armamos una dirección de gestión de pacientes, por ejemplo, para que no tengan que venir a las 5 de la mañana. No tiene sentido, y esto tiene que ver con cierta miseria de poder del que maneja los turnos, entonces en vez de dar los turnos a las 5 los dan a las 14 horas y tienen que esperar 3-4 horas debajo de sol- Esto pasa porque las personas que tienen todos los derechos vulnerados están acostumbrados a sufrir para conseguir un derecho o un turno, no existe la queja”.

En tercer lugar, las situaciones de violencia institucional, tanto en los CAPs como en los hospitales de segundo nivel, es un tema referido por los funcionarios y las familias. Es tomado como una problemática a abordar en forma prioritaria.

⁵⁵La infección respiratoria baja (IRAB) es, en Argentina, una de las causas de muerte más frecuente en niños menores de 5 años. Casi un 50% de los motivos de ingreso a nuestras salas de pediatría se deben a IRAB en sus diferentes formas: neumonía, bronquiolitis, etc. (Sociedad Argentina de Pediatría).

“En esto trabajamos en la dación de turnos, especialmente cuesta cambiar las prácticas de los administrativos, venimos trabajando para que los centros de salud sean amigables, que alojen a las personas. Hay cuestiones de las prácticas que están cristalizadas en los efectores de salud, y que son cuestiones culturales muy difíciles de cambiar, para que los efectores sean garantes del derecho de salud. Estamos buscando hacer una derivación en red, personalizada, o salen los administrativos o los de seguridad. Buscar alguien que aloje, si no hay pediatra en una sala, llamar a otra y derivar con nombre y apellido. Los hospitales son muy expulsivos, maltratadores.

Con respecto al cumplimiento de las condicionalidades de la AUH y la implementación del Plan Nacer/ Programa Sumar, surge de las entrevistas la percepción de un cambio significativo en el número de controles de salud y en los beneficios aportados por el Plan Nacer/ Sumar. Tomando en cuenta el empoderamiento de las personas en términos de comprender a las políticas públicas como derechos exigibles, también hay una percepción de mejora en este sentido. Sin embargo, pareciera que aún falta una comprensión más cabal sobre el contenido y el sentido de las políticas implementadas.

Refiere la secretaria de salud materno infantil:

“Los niños se han controlado más, de hecho, se dan turnos para control de salud y llenar la libreta. Creo que hubo un cambio positivo en el sentido del reclamo de los derechos, en términos globales, yo tengo esa sensación. Hay mucha gente que no terminó de entender lo que son las políticas. En lo estadístico lo podemos mirar, pero solamente el hecho de presentar una libreta para cobrar aumentó sensiblemente el acceso al sistema de salud. Hay prejuicios con el Plan Nacer porque es una subvención⁵⁶ del Banco Mundial. El

⁵⁶ Corresponde aclarar que se trata de un crédito del Banco Mundial

Programa para mí fue bueno en el sentido en que muchos hospitales y centros de salud han obtenido recursos para mejorar la atención. En Corrientes un hospitalito pudo comprar un móvil para hacer traslados al hospital, y fue un cambio radical en ese pueblito y cambió mucho la salud en ese lugar”.

CAPÍTULO 6. EL PROGRAMA SUMAR Y LA AUH EN LOMAS DE ZAMORA.

Algunas estadísticas relevantes que dan cuenta de la cobertura de salud en términos de controles, e inmunizaciones llevados adelante por el Programa Sumar, y a través del cumplimiento de las condicionalidades de la AUH.

Los datos estadísticos que se analizan a continuación permiten dimensionar de qué manera se cumple el derecho al acceso a la salud de los niños, niñas y adolescentes, habitantes de Lomas de Zamora. Para ello se han relevado datos correspondientes al Plan Nacer/ Programa Sumar, y cobertura de la AUH en el Municipio aportado por ANSES.

Los datos sobre el Plan Nacer/ Programa Sumar fueron aportados a la autora por la Oficina de Investigación Aplicada del Programa Sumar, ya que no se trata de información publicada.⁵⁷

6.1. Controles en salud, inscriptos en el Plan Nacer/ Sumar

Es importante destacar que como los datos fueron provistos por el Programa Sumar, tanto los números de controles en salud y de vacunas aplicadas no necesariamente comprenden el total de la población de niños, niñas y adolescentes del municipio de Lomas de Zamora.

Como vemos en el cuadro 1, carecemos de datos sobre controles en salud y vacunación antes del año 2011, lo que permitiría comparar estos guarismos antes y después de la implementación de la AUH y sus condicionalidades. Tampoco contamos con registros de vacunas antes del año 2014. Las diferencias en la segmentación por edad de la población infantil a partir del año 2012, se debe a la incorporación del Programa Sumar y a la extensión de la cobertura a los niños y adolescentes hasta los 19 años inclusive. Contamos con datos de la población inscripta en la franja etaria de 0 a 5 años desde diciembre de 2008 hasta julio de 2017, y de la población inscripta de las demás franjas etarias, desde diciembre de 2014 hasta julio del 2017 (ver Gráficos N° 1 y 2 del Anexo 1).

⁵⁷ Es necesario aclarar que las ideas y opiniones expuestas en este trabajo acerca de dicho Programa son de responsabilidad exclusiva de la autora y no necesariamente reflejan la opinión del Programa Sumar, ni del Ministerio de Salud de la Nación.

Cuadro N° 2- Controles en salud y vacunas Lomas de Zamora. Programa Sumar.⁵⁸
2011-2017

Año	2011			2012		
	Menores de 1 año	1 a 5 años	Total	Menores de 1 año	1 a 5 años	Total
controles en salud	9.205	11.895	21.100	8.913	13.816	22.729
vacunas						

Año	2013				
	Menores de 1 año	1 a 5 años	6 a 9 años	10 a 19 años	Total
controles en salud	3.411	11.406	206	43	15.066
vacunas					

Año	2014				2015			
	0 a 5 años	6 a 9 años	10 a 19 años	Total	0 a 5 años	6 a 9 años	10 a 19 años	Total
controles en salud	22.763	5.499	4.650	32.822	27.627	6.688	7.973	42.288
vacunas	12.571	1.596	3.882	18.049	16.250	2.540	3.628	22.418

Año	2016				2017 (última información disponible)			
	0 a 5 años	6 a 9 años	10 a 19 años	Total	0 a 5 años	6 a 9 años	10 a 19 años	Total
controles en salud	12.219	2.414	3.068	17.701	10.337	3.044	4.170	17.551
vacunas	10.552	980	1.275	12.807	6.799	892	738	8.429

⁵⁸ Datos aportados a la autora por el Programa Sumar, 2014- Julio de 2017.

Cuadro N° 3-Cobertura Efectiva Básica⁵⁹

Grupo de edad	Población Inscripta	Población Inscripta con CEB	Población Inscripta	Población Inscripta con CEB	Población Inscripta	Población Inscripta con CEB	Población Inscripta	Población Inscripta con CEB
	Diciembre 2014		Diciembre 2015		Diciembre 2016		Julio 2017	
Niños (0 a 5 años)	39.455	21.143	40.447	14.724	43.345	18.137	37.683	11.351
Niños (6 a 9 años)	22.308	7.307	24.082	5.915	27.366	6.980	26.906	5.170
Adolescentes (10 a 19 años)	39.987	16.731	43.343	9.767	51.151	15.203	49.947	8.881

Por lo tanto, no contamos con información completa, desagregada por edades sobre número de inscriptos, controles e inmunizaciones, desde la implementación del programa. Los datos disponibles más completos son los correspondientes a los niños y niñas de 0 a 5 años. Es por ello que nuestro análisis se enfocará especialmente en esa franja etaria

⁵⁹ La cobertura efectiva básica (CEB) consiste en aquella población que presentó al menos una prestación registrada y facturable en un periodo de 12 meses. Dicha condición es lo que permite a los efectores de salud percibir la transferencia mensual por cápita o inscripción.

Gráfico N°1. Niños/as de 0 a 5 años inscriptos en el Plan Nacer/Programa Sumar. Diciembre 2008- 2016- Lomas de Zamora.⁶⁰

El gráfico N° 1 muestra el aumento sostenido y creciente en la inscripción al Programa, a partir de la implementación de la AUH (octubre de 2009), habida cuenta del requisito indispensable de inscripción para recibir el beneficio. La cifra resaltada en rojo correspondiente al año 2010 es casi igual al número de beneficiarios de la AUH para esa edad y en ese año (ver Gráfico N° 4), lo que demuestra un solo momento de congruencia entre ambas políticas.

Si comparamos los niños inscriptos en diciembre de 2009 con los de diciembre del año anterior, la cifra se incrementa en un 50,8%. Si comparamos los inscriptos del mismo mes del año 2010 contra el año anterior, la cifra se incrementa en un 70,6%. Si tomamos el mes de diciembre de 2016, contra diciembre de 2009 el incremento de inscriptos al Programa fue del 313%.

Si observamos el gráfico N°2 para el año censal (2010) se estima que alrededor de 32.000 niños y niñas de 0 a 5 años se atienden en el sistema público de salud, por lo tanto, los inscriptos al Programa representan un 56% de dicha población.

Los porcentajes de inscriptos al Programa en relación a la población de 0 a 5 años que se atiende exclusivamente en el sector público arrojan cifras que superan el

⁶⁰Elaboración propia a partir de datos aportados por el Programa Sumar.

100%. Esto se debe a que, por un lado, se están comparando datos no censales (cuestionario ampliado) del año 2010 con datos de años posteriores (Programa Sumar); y por el otro, se trata de una característica general del Programa donde se observa que la inscripción de la población materno-infantil supera a la población objetivo. Es decir, que en los últimos años registrados (2016 y semestre del 2017) se constata un aumento de la población elegible u objetivo (aquella con cobertura exclusiva en el sector público).

La población de niños y niñas de 0 a 5 años estimada con cobertura pública exclusiva (CPE) en Lomas de Zamora fue de 36.653 para el año 2016. Esta estimación se realizó considerando el CENSO 2010 como base, la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) y la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU).⁶¹

Gráfico N°2. Porcentaje de inscriptos al Programa sobre la población que se atiende en el Sector Público de 0 a 5 años- Diciembre 2010- 2016⁶²

⁶¹ Estos datos fueron suministrados a la autora por el Departamento de Investigación Aplicada del Programa Sumar por correo electrónico. 29 de julio de 2019.

⁶² La población de niños de 0 a 5 años que se atiende exclusivamente en el sistema público es de aproximadamente 32.000 para el año censal (cuestionario ampliado). Elaboración propia INDEC base de datos REDATAM y datos provistos por el Programa Sumar.

Gráfico N° 3 -Número de controles de salud, niños y niñas de 0-19 años. Diciembre 2011- 2016-Lomas de Zamora.⁶³

El gráfico N° 3 muestra los controles de salud efectuados por los niños entre 0 y 19 años a partir del año 2014. En los años ponderados que registran CEB (Ver Cuadro 2) los controles en salud en la franja etaria de 0 a 5 años arrojan valores mayores a un control anual por niño y por año, mostrando un valor más bajo a partir del año 2016, teniendo además en cuenta que los niños más pequeños son los que realizan mayores controles en salud estipulados por agenda.⁶⁴ A partir del año 2016 se

⁶³Elaboración propia con datos provistos por el Programa Sumar.

⁶⁴Para la confección de dicho gráfico se realizó un cociente entre el número de controles informados como numerador, y la población con Cobertura Efectiva Básica (CEB), como denominador. Recordemos que fue implementada en el año 2013 y que consiste en aquella población que presentó al menos una prestación registrada y facturable en un período de 12 meses.

Las prestaciones que otorgan la categoría de CEB abarcan otras prácticas además de los controles de salud estipulados por agenda. De manera que el número total de población CEB, particularmente en la franja de 0 a 5 años comprende inmunizaciones, pesquisa neonatal, control de hipoacusia, tratamiento de la IRAB, entre otras. Es en esta franja etaria donde los controles en salud, las inmunizaciones y otras variadas prestaciones son más frecuentes. Como no es posible determinar a través de los datos obtenidos la porción de CEB que corresponde estrictamente a controles en salud, es probable que el número de controles sea bastante mayor, ya que el denominador población CEB que corresponda estrictamente a controles en salud sea bastante menor. En los segmentos de 6 a 9 y de 10 a 19 años es posible que los números obtenidos sean más cercanos a la realidad, ya que en los niños más grandes disminuyen las prestaciones más allá de los controles en salud (por ejemplo: inmunizaciones, pesquisas, etc.); y tanto los controles en salud como las prácticas no son tan frecuentes como las que realizan los niños más pequeños. Los controles son menores a uno por año en los adolescentes.

observan guarismos más bajos en todas las franjas etarias. Es muy probable que exista subregistro de los controles que realizan los niños y niñas por año. Los sistemas de registro de prestaciones en los efectores de salud no están informatizados y la carga de datos se efectúa en forma manual. Por otra parte, la firma de las condicionalidades de la AUH, no siempre se acompaña del control en salud, lo que también deriva en la falta de registro de esa prestación. De todas maneras, la franja etaria de 0 a 5 años es la que realiza más controles de salud, si los comparamos con los niños más grandes y los adolescentes.

6.2. Número de beneficiarios y cobertura de la AUH

Gráfico N° 4.-Niños/as de 0-5 años beneficiarios de la AUH. Lomas de Zamora. Dic. 2009- Nov. 2017⁶⁵

⁶⁵Elaboración propia a partir de datos aportados por ANSES. Diciembre de 2017.

Gráfico N° 5 -Niños de 0 a 17 años beneficiarios de la AUH- Lomas de Zamora. Dic. 2009- Nov. 2017⁶⁶

Los gráficos N° 4 y 5 muestran los beneficiarios de la AUH en el municipio. El aumento de beneficiarios totales de la AUH que se observa en diciembre de 2016 se debe probablemente a la incorporación de los pequeños contribuyentes.⁶⁷

Gráfico N° 6-Beneficiarios de la AUH niños y niñas de 0-5 años, en porcentajes sobre población de 0-5 años. Lomas de Zamora, Dic. 2009-Nov. 2017⁶⁸

⁶⁶Elaboración propia a partir de datos aportados por ANSES. Diciembre 2017

⁶⁷ Los beneficiarios de las franjas etarias de 6 a 9 y de 10 a 17 años, se pueden observar en los gráficos N° 3 y 4 del Anexo 1.

⁶⁸ Elaboración propia a partir de datos de ANSES dic 2017 y población de Lomas de Zamora, INDEC 2010. Puede haber variaciones menores en los porcentajes, más allá del año censal ya que no es posible obtener estimación de la proyección de población del municipio de Lomas de Zamora por franjas etarias.

Gráfico N°7-Beneficiarios de la AUH en niños y adolescentes de 0-17 años, en porcentajes, Lomas de Zamora. Dic. 2009- Nov. 2017⁶⁹

En los gráficos N° 6 y 7 se registran los porcentajes de cobertura de AUH sobre la población del municipio de Lomas de Zamora.⁷⁰ A noviembre de 2017 los porcentajes de cobertura de la AUH con respecto a la población total de la franja etaria de 0 a 5 años y al conjunto de NNyA menores de 18 años, son mayores que los observados a nivel nacional: 44,4 % contra 40% para los niños y niñas más pequeños, 38,5% contra 30% para los NNyA menores de 18 años.⁷¹ Los niños más pequeños son los que presentan mayor cobertura de la política con respecto a la población total.

⁶⁹ Elaboración propia a partir de datos aportados por el ANSES, dic de 2017 y población del municipio de Lomas de Zamora, INDEC. Se ha tomado noviembre de 2017, ya que al momento de la solicitud de la estadística no estaba computado el mes de diciembre. Es importante señalar además que existieron dificultades en la lectura de las planillas aportadas por el ANSES, por lo que los datos son aproximados.

⁷⁰ Para ver los porcentajes sobre población total en las franjas etarias de 0 a 6 y de 10 a 17 ver gráficos 5 y 6 del Anexo 1. Puede haber variaciones menores en los porcentajes, más allá del año censal por las razones explicitadas en el gráfico 5.

⁷¹ La población nacional de niños y niñas de 0 a 5 años es de 4.000.000 para el año censal. Los beneficiarios de la AUH para esa franja etaria y para noviembre de 2017 son 1.600.000, lo que corresponde al 40%. Es importante destacar que se están comparando cifras no proyectadas de población nacional debido a que las proyecciones de población provistas por el INDEC se informan por quinquenios, y no es posible determinar con exactitud cuál es la población proyectada de 0 a 5 años. Sin embargo, las variaciones que se observan comparando el año censal con el año 2017 en los dos primeros quinquenios son poco significativas en términos de aumento. Elaboración propia a partir de datos del INDEC-2010 y ANSES 2017.

Cabe señalar que no contamos con los datos necesarios para calcular el porcentaje de cobertura de la AUH con respecto a la población de NNyA sin ninguna otra cobertura, ya que desconocemos el número de beneficiarios de otros planes activos o pasivos provinciales, o el número de personas que tributan ganancias. De todas maneras, se puede inferir que la cobertura es mayor que a nivel nacional.

6.3. Inmunizaciones

Los datos aportados por el Programa Sumar, son insuficientes para sacar alguna conclusión, ya que se trata de prestaciones enmarcadas dentro del Programa. Sin embargo, la disminución en número de las vacunas colocadas en el año 2016 y primer semestre del-2017) es significativo (ver cuadro N1). Asimismo, los datos aportados por el Programa de ninguna manera reflejan el total de la población del Municipio y por ende es imposible inferir el porcentaje de cobertura.⁷²

Los datos aportados por el Departamento de Inmunizaciones del municipio están referidos a los años 2016 y 2017 y son incompletos. Para el análisis tomaremos en consideración la primera dosis de hepatitis b, la tercera dosis de pentavalente y sabín, y la primera dosis de triple viral. En el año 2016 solo existen datos registrados desde enero a abril para las vacunas analizadas. Los números alcanzaron porcentajes de cobertura muy insuficientes con respecto al ideal para la hepatitis, sabín y triple viral, tanto en la cantidad de vacunas mensuales aplicadas como en los acumulados hasta el mes de abril. Con respecto a la pentavalente los porcentajes de cobertura hasta el mes ponderado son suficientes, inclusive superan el valor ideal (Ver Anexo I, gráficos N° 7 a 10). Para el año 2017 los datos registran inmunizaciones hasta noviembre. Los porcentajes de cobertura para las vacunas analizadas son muy insuficientes con respecto al ideal, tomando en cuenta el acumulado, para la hepatitis b, sabín, triple viral y pentavalente. Si se comparan los datos de abril de ambos años, las coberturas para todas las vacunas son similares, con cifras algo mejores que las del 2016. La cobertura de la pentavalente es significativamente menor en el 2017 (Ver Anexo I, gráficos N °11 a 14).

⁷² El porcentaje de cobertura se calcula multiplicando el número de vacunas por 100 sobre el número total de niños receptores.

Como conclusión, la falta de datos disponibles, ya sean actualizados o pasados, sobre el relevamiento inmunitario del municipio, hace imposible efectuar un análisis pormenorizado de la cobertura de inmunizaciones de Lomas de Zamora.

Del análisis de los datos disponibles, la cobertura de inmunizaciones en general es insuficiente, especialmente a partir del año 2016, salvo para la pentavalente en los registros de ese mismo año. Tampoco es posible evaluar las variaciones de cobertura que pudieran acontecer a partir de la implementación de la AUH y sus condicionalidades debido a la falta de registros.

Si bien la muestra que se utilizó para el trabajo de campo fue muy pequeña, el porcentaje de inmunizaciones completas reportadas fue alto. La pediatra entrevistada del CAP menciona también la alta cobertura de inmunizaciones.

Además, este hallazgo es coincidente con el dato de que la cobertura de inmunizaciones históricamente en nuestro país ha sido entre subóptima y óptima.⁷³ (Ver Anexo I gráficos N° 15 y 16).

⁷³ Cobertura óptima mayor del 95%, cobertura subóptima menor del 95% porcentajes mayores a 100 significan errores en la medición (registros, numeradores y denominadores)

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La continuidad de un flujo de familias que concurren a un centro de alta complejidad para la atención de situaciones de salud que podrían ser resueltas en efectores de primer o segundo nivel con mayor proximidad geográfica, nos permitieron analizar la complejidad del subsector público de salud en nuestro país, a la vez que ponderar cómo inciden dos programas nacionales (uno por el lado de la oferta -Nacer/Sumar- y otro por el lado de la demanda –AUH-) en la accesibilidad al primer nivel de atención.

Por otro lado, y como referimos anteriormente, la estrategia de APS lleva casi cuatro décadas de historia en nuestro país, presentando una serie de dificultades en su implementación y consolidación como una política de estado de alcance nacional y corte universal. Esto se debe a las dificultades en el establecimiento de una política de salud en un país federal, que además dispone de un subsistema público de salud caracterizado por la fragmentación y segmentación. Las desigualdades existentes dentro del territorio nacional, con respecto los indicadores sanitarios básicos, tanto de mortalidad infantil como de mortalidad materna constituyen una clara expresión de esta dificultad.

De la misma forma, las políticas sanitarias dentro de la estrategia de APS en el municipio de Lomas de Zamora se enfrentan en la praxis con otros tantos y variados obstáculos, algunos necesariamente relacionados con la falta de recursos humanos y materiales requeridos para resolver los problemas de salud de sus habitantes.

Sin embargo, gran parte de los obstáculos pueden ser atribuidos, en primer lugar, a las dificultades que se presentan con respecto a la accesibilidad administrativa y a la falta de disponibilidad de profesionales en número suficiente para cubrir la atención programada y la contingencia.

Con respecto a la accesibilidad administrativa, los sistemas no unificados de dación de turnos, los horarios restringidos, la escasez de turnos, entre otros factores, se traducen en barreras para el acceso a la salud de las familias y sus hijos, como hemos analizado en nuestra investigación. La disconformidad con la organización sanitaria y los efectores de salud del municipio de Lomas de Zamora surge como un comentario

común a todas las entrevistas. El sistema de otorgamiento de los turnos programados constituye un motivo de queja que es común para todos los centros de salud y para todos los entrevistados. La imposibilidad de mejora en la dación de turnos y en la unificación de criterios para su entrega en todos los centros de salud, parece estar relacionado exclusivamente con la falta de personal necesario para satisfacer la demanda de cada uno de los centros de salud, como bien hace referencia el administrador del Centro de Salud visitado.

Como mencionamos en párrafos anteriores en referencia a la accesibilidad administrativa, los funcionarios entrevistados-que podrían ser considerados burócratas al nivel de calle en la concepción de Lipsky (1980)- tienen un contacto muy próximo con la población, y como hemos analizado en las entrevistas, son los mediadores entre las políticas públicas y las personas. Las acciones de los burócratas a nivel de calle se dan en tres dimensiones: las condiciones de trabajo, los conflictos experimentados y las pautas de comportamiento. Lipsky afirma que dada la escasez de los recursos con los que lidian estos burócratas, implementan estrategias de simplificación que ayudan a lidiar con la complejidad del servicio brindado, como son las clasificaciones de los usuarios, los rótulos y la justificación de la brecha existente entre el ideal y lo real del servicio (Lipsky,1980). La organización de la dación de turnos en los CAPs (semanales, mensuales o diarios), en el CAP visitado (los jueves y viernes para semana siguiente), la limitante de turnos que otorga la pediatra por día (15) y la descripción que hace el administrador del CAP sobre la organización de los turnos, son claros ejemplos. Pero también los funcionarios entrevistados rompen con reglas ya establecidas con el propósito de ampliar el destino y la cobertura de las políticas públicas, rasgos que aparecen en las entrevistas efectuadas en este trabajo, en particular cuando se trata de mejorar cuestiones administrativas como la organización de la dación de turnos, estrategias que utilizan tanto los efectores, el administrador del CAP y los gestores a nivel municipal. En este sentido, los diez turnos extra que otorga la pediatra del CAP lo ilustra claramente (Salej et al, 2016).

Con respecto a la disponibilidad, la dificultad para incluir a las familias y a sus hijos en los efectores de salud se da preferentemente en los hospitales de segundo nivel, donde se hace referencia al mal trato, la ineficiencia (que se traduce en

deficiencias en la calidad de atención), la falta de turnos o al padecimiento de actitudes expulsivas. La atención en los centros de salud también es referida como deficitaria, especialmente cuando se trata de atender la contingencia, es decir aquellas enfermedades banales o estacionales. La falta de guardia de pediatría en los CAPs es vivenciada como un inconveniente serio, ya que las familias deben recurrir indefectiblemente a los hospitales de la zona para resolver los problemas de salud. Además, en el análisis de las entrevistas a las familias surge que para la mayoría la posibilidad de contar con un pediatra que pueda resolver la urgencia es mucho más valorada que los controles en salud realizados en forma periódica. Sin embargo, es importante señalar que la mitad de las familias entrevistadas reconocen a un pediatra de cabecera y que en su mayoría recuerdan su nombre. Pareciera ser que la atención de la contingencia tiene más peso quizás, por la urgencia vivida por las familias en la necesaria resolución del día a día de diversas problemáticas, entre ellas la salud. Para las familias entrevistadas, sería más importante pensar en lo que va a acontecer en lo inmediato, en términos de trabajo y satisfacción de necesidades básicas; en un contexto donde la pobreza, la informalidad laboral y las barreras que se presentan para la atención en salud son moneda corriente. De manera que podríamos afirmar que existe cierta ambivalencia en la ponderación de los controles de salud como importantes, ya que en muchos casos son más bien vividos como un trámite a fin de cumplir con las condicionalidades de la AUH. La búsqueda de atención pediátrica que pueda resolver la contingencia se vuelve crucial. En este sentido, las trayectorias sanitarias de las personas están fuertemente influenciadas por la urgencia y la inmediatez, facilitados por la proximidad.

Como señalamos anteriormente, en las estadísticas generales del Hospital Garrahan, la mayor concurrencia de pacientes, tanto de las consultas ambulatorias como de los egresos hospitalarios corresponden, en primer lugar, el municipio de La Matanza y en segundo lugar al municipio de Lomas de Zamora. Los corredores sanitarios responden a una conjunción espontánea entre la oferta y la demanda de servicios públicos de salud, donde se conforman vías de acceso no planificadas y que por lo tanto no tienen una articulación interjurisdiccional (Rosssen y Pertino, 2008).

Cabe señalar que los corredores sanitarios siguen conservando su particular dinámica y se hallan poco influenciados por la implementación tanto del Programa Sumar como de la AUH.

Además, es importante señalar que los traslados que realizan cotidianamente las personas en busca de atención médica son un emergente de la desigualdad enorme que caracteriza a los territorios de la Ciudad de Buenos Aires con respecto al Conurbano en materia de estructura sanitaria y recursos. Es así como los hospitales y centros de salud del Conurbano realizan casi 5 veces más consultas que los de la Ciudad y los hospitales producen 3,4 veces más egresos que los de la Ciudad. Se agrega que el subsector estatal en el Conurbano debe dar respuesta a una demanda de población sin otra cobertura de obras sociales o planes de salud que es 13 veces superior a la de Ciudad, y el gasto en atención pública de salud de las tres jurisdicciones que prestan servicios en los 24 partidos del Conurbano es apenas un 6 % superior que el que dispone la Ciudad. El gasto per cápita es 3,5 veces superior en la Ciudad que en el Conurbano (Chiara, 2017).

Este es un fuerte condicionante por el cual las familias que viven en las zonas aledañas a la zona sur de la Capital Federal (municipio de Lomas de Zamora), concurren con mucha más frecuencia a los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, que a los establecimientos locales. Esta situación se ve reforzada por la facilidad en el traslado que otorga la utilización de un solo medio de transporte, preferentemente el colectivo.

Lomas de Zamora, si bien no es un municipio muy extenso, tiene barrios que se encuentran muy próximos a la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y por ende cercanos al Hospital Garrahan (Ver mapas Anexo II). Por ello, la preponderancia de la afluencia de familias y sus hijos desde el municipio de Lomas que aparece en nuestro trabajo, y que es coincidente con las estadísticas del sector de Bajo Riesgo (primer lugar Lomas de Zamora, segundo La Matanza), podrían explicarse por tres variables fundamentales: las dificultades que presenta la atención de las patologías banales en los centros de salud próximos al domicilio –que aparece como el factor más relevante–, la proximidad y el prestigio de un hospital de alta

complejidad como es el Hospital Juan P. Garrahan. En este sentido, el prestigio es una poderosa herramienta simbólica que facilita la accesibilidad a la institución.

Las familias cuentan, además, con las experiencias de personas allegadas o familiares que se han atendido en el Hospital. De las entrevistas surge que los problemas de salud por los que las familias han concurrido al Garrahan, fueron resueltos en forma eficiente, con bastante celeridad, buen trato y una provisión de información adecuada y clara. En este sentido, el Hospital brinda la posibilidad de realizar estudios complementarios en el momento, los cuales están informatizados al igual que la historia clínica, así como indicar el tratamiento o una internación, si es requerida.

Por lo tanto, el concepto de accesibilidad a la salud es amplio, comprendiendo un conjunto de prácticas que van más allá de la puerta de entrada o el acceso al servicio de salud. En contraposición, en los Caps, se debe derivar a los pacientes para la realización de estudios, o si requiere una internación. Como hemos visto en nuestra investigación, los Caps no cuentan con sistemas digitalizados de información de los pacientes (historia clínica digital), presentan dificultades en el trabajo en red, que obstaculiza la referencia y contra referencia de pacientes. Por lo cual la derivación de pacientes hacia los efectores de salud de la zona se torna en una tarea ardua.

En segundo lugar, cabe mencionar las dificultades que se presentan en la aprehensión por parte de los gestores y agentes de salud, en particular por los efectores directos (médicos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos, promotores de salud, etc.) de la complejidad que significa la implementación de la estrategia de APS, en tanto se encuentra inmersa en el campo de salud donde las acciones de los múltiples actores intervinientes, se constituyen en relaciones de fuerza, coexistiendo posiciones tradicionales y otras más innovadoras (Bourdieu, 1999). Esta carencia en la formación atenta contra la calidad de la atención en los efectores de salud. Existe además, una desvalorización de la propia estrategia de APS, como herramienta de cambio y transformación de la salud poblacional. Más allá de la existencia de discursos más bien retóricos sobre la integralidad y universalidad de la APS, ésta sigue siendo aplicada como una puerta de entrada, a modo de primer paso, o como una práctica considerada

de baja complejidad y que por lo tanto requiere de pocos insumos y recursos humanos no especializados para su implementación.

Como hemos visto en nuestro trabajo, esto no se corresponde con la realidad objetiva, donde el recurso humano es uno de los factores más importantes en la consolidación de la política sanitaria, no solo en la necesidad de contar con el número suficiente de profesionales para atender la demanda, sino fundamentalmente en la formación necesaria y adecuada de los equipos de salud comprometidos con dicha estrategia. La falta de entrenamiento en APS se origina a nuestro entender, desde la formación de grado de los profesionales.

La carrera de medicina en la Resolución 1314/2007 del Ministerio de Educación, estipula una relevante orientación hacia la APS. Sin embargo, gran parte de los programas curriculares poseen una estructura fragmentada y tradicional, con escasa jerarquización de los contenidos de salud pública y medicina comunitaria (Duré et al, 2013). En la formación de posgrado, especialmente en las residencias de especialidades reconocidas como pilares de la APS y el primer nivel de atención como son medicina familiar, pediatría y toco-ginecología y salud mental, los lineamientos de la estrategia de APS están presentes en sus fundamentos y objetivos, haciendo hincapié en la importancia de articular la perspectiva clínica, institucional y comunitaria, la comprensión de la complejidad del proceso salud-enfermedad-atención, la relevancia del trabajo interdisciplinario y la prevención y promoción de la salud. Sin embargo, el tiempo que se utiliza para el entrenamiento en APS es corto con respecto a la totalidad de la formación: rotaciones de 3 a 6 meses por centros de salud (Eiguchi et al, 2009). De modo que se otorga prevalencia a los saberes basados en la enfermedad y su abordaje, en las prácticas de mediana o alta complejidad, llevadas adelante preferentemente en ámbitos hospitalarios de segundo o tercer nivel.

Las singularidades que adquiere la implementación de la estrategia de APS en el municipio contribuyen a que el recurso profesional sea insuficiente para satisfacer las necesidades de la población (horarios restringidos de los pediatras, ausencia de guardia pediátrica en los CAPs, etc.). Se suman las dificultades existentes en la atención de los usuarios a los hospitales locales de segundo nivel. Además, las condiciones laborales de los equipos de salud que trabajan en APS, son muchas veces

deficitarias, ya sea por los salarios bajos, por las condiciones de infraestructura de los centros de salud, los entornos complicados para la movilidad y la seguridad.

Es fundamental poder contar con pediatras, enfermeros y agentes sanitarios comprometidos con este tipo de atención, que obviamente se encuentra inserta en una trama social y cultural multideterminada y compleja. La expresión “estar en la trinchera”, como se desprende de las entrevistas, utilizada al referirse a la atención en los CAPs es muy significativa. Por un lado, es un término que remite a lo bélico, donde se convive con la violencia, el padecimiento, el castigo, la soledad y donde no existe ningún tipo de compensación. Por el otro, conlleva un concepto devaluado de atención donde la APS se consolida como una atención precaria o primitiva (Testa, 1988), no coordinada con otros efectores de salud. Desarrollar tareas asistenciales en un centro de salud pareciera convertirse en una tarea por demás ingrata para muchos profesionales que allí se desempeñan.

En tercer lugar, los obstáculos en la implementación de la APS, obedecen a la fragmentación y segmentación del sistema de salud, característica que obstaculiza la implementación de estrategias sanitarias universales, que se sean pasibles de consolidarse como políticas de estado sustentables en el tiempo. En nuestra investigación dicha fragmentación se hace visible en los testimonios de los funcionarios del municipio, en las dificultades para articular políticas sanitarias con los niveles jurisdiccionales superiores, en la administración de los recursos públicos y su creciente municipalización. Los cambios acontecidos durante los años 2016 y 2017, donde políticas de corte restrictivo han profundizado las dificultades, han hecho más evidente dicha fragmentación y han puesto sobre la mesa la necesidad de contar con acciones mejor coordinadas y compartidas entre los tres estamentos jurisdiccionales.

Sin embargo, y a partir de la implementación de un abanico de políticas garantistas de derechos sociales durante años anteriores (2004-2015), especialmente, el Plan Nacer/ Programa Sumar, se logró cumplir con bastante eficiencia los objetivos propuestos para mejorar la salud infantil y la morbilidad materna. Estos se traducen en los indicadores sanitarios obtenidos durante esos años y en el cumplimiento parcial de los objetivos del milenio descriptos en el informe de nuestro país del año 2015 (Informe Final PNUD- Argentina, 2015).

Como hemos analizado en los gráficos presentados, los controles en salud reportados por el Programa Sumar en el municipio de Lomas de Zamora son deficitarios en los niños más grandes. La franja de 0 a 5 años es la que presenta mejores números. Probablemente esto responda a que los niños más pequeños concurren con más frecuencia a los controles en salud.

Cabe señalar que Lomas de Zamora presenta mayor población cubierta por el sistema público de salud y mayor cobertura de AUH respecto de los números nacionales, en consonancia con las características sociales y económicas locales. La cobertura del Plan Nacer/ Programa Sumar muestra un aumento creciente de la población objetivo, tanto a nivel local como a nivel nacional, que se traduce en el amplio nivel de cobertura que muestra el Programa. Sin embargo, en los años 2016 y 2017, dicha cobertura no se correlaciona con un aumento en el número de controles en todas las franjas etarias.

Con respecto al alcance de la AUH, es importante señalar que, si bien su cobertura es amplia, las dificultades en lograr que los montos de la transferencia puedan superar los índices de inflación, particularmente en los años 2016 y 2017, juntamente con la instauración de la reforma jubilatoria, limitaron la utilización de la transferencia como salario de reserva de las familias.

En cuanto a las percepciones sobre la AUH y el Programa Sumar, cabe destacar que la primera no es vivida como un derecho exigible por la gran mayoría de los entrevistados. Se la refiere más como una ayuda o un plan para proveer a los hijos de aquellas cosas que necesitan, además de la alimentación y servicios esenciales. Solo una entrevistada conocía el significado que tiene la AUH, como el equivalente de las asignaciones familiares de la seguridad social. Salvo alguna excepción, el control de salud se realiza con el fin de completar la libreta sanitaria o el formulario del ANSES.

Podríamos decir que la implementación de la AUH es efectiva en cuanto al cumplimiento de la condicionalidad referida a los controles sanitarios. Sin embargo, las familias entrevistadas no la vivencian como una acción que facilita y/o promueve el acceso al derecho a la salud. Pareciera que la firma de las condicionalidades y la necesidad de contar con la atención de la contingencia fueran por carriles separados. Por otro lado, la condicionalidad sanitaria no conlleva costos y por lo tanto no opera

como una restricción, ya que la mayoría de sus perceptores de todos modos cumplen con el control de salud (AUH,2017). Esta característica aparece en las entrevistas a las familias cuando refieren no haber modificado o aumentado los controles en salud debido a las condicionalidades de la AUH.

Con respecto a la inscripción al Programa Sumar, un porcentaje no menor de los entrevistados desconoce si efectivamente está inscripto, y en qué consiste dicho Programa. Si bien a los fines prácticos y en términos de recibir una correcta atención, este conocimiento no sería relevante, pensamos que este programa, no está acompañado por otras estrategias comunicacionales que pudieran constituirse en herramientas claves a fin de empoderar a las personas.

Puede concluirse que lo que acontece en el día a día, en la atención de salud de las familias y sus hijos en el municipio de Lomas de Zamora es vivido con disconformidad. A través del análisis de las entrevistas efectuadas a las familias que concurren al Hospital, los efectores y funcionarios del municipio de Lomas, y de los datos obtenidos del Programa Sumar, podemos afirmar que el derecho a la salud, en términos de los estándares estipulados desde la perspectiva de derechos, como son la accesibilidad, la disponibilidad y la calidad, no está garantizado en forma adecuada. Es en la falta de disponibilidad de servicios, de recurso profesional suficiente y de calidad, y en las características administrativas de los efectores, donde se observan los mayores obstáculos.

Cabe señalar que en los efectores de salud del municipio no existen barreras discriminatorias directas o explícitas, la asequibilidad o accesibilidad económica está garantizada por la gratuidad en la atención y la accesibilidad física o geográfica está favorecida por la distribución geográfica de los efectores en los barrios. Sin embargo, la dinámica asistencial en los CAPs, las particularidades en su organización administrativa y la escasez de profesionales y recursos en algunos casos constituyen las principales barreras que dificultan el acceso a una atención de calidad.

La calidad de los servicios de salud del municipio está relacionada con las singularidades del proceso de atención llevada a cabo por los efectores en el territorio: las deficiencias en la atención que se traducen en la falta de celeridad y certeza en los diagnósticos, el número insuficiente de controles en salud y la falta de una atención

más humanizada capaz de brindar un trato amable e información clara y precisa a las familias.

Como mencionamos anteriormente, la mayoría de las personas que son adjudicatarios de la AUH, o inscriptos al Programa Sumar, no hacen referencia a estas políticas como derechos. Sin embargo, las familias realizan una serie amplia de acciones, y utilizan una nutrida batería de recursos a fin de lograr la titularidad: realizan los procedimientos administrativos para la inscripción a la AUH, sortean los inconvenientes que surgen en un porcentaje importante de casos, buscan y tratan de obtener información clara y concisa dentro y fuera del municipio, cumplen con las condicionalidades, exigen una atención sanitaria de calidad, una gestión administrativa eficiente y un trato cordial. Además, las personas entrevistadas expresan muy claramente los problemas sanitarios a los cuales se enfrentan día a día. Estas acciones en pos de lograr una mejor calidad en la atención de los problemas de salud que aparecen en el vivir cotidiano, fundamenta los recorridos sanitarios que realizan las familias y sus hijos pertenecientes al municipio de Lomas de Zamora.

De modo que podríamos afirmar que, a pesar de que estas políticas no son vividas o enunciadas como derechos, las familias los ejercen en la práctica y en pos de su cumplimiento encuentran en el Hospital Garrahan mayores garantías para la resolución de los problemas sanitarios que las aquejan. De manera que el fortalecimiento de la APS, llevada adelante como una política nacional, coordinada con los demás niveles de atención, y con una participación activa e integrada de los tres niveles jurisdiccionales podría ser la llave para garantizar la satisfacción del derecho a la salud en todo el territorio nacional en general, y en el municipio de Lomas de Zamora, en particular.

Por último, es insoslayable mencionar la dificultad en la obtención de datos disponibles, desagregados, accesibles, precisos y congruentes, que ha surgido a lo largo del desarrollo de este trabajo. Este hecho necesariamente nos lleva a reflexionar sobre la importancia de contar con estadísticas confiables a la hora del diseño, programación, implementación, evaluación y monitoreo de las políticas públicas destinadas a niñez y adolescencia en general, y las políticas de salud, en particular. Asimismo, como hemos analizado en capítulos anteriores, el derecho a recibir y dar

información constituye una condición necesaria para acceder a los servicios de salud, explicitada en forma particularizada a la salud en la Observación General 14 del PIDESC, y en forma general en diversos tratados de derechos humanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Abramovich, V. y Pautassi, L. (2009). (Comp.): *La revisión judicial de las políticas sociales*. Estudio de casos, Editores del Puerto, Buenos Aires.
- Agis, E, Cañete, C y Panigo, D. (2013). *El impacto de la Asignación Universal por Hijo en la Argentina. Presentación formal de los resultados anticipados en 2010*. Empleo, desempleo y Políticas de Empleo CEIL CONICET N15.
- ANSES. (2017). Asignación Universal por Hijo para Protección Social, Boletín Mensual.
- Arcidiácono, P, Gamallo, G y Straschnoy, M. (2013). *¿Consolidación de un sistema de protección social no contributivo en Argentina? El Plan Nacer, la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo para la Protección Social*. En Clérico, L.; Ronconi, L.; Aldao, M.; Tratado de Derecho a la Salud. Buenos Aires: Abeledo Perrot. P. 1.387 a 1.414.
- Ase I, Buriyovich J. (2009). *La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?*. Salud Colectiva.5(1):27-47.
- Ase, I. y Buriyovich, J. (2010). *Una nueva gestión pública en salud: De la búsqueda de la eficiencia a la garantía de derechos*. En Abramovich, V. y Pautassi, L. (Comp.) La medición de Derechos en las Políticas Sociales. Buenos Aires, Editores del Puerto, Buenos Aires, 2010.
- Belmartino, S. (2006). *La reforma del sector salud en Argentina*. En: Rico, M. y Marco F. (coord.) Mujer y Empleo. La reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina. Buenos Aires, CEPAL y Siglo XXI Editores.
- Boland R, Young M. (1982). *The strategy, cost and progress of selective primary health care*. Bulletin of the Pan American Health Organization. 1982; 16: 233-241.
- Boletín Estadístico- Anuario 2017. Departamento de Estadística del Hospital Prof. Dr. Juan P. Garrahan.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones Pascalianas*. Editorial Anagrama, Barcelona.
- Castiel, L.D. Sanz Valero, J. (2010). *El acceso a la información como determinante social de la salud*. Nutrición Hospitalaria (Supl. 3) 25:26-30. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25s3/04_articulo_04.pdf

- Cetrángolo, O. (2014). *Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino*. Revista de economía política de Buenos Aires, año 8 Vol. 13. Pág. 145/183
- Chiara, M. (2012). *¿Restricciones o Incentivos? Revisando las tensiones del contexto desde una caracterización del régimen de implementación*, Capítulo3, Salud, Política y Territorio en el Gran Buenos Aires. Chiara, M (Comp) Colección Política, Políticas y Sociedad. Universidad Nacional de Gral. Sarmiento.
- Chiara, M, Crojethovic, M, Ariovich, A. (2017). *El universalismo en salud en Argentina entre 2003 y 2015: balances y desafíos desde una aproximación macro institucional*. Salud Colectiva.13(4):663-676. doi: 10.18294/sc.2017.1312
- Chiara, M (2017). Conurbano y CABA: Mundos desiguales para la atención de la Salud. Salud en el Conurbano. Recuperado de:
<http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/wpcontent/uploads/SaludEnElConurbano.pdf>
- CIFRA-CTA. (2010). Documento de trabajo N7. La AUH a un año de su implementación.
- CIFRA-CTA. (2015). Informe N18, Informe especial, *Principales resultados de pobreza e indigencia 2003-2015*.
- CIFRA-CTA. (2016). Informe de Coyuntura N19.
- CIFRA-CTA. (2016). Informe de Coyuntura N20.
- CIFRA-CTA. (2017). Informe de Coyuntura N22.
- CIFRA-CTA. (2018). Informe sobre situación del mercado de trabajo N°4.
- CIFRA-CTA. (2019). Informe N16. *Cambios metodológicos en la medición de la pobreza en Argentina. Revisión y construcción de series homogéneas*.
- Constitución Nacional. Artículo 75, inciso 22 Reforma de 1994.
- Comes, Y, Solitario, R, Garbus, P, Mauro, M, Czerniecki, S, Vázquez, A, et al. (2007). *El concepto de accesibilidad: perspectiva relacional entre población y servicios*. Anu Investig – Facultad de Psicología. UBA 14: 201-9.
- Crojethovic, M. (2016). *Universalismo en salud. La reconstrucción de un debate sobre derechos*. Revista Via Iuris, 21, pp. 13-23.

Cunnil Grau, N. (2010). *Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública*. N Revista del CLAD Reforma y Democracia. No. 46. Caracas.

Decreto 578/ 93 Creación del Registro de Hospitales de Autogestión, Ministerio de Salud y Acción Social. Recuperado de: <http://www.saij.gob.ar/578-nacional-creacion-registro-nacional-hospitales-publicos-autogestion-dn19930000578-1993-04-01/123456789>

Decreto 3.377/2006- Reglamentación de la ley 7.016 de regionalización sanitaria de la Provincia de Buenos Aires y sus modificaciones. Recuperado de: <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/06-3377.html>

De Souza Santos, B. (2009). *Direitos Humanos o desafio de Interculturalidade*. Revista de Direitos Humanos. Volumen 2,10-18.

Dirección de Estadísticas e Información en Salud (2016). Ministerio de Salud de la Nación. Serie 5 N59, Serie 5 N 60.

Dirección Provincial de Estadísticas. (2015). Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, Recursos físicos en salud. Recuperado de: <http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/index.php/sociedad/salud/recursos/161-definiciones-recursos/200-cuadros-estadisticos-recursos>.

Dirección Provincial de Estadísticas, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires-Salud. Recuperado de: <http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/index.php/sociedad/salud>

Duré, I, Daverio, D, Dursi, C. (2013). *Planificación y gestión del sistema nacional de residencias (SNR) en Argentina*. Informe elaborado para el Observatorio de Recursos Humanos en Salud –Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/residencias/images/stories/descargas/datos/DURE-DAVERIO-DURSI-ObservatRHUS_Planif_Gestion_SistResid-2013.pdf

Eiguchi, K, Listovsky, G, Rodríguez, P, Lemus, JD (2009). *“La formación en Atención Primaria de la Salud (APS) en las residencias del gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Análisis de los programas de grado y posgrado y de la*

visión de los actores sociales”. Recuperado de:

<https://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/trabajos/caem2011aps.pdf>

Esping Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Ariel, Barcelona

Ferrajoli, L. (2008). *La Igualdad y sus Garantías. Seminario sobre Igualdad*. Montevideo, Uruguay.

Fiss, O. (1999). *Grupos y la Cláusula de Igual Protección*, en Gargarella, R. (comp.), *Derechos y Grupos Desaventajados*. Gedisa, Barcelona.

Fraser, N. (1997). *¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época ‘postsocialista’*”, en Fraser, N. *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición ‘postsocialista’*, Universidad de los Andes - Siglo del Hombre Editores. P: 15-54.

García, R. (2006). *Sistemas Complejos Conceptos, Método y Fundamentación Epistemológica de la Investigación Interdisciplinaria*. Gedisa. Barcelona.

Giraldo Osorio, A, Vélez Álvarez, C. (2013) *La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina*. *Aten Primaria*. 2013;45(7):384-392.

Gollan, D. (2018). *Una desvalorización que comenzó en 2016*, *Revista Soberanía Sanitaria*. Año 2. Septiembre. Recuperado de:

<http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/wpcontent/uploads/2019/03/revistaSSnro5.pdf>

González Contró, M, Mercer, R, Minujin, A. (2016). *Lo esencial no puede ser invisible a los ojos- Pobreza e Infancia en América Latina*. Universidad Autónoma de México, FLACSO México.

Hamilton G. (2001). Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos – Recuperado de: <http://www.isalud.org/documentacion>

Hanefeld, J, Powell-Jackson, T, Balabanova, D. (2017). *Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity*. *Bull World Health Organ*95:368–374|.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.16.179309>

Hospitales Argentina.

Recuperado de: <http://higagandulfo.com.ar/servicios>

Recuperado de: <https://www.hospitales.argentina.crigu.com/hospital-dr-alende-lomas-de-zamora-buenos-aires/>

Recuperado de: <https://www.hospitales.argentina.crigu.com/upa-24-lomas-de-zamora-buenos-aires/>

Recuperado de: <https://www.hospitales.argentina.crigu.com/hospital-jose-estevez-lomas-de-zamora-buenos-aires/>

Impacto redistributivo del Plan remediar sobre el gasto en medicamentos. Estudio cuantitativo de impacto sobre la equidad. Programa Remediar, Ministerio de Salud de la Nación. 2013. Recuperado de:

[http://186.33.221.24/medicamentos//files/Impacto%20Redistributivo\(1\).pdf](http://186.33.221.24/medicamentos//files/Impacto%20Redistributivo(1).pdf)

Infección respiratoria aguda baja. Recuperado de:

www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2000/00_204_213.pdf

Informe divulgación. Análisis del proceso institucional de generación de una política social de impacto multisectorial: el Plan Nacer y la Asignación Universal por Hijo y por Embarazo Ministerio de Salud de la Nación, 2013. Recuperado de:

<http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/evaluacion-de-la-motivacion-de-los-equipos-de-salud-con-la-estrategia-de-gerenciamiento-propuesta-por-el-plan-nacer.pdf>

Infoleg. (1981). Ley 22.373 Creación del Consejo Federal de Salud. Recuperado de:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/195911/norma.htm>

Infoleg. (1984). Ley 23.054 Aprobación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto de San José de Costa Rica. Recuperado de:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/28152/norma.htm>

Infoleg. (2005). Ley Nacional 26.061 Protección Integral de Derechos de NNyA.

Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>

Infoleg. (2007). Resolución 1314 Ministerio de Salud. Recuperado de:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/130000-134999/132311/norma.htm>

Infoleg. (2008). Ley 27.160 artículo 1 y 2. Recuperado de:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/249221/norma.htm>

Infoleg. (2008). Ley 26.427 de Movilidad de las Prestaciones del Régimen Previsional Público. Recuperado de:

[http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/145000149999/145867/norma.h
tm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/145000149999/145867/norma.htm)

Infoleg. (2014). Decreto 779 anexo VII Ley N 24.714. Asignaciones Familiares, Rangos y Montos. Recuperado de:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=230541>

Infoleg. (2015). Ley 27.160 Movilidad de las Asignaciones Familiares, artículos 1 y 2 y resoluciones modificatorias. Recuperado de:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/245000-249999/249221/norma.htm>

Infoleg. (2015). Decreto 1141. Anexo IV Asignaciones familiares Ley N 24.714 Rangos y montos. Recuperado de:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=248196>

Infoleg. (2016). Decreto 593. Ley N24.714. Modificación. Tabla de valores únicos. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/260000-264999/260573/norma.htm>

Infoleg. (2016). Decreto 114 PEN. Organigrama del Ministerio de Salud.

Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/255000-259999/257759/norma.htm>

Infoleg. (2017). Ley 27.426 Reforma Previsional. Recuperado de:

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/305000-309999/305214/norma.htm>

Infoleg. (2017). Ley 27426. Reforma Previsional, Movilidad jubilatoria. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/305000-309999/305214/norma.htm>

Informe Final Argentina Objetivos del Milenio (2015). Instituto Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales Presidencia de la Nación-Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) – Argentina. Recuperado de:

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- Informes Pobreza e Indigencia (2016/2017) Recuperado de:

https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_02_16.pdf

https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_02_17.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Proyecciones de población. Recuperado de: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-84>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo de población, hogares y vivienda. 2010.

Instituto de Políticas Públicas en Derechos Humanos del MERCOSUR (IPPDH) (2014). Acceso igualitario de derechos sociales, indicadores y sistemas de información en el Mercosur.

Landini, F, González Cowes, V, Damore, E. (2014). *Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(2):231-244.

La estrategia de Priorización de Establecimientos del Programa Sumar. (2014).

Recuperado de: <http://www.msar.gov.ar/sumar/images/stories/pdf/estrategia-priorizacion-establecimientos-sumar.pdf>

Ley 7.016 Regionalización sanitaria (fecha de sanción: 17-02-65) y su Reglamentación a través del Decreto 805/1967. Recuperado de:

<http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-7016.html>

Ley 13.473(2006). Provincia de Buenos Aires, mayo de 2006 Descentralización y Redefinición del Conurbano Bonaerense. Recuperado de:

<http://www.gob.gba.gov.ar/html/gobierno/diebo/boletin/25431/leyes.htm>

Lipsky, M. (1980). *Street Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services*. 30th Anniversary Expanded Edition. New York.

Lo Vuolo, R. et al (1995). *Contra la exclusión. La propuesta del ingreso ciudadano*. Buenos Aires. Miño y Dávila.

Lo Vuolo, R. (2009). *Asignación por hijo*, Serie de Análisis de Coyuntura, N°21, Buenos Aires, CIEPP.

Mauro, M, Solitario, R, Garbus, P, Stolkiner, A. (2006). *La accesibilidad a los servicios de salud: una experiencia con adultos mayores de 59 años*. XIII jornadas de investigación y segundo encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Moro J. (2012). *Un abordaje conceptual y metodológico para investigar la gestión sanitaria local*. Capítulo 1. Salud, territorio y Política en el Gran Buenos Aires, Chiara, M (Comp.). Colección Política, políticas y Sociedad. Universidad de General Sarmiento.

NACIONES UNIDAS. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Naciones Unidas.

NACIONES UNIDAS. (1966). Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos.

NACIONES UNIDAS. (1966). Pacto Internacional sobre Derechos Económicos Sociales y Culturales.

NACIONES UNIDAS. (1989). Convención Internacional sobre los Derechos del Niño.

NACIONES UNIDAS. (1993). Declaración y Programa de Acción de Viena. Naciones Unidas, Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos.

NACIONES UNIDAS. (2000). Comité de seguimiento de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14. Artículo 12. Derecho al disfrute del más alto nivel posible de Salud.

NACIONES UNIDAS. (2013). Comité de seguimiento de la CIDN. Observación General N 15: Derecho al disfrute del mejor nivel de salud posible, Art 24. Recuperado de:

<https://www.unicef.org/ecuador/UNICEFObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>

Nastri, M, García Arrigoni, P, Rodríguez. J. (2015). *Modelo de trabajo en red para la atención de pacientes del conurbano bonaerense en el Hospital Garrahan*. Revista Argentina de Salud Pública, 6(23):39-42.

OEA. (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos.

OEA. (1984). Protocolo de San Salvador, Convención Americana de Derechos Humanos.

Observatorio del Conurbano Bonaerense. (2016). Indicadores de pobreza e indigencia del Conurbano Bonaerense. Recuperado de:

http://observatorioconurbano.ungs.edu.ar/?page_id=2711&paged=2

Observatorio de la Deuda Social Argentina. (2016). UCA. *La construcción de Justicia Social. Pobreza y desigualdad en Argentina*. Recuperado de:

<http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/UNAHUR- PDF.pdf>

OMS/UNICEF (1978). Declaración de Alma Ata. Conferencia sobre Atención Primaria de la Salud.

OMS. (1986). Carta de Ottawa. Promoción de la Salud.

OMS. (2000). Informe sobre la Salud en el Mundo. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud.

OMS. (2002). *25 preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*, Serie de Publicaciones de Derechos Humanos y Salud, N 1.

OMS-Oficina del Alto Comisionado de la Naciones Unidas. (2008) El derecho a la salud. Cuadernillo N31 para los Derechos Humanos.

OMS. (2014). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53.o Consejo Directivo 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas Washington, D.C., EUA, Recuperado de:

<https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>

OPS. (2002). Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción. Washington, D.C. Publicación Científica y Técnica. No 589.

OPS/ OMS. (2010). Consejo Directivo 62.a sesión del Comité Regional La Salud y los Derechos Humanos Washington, D.C., EUA.

OPS/OMS. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Recuperado de:

https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa-2007.pdf.)

OPS/OMS. (2005). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud- Declaración de Montevideo 46. Consejo Directivo. 57.Sesión del Comité Regional. Montevideo, Uruguay.

OPS/ OMS. (2007). Declaración de Buenos Aires. *De Alma Ata a la declaración del milenio. Hacia una estrategia de salud para la equidad, basada en la atención primaria*. Buenos Aires, Argentina.

OPS-OMS. (2008-2016). Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores Básicos Argentina.

OPS. (2017). Informe Quinquenal 2013-2017 de la OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/annual-report-2017/Espanol.html>

OPS. (2017). Informe Quinquenal. Recuperado de: <https://www.paho.org/annual-report-2017/Espanol.html>.

Organigrama Ministerio de Salud. (2017). Recuperado de: <http://mapadelestado.jefatura.gob.ar/organigramas/salud.pdf>

Pautassi, L. (2007). *El cuidado como cuestión social: una aproximación desde el enfoque de derechos*, Santiago, CEPAL (Serie Mujer y Desarrollo; N 87)

Pautassi, L. (2013). *La igualdad en las políticas Sociales. Retóricas presentes, obligaciones pendientes*. Ciencias Sociales. N 84.

Pautassi, L Arcidiácono, P y Straschnoy, M. (2013). *Asignación Universal por Hijo para la Protección Social de la Argentina. Entre la satisfacción de necesidades y el reconocimiento de derechos* CEPAL, UNICEF.

Pautassi, L, Gamallo, G (2015). *El Bienestar en Brechas*. Editorial Biblos, Buenos Aires.

Pertino, I Rossen M. (2008). *Los caminos de la salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires*. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Políticas Públicas y Derechos, volumen 8.

Plan Federal de Salud. (2004). Presidencia de la Nación- Ministerio de Salud-COFESA. Punto 5: Objetivos del Plan.

PMO. Programa Médico Obligatorio (2000). Resolución 939. Recuperado de: <https://www.sssalud.gob.ar/normativas/consulta/000069.pdf>

PMO. Programa Médico Obligatorio. (2000). Resolución 939. Recuperado de: <https://www.sssalud.gob.ar/normativas/consulta/000069.pdf>

PMO. Programa Médico Obligatorio. (2002). Resolución 2724/ PMO de emergencia. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/superintendencia-de-servicios-de-salud/programa-medico-obligatorio>

PMO. Programa Médico Obligatorio. Ampliación de Cobertura. (2004). Res 310. Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de: <https://www.sssalud.gob.ar/normativas/consulta/000595.pdf>

Pobreza y desigualdad por ingresos en la Argentina urbana 2010-2015. (2016). tiempos de balance. Observatorio de la deuda Social Argentina UCA.

Programa Remediar. *Impacto redistributivo del Plan Remediar*. Recuperado de: [http://186.33.221.24/medicamentos//files/Impacto%20Redistributivo\(1\).pdf](http://186.33.221.24/medicamentos//files/Impacto%20Redistributivo(1).pdf)

Programa Sumar Reporte de Gestión 2014. Ministerio de Salud de la Nación.

Programa Sumar Reporte de Gestión noviembre 2017. Ministerio de Salud e la Nación. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/rg-11-2017.pdf>

Programa Sumar. (2014). La estrategia de Priorización de establecimientos. Recuperado de: <http://www.msal.gob.ar/sumar/images/stories/pdf/estrategia-priorizacion-establecimientos-sumar.pdf>

Rovere, M. (2016). *El Sistema de Salud de la Argentina como Campo; Tensiones, estratagemas y Opacidades*. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social.

Rossi, J, Moro, J. (2014). *Ganar Derechos, Lineamientos para la formulación de Políticas Públicas basadas en derechos*. Serie de Documentos 2 IPPDH. Mercosur Derechos Humanos.

Rossi, J. (2013). *Los derechos en las políticas sociales y el rol de los indicadores en perspectiva regional*. Seminario Internacional, Indicadores de DESC y seguimiento de las políticas sociales para la superación de la pobreza y el logro de la igualdad. Santiago de Chile CEPAL, Naciones Unidas IPPDH Mercosur.

Salud Materno Infantil en Cifras UNICEF-SAP septiembre 2017.

Salvia, A, Musante, B, Mendoza Jaramillo, A. (2013). *Estimación del impacto de la AUH y las pensiones para madres con siete hijos sobre los ingresos familiares, la indigencia y la pobreza urbana en la argentina del bicentenario*. Observatorio de la Deuda Social Argentina UCA.

Salvia, A. (2016). *La construcción de Justicia Social. Pobreza y desigualdad en Argentina*. Observatorio de la Deuda Social Argentina. UCA. Recuperado de: http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/UNAHUR-_PDF.pdf

Salej, S, Ardila, Bragato, J. (2016). *De vuelta a Lipsky: el caso del Programa Estructural en Áreas de Riesgo (PEAR) del Municipio de Belo Horizonte (Brasil)*. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 154: 119-136. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5477/cis/reis.154.119>

Spinelli, H. (2010). *Las dimensiones del campo de la salud en Argentina*. Salud Colectiva. Buenos Aires, 6(3):275-293,

Stolkiner y Otros, (2000). *Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso*, del libro La Salud en Crisis- Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales. Ed. Dunken. Buenos Aires.

Testa M. (1988). *Atención ¿Primaria o Primitiva? de la salud*. En: Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. Grupo Editor de las Jornadas. P. 75-90.

Testa M. (1993). *Pensar en Salud*. Lugar Editorial. (Colección Salud Colectiva). Buenos Aires.

The World Bank. (2013). Report NICR2618 *Implementation completion and results report (ibrd-7409) on a loan in the amount of US\$ 300 million to the Republic of Argentina for the Provincial maternal-child health investment Project in support of the second phase of the Provincial maternal-child health program*. Recuperado de: <http://documents.worldbank.org/curated/en/180841468004229327/pdf/ICR26180ICR0Ar00box377378B00PUBLIC0.pdf>

UNICEF. States of the World's Children 1982-1983. Nueva York: UNICEF, 1982.

UNICEF (2017). *La pobreza monetaria en la niñez y adolescencia en la Argentina*. Recuperado de:

https://www.unicef.org/argentina/spanish/La_pobreza_monetaria_en_la_ninez_yadolescencia_2017.pdf

UNICEF, ANSES, Ministerio de Desarrollo Social (2017) Análisis y propuestas de mejora para ampliar la AUH. Recuperado de:

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/auh_web_0.pdf

UNICEF (2018). Asignación Universal por Hijo. Una contribución al debate sobre el rol de las condicionalidades. Recuperado de:

<https://www.unicef.org/argentina/media/3726/file/Asignaci%C3%B3n%20Universal%20por%20Hijo.pdf>

Van Hoof. (1984). *The Legal Nature of Economic, Social and Cultural Rights: A Rebuttal of Some Traditional Views*. In Alston and Tomasevski (Eds.), *The Right to Food*, Martinus Nijhoff.

Walsh J, Warren K. (1979). *Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries*. New England Journal of Medicine; 301:967-974.

Young, I. (1996). *Vida política y diferencia de grupos: Una crítica al ideal de ciudadanía universal*, en Carmen Castells (Comp.). *Perspectivas feministas en teoría política*, Paidós, Barcelona.

Young, P Amrein, ME. (2015). Ramón Carrillo (1906-1956). El primer ministro de Salud Pública de la Argentina *Revista Fronteras en Medicina*;9(1):18-26

ANEXO I-GRÁFICOS

Gráfico N° 1-Niños/as de 6 a 9 años inscriptos al Programa Sumar. Diciembre 2014-2016.Lomas de Zamora⁷⁴

Gráfico N° 2-Adolescentes de 10 a 19 años inscriptos al Programa Sumar. Diciembre 2014- 2016. Lomas de Zamora⁷⁵

⁷⁴Datos aportados por el Programa Sumar.

⁷⁵Datos aportados por el Programa Sumar.

Gráfico N°3-Niños/as de 6 a 9 años beneficiarios de la AUH. Lomas de Zamora. Dic. 2009- Nov. 2017⁷⁶

Gráfico N° 4-Adolescentes de 10-17 años beneficiarios de AUH- Lomas de Zamora- Dic. 2009- Nov. 2017⁷⁷

Gráfico N° 5-Beneficiarios de la AUH de 6- 9 años sobre población total en esa franja etaria, en porcentajes. Lomas de Zamora, Dic. 2009-Nov. 2017⁷⁸

⁷⁶Elaboración propia a partir de datos aportados por ANSES. Diciembre2017

⁷⁷ Elaboración propia a partir de datos aportados por ANSES. Diciembre2017

⁷⁸ Elaboración propia con datos aportados por el ANSES, diciembre de 2017 y población del Municipio de Lomas del INDEC 2010

Gráfico N° 6-Beneficiarios de la AUH adolescentes de 10-17 años, sobre población total en esa franja etaria, en porcentajes. Lomas de Zamora, dic 2009-nov 2017⁷⁹

Gráfico N° 7 Cobertura primera dosis Hepatitis B Enero-Abril2016, en porcentajes. Lomas de Zamora.⁸⁰

⁷⁹ Elaboración propia a partir de datos aportados por el ANSES, diciembre 2017, y población del Municipio, INDEC 2010

⁸⁰ Datos aportados a la autora por el Departamento de Inmunizaciones. Secretaría de Salud Lomas de Zamora.

Gráfico N°8 Cobertura de primera dosis de triple viral. Enero-Abril 2016, en porcentajes. Lomas de Zamora⁸¹

Gráfico N°9 Cobertura de tercera dosis de Pentavalente. Enero-abril 2016, en porcentajes. Lomas de Zamora.⁸²

⁸¹ Datos aportados por el Departamento de Inmunizaciones de Lomas de Zamora

⁸² Datos aportados a la autora por el Departamento de Inmunizaciones. Secretaría de Salud Lomas de Zamora.

Gráfico N°10 Cobertura de tercera dosis de Sabin. Enero-abril 2016, en porcentajes.

Lomas de Zamora.⁸³

Gráfico N°11 Cobertura primera dosis Hepatitis B Enero-Noviembre 2017 en porcentajes. Lomas de Zamora.⁸⁴

⁸³ Datos aportados a la autora por el Departamento de Inmunizaciones. Secretaría de Salud Lomas de Zamora.

⁸⁴ Datos aportados a la autora por el Departamento de Inmunizaciones. Secretaría de Salud Lomas de Zamora.

Gráfico N°12 Cobertura de primera dosis de triple viral. Enero-Noviembre 2017, en porcentajes. Lomas de Zamora⁸⁵

Gráfico N°13 Cobertura de tercera dosis de Pentavalente. Enero- Noviembre 2017, en porcentajes. Lomas de Zamora.⁸⁶

⁸⁵ Datos aportados por el Departamento de Inmunizaciones de Lomas de Zamora

⁸⁶ Datos aportados a la autora por el Departamento de Inmunizaciones. Secretaría de Salud Lomas de Zamora.

Gráfico N°14 Cobertura de tercera dosis de Sabin. Enero-Nov 2017, en porcentajes.

Lomas de Zamora⁸⁷

Gráfico N°15-Cobertura de inmunizaciones en la Argentina-2000-2015, en porcentajes⁸⁸

⁸⁷ Datos aportados a la autora por el Departamento de Inmunizaciones. Secretaría de Salud Lomas de Zamora.

⁸⁸ Elaboración propia con datos provistos por la presentación de cobertura de la Ciudad de Buenos Aires de octubre de 2017 en base a información de la Dirección Nacional de enfermedades prevenibles del Ministerio de salud de la Nación y UNICEF. Ver en: <http://data.unicef.org/child-health/immunization.html>

Gráfico N° 16-Cobertura de 3era dosis de Sabin y Quintuple, provincias y CABA-2015⁸⁹

⁸⁹ Elaboración propia con datos provistos por la presentación de cobertura de la Ciudad de Buenos Aires de octubre de 2017 en base a información de la Dirección Nacional de enfermedades prevenibles del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico N°17- Salud Materno Infantil 2004-2016⁹⁰

⁹⁰ Elaboración propia con datos provistos por el Ministerio de Salud de la Nación Dirección de Estadística DEIS (2004-2016) Mortalidad Infantil cada 1000 nacidos vivos. Mortalidad Materna cada 10.000 nacidos vivos. Porcentaje de niños nacidos con bajo peso (menor de 1500g). Porcentaje de niños nacidos con bajo peso (menor de 2500g). Porcentaje de niños nacidos de madres menores de 15 años. Porcentaje de niños nacidos de madres menores de 20 años.

ANEXO II-MAPAS

CAPs Lomas

CAPS

- Monteros 37
- Lautaro 815
- Las Casuarinas 3471
- Anchoris 3338
- De los Eucaliptos 47
- Indalecio Gómez 702
- Cnel Lynch y Nahuel Huapi
- Carhué 850
- Hipólito Yrigoyen 10043
- Hipólito Yrigoyen 10047
- Gral. José María Paz 1405
- Doyhenard 1240
- German Kurth 577
- Araguaya
- Hospital Dr. Oscar Alende
- Dávila S/n
- Vicente López 963
- Tordillo esq Mitre
- Quesada s/n Budge
- Calle Luis Viale 1260
- Av. Gral. Martín Rodríguez 1867
- Voltaire 1650
- Bustos 2172
- José Ingenieros 1659
- Timoteo Gordillo s/n
- París 1947
- Bolonia y Lavardén
- Bustos 773
- Campoamor e/ Ginebra y Bucarest
- Larrazabal 3100
- Eduardo Caraza 1848

**CAPS, MEDIOS DE TRANSPORTE, LOMAS DE ZAMORA.
PROXIMIDAD ZONA SUR CABA-DETALLE**

ANEXO III

Encuesta a las familias

Procedencia y domicilio

Acompañante o acompañantes

Edad del niño

Escolaridad

Carnet de vacunas	Si	No	Completo	Incompleto
-------------------	----	----	----------	------------

Edad del acompañante

Escolaridad del acompañante

Trabajo formal e informal

Motivo de consulta

¿Cuántas consultas previas realizó antes de llegar al hospital?

¿Tiene centro de salud de referencia?	Si	No
---------------------------------------	----	----

¿Tiene pediatra de cabecera?	Si	No
------------------------------	----	----

¿Recuerda su nombre?	Si	No
----------------------	----	----

¿Recibe AUH?

¿Está inscripto al Plan Nacer-Programa Sumar?	Si	No	No sabe
---	----	----	---------

¿Tiene obra social?	Si	No
---------------------	----	----

Preguntas abiertas

¿Porqué consulta en el hospital Garrahan?

¿Cómo llega al Hospital y qué medios de transporte utiliza?

¿Consultó antes en otros servicios?

¿Qué sabe de la AUH?

¿Qué sabe del Plan Nacer-Programa Sumar?

¿Conoce los efectores de salud que hay cerca de su domicilio?

¿Qué opinión le merecen, los consulta habitualmente?

¿Sabe el diagnóstico de lo que tiene su hijo/a?

¿Aumentó el número de controles con la AUH?