

# La gestión de la salud en el espacio municipal: exploración de los determinantes que inciden en la gestión sanitaria local y en la consolidación de redes de servicios

**ARNALDO MEDINA, DANIELA ALVAREZ, MARÍA TERESA POCCIONI**  
(Universidad Nacional Arturo Jauretche, Instituto de Ciencias de la Salud).

## Introducción

El rol de los municipios como planificadores e implementadores de políticas de salud se ha ido fortaleciendo en nuestro país en los últimos años. Los análisis históricos de los procesos de reforma de las décadas pasadas se centraban principalmente en las causales económicas que dieron origen a los espacios locales-municipales de la salud. Sin embargo, la consolidación democrática y la recuperación de derechos nos plantea la necesidad de reflexionar desde otras categorías de análisis asumiendo que los municipios son actualmente espacios políticos-sanitarios fortalecidos y estratégicos para dar respuesta a los problemas de salud desde una dimensión territorial, dado el nivel de cercanía que tienen con las necesidades y demandas de sus poblaciones.

Desde esta perspectiva, el objetivo de la investigación que estamos realizando apunta a identificar los modelos de gestión político-sanitaria que prevalecen en los municipios del conurbano bonaerense y, particularmente, en este capítulo se presentarán algunos ejes conceptuales para analizar los factores que intervienen, determinan o condicionan el desarrollo de la salud a nivel local y su capacidad para la consolidación de redes asistenciales.

El análisis que se presentará se reconstruye a partir de fuentes primarias, es decir, mediante entrevistas realizadas a secretarios de salud y relevamientos a funcionarios del área<sup>8</sup>, fuentes secundarias y recopilaciones bibliográficas.

Este artículo presenta algunas de las cuestiones planteadas en la investigación que estamos realizando en el marco de los proyectos promovidos por la Universidad Nacional Arturo Jauretche. Nuestro proyecto se propone identificar los modelos de gestión político-sanitaria que prevalecen en los municipios del conurbano bonaerense, y, particularmente, en el presente documento se expondrán, articulando perspectivas conceptuales y visiones de los propios actores de los sistemas de salud locales, algunos de los principales factores que modelan actualmente a la gestión sanitaria en el escenario municipal. Estos modelos de gestión son, a la vez, condicionantes para avanzar hacia la conformación de redes de servicios que garanticen una accesibilidad adecuada y continua para los procesos de atención que la población requiera. Consideramos que el nivel local es el espacio de construcción territorial de la salud y su fortalecimiento (político, estructural, técnico, administrativo). Este requiere también de la producción de análisis que generen conocimientos aplicables a la gestión, asumiendo las realidades locales y las dimensiones del contexto social e histórico que las atraviesa.

---

8 En este artículo se incluyen las entrevistas realizadas a los secretarios de salud de los municipios de Avellaneda, Florencio Varela, Ezeiza y Quilmes. También, información brindada por funcionarios municipales de General San Martín, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza y Morón. Se incluyó una entrevista a un profesional en área de gestión de pacientes del Hospital El Cruce (Florencio Varela) y a una funcionaria del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

## La cuestión por abordar, objetivos e hipótesis de trabajo

El rol de los municipios como planificadores e implementadores de políticas de salud se ha ido fortaleciendo en nuestro país en los últimos años. Se reconoce que, a partir del proceso de descentralización que comienza en la década del ochenta, en el marco de la crisis económica y de los modelos que propiciaban la atomización del rol de rectoría del Estado, los municipios vieron aumentadas sus responsabilidades y los servicios a su cargo. En este sentido el subsector público de la salud se caracterizó por la progresiva transferencia de funciones desde los niveles jurisdiccionales superiores (nacionales y provinciales) hacia los municipales. En el transcurso de las décadas pasadas, se identifican en este campo procesos fragmentados, complejos y en ambos sentidos de centralización-descentralización en lo sanitario-jurisdiccional.

Los análisis históricos de los procesos de reforma de las décadas pasadas se centran principalmente en las causales económicas que dieron origen a los espacios locales-municipales de la salud. Sin embargo, la consolidación democrática y la recuperación de derechos participativos nos plantea la necesidad de reflexionar desde otras categorías de análisis, asumiendo que los municipios son actualmente espacios políticos-sanitarios fortalecidos y estratégicos para dar respuesta a los problemas de salud desde una dimensión territorial, dado el nivel de cercanía que tienen con las necesidades y demandas de sus poblaciones.

Siguiendo esta perspectiva, en este artículo se presentarán algunos ejes conceptuales para analizar los factores que intervienen, determinan o condicionan el desarrollo de la salud a nivel local y su capacidad para la consolidación de redes asistenciales.

El análisis propuesto se reconstruye a partir de fuentes primarias, es decir, mediante entrevistas realizadas a secretarios de salud y relevamientos a funcionarios del área, fuentes secundarias y recopilaciones bibliográficas.

Consideraremos la conjunción de las dinámicas sanitarias, políticas y administrativas<sup>9</sup> que atraviesan a los municipios en este esquema, ya que como sistemas locales representan una primera unidad de integración de recursos con potencialidad estratégica para consolidar el trabajo en red de la salud pública a nivel territorial, asumiendo que la noción de “territorio” rebasa lo meramente jurisdiccional y alcanza en su dimensión política la complejidad de su significado, en tanto remite a la construcción de consensos, legitimidades y disputas.

Las hipótesis de trabajo que planteamos son las siguientes:

- Que los municipios son actualmente espacios político-sanitarios fortalecidos y estratégicos para dar respuesta a los problemas de salud desde una dimensión territorial.
- Que esto dependería de su capacidad para formular políticas sanitarias a nivel local, aunque no obstante son los programas nacionales los articuladores de las intervenciones sanitarias y las principales fuentes de financiamiento.

---

9 Se considerarán las aportaciones de las matrices de análisis desarrolladas por Stoker (1998) y Chiara-De Virgilio (2005), en las cuales plantean los conceptos de “régimen de implementación” y “autonomía relativa” para dar cuenta de las políticas de salud en tres dimensiones: funcional, material y política, a la vez relacionadas con lo interjurisdiccional: lo municipal, provincial, nacional. También los aportes de Tobar (2000) en su categorización de los sistema de salud a partir del “modelo de atención y el modelo de gestión” y los desarrollos de Repetto (2004) en su sistematización de las variables internas (estructuras, procesos, recursos) y externas (contexto socio político y económico) que determinan la capacidad de gestión en salud a nivel técnico-político.

- Que el desarrollo del trabajo en red constituye un eje central y condicionante para la gestión efectiva y oportuna de los procesos asistenciales, y que esto depende a la vez del grado de consolidación que alcancen los sistemas locales y de la mayor o menor puesta en práctica de las condiciones materiales, administrativas y operativas para la articulación de sus efectores.

Partiendo de estos supuestos, se apunta a recorrer las condiciones a nivel macro en que se desenvuelve la política local, a fin de identificar ciertos patrones típicos que caracterizan a las estrategias de salud en los municipios.

## Conceptos en torno a los sistemas locales de salud

Los sistemas locales de salud constituyen espacios político-institucionales en los cuales convergen distintos recursos (presupuestarios, organizacionales, tecnológicos, regulatorios, humanos, simbólicos), cuyas relaciones determinan el modelo de atención, sus formas de gestión y su operatividad a nivel del territorio en términos de garantizar la accesibilidad de la población a la salud.

Lama More (2000) señala que los factores de organización a nivel local son aquellas estructuras y procesos que representan cómo está establecida la respuesta del sistema de salud, incluyendo la disponibilidad de dichos recursos, la accesibilidad geográfica, la accesibilidad administrativa (horarios y turnos) y las prestaciones ofrecidas.

Un análisis integral de los determinantes de la accesibilidad en cada espacio local debiera ir más allá de la identificación de las posibilidades de ingreso de la población a los servicios de salud en términos de accesibilidad inicial. Por el contrario, una concepción ampliada e integrada acerca de la accesibilidad de la población a los servicios de salud

debiera abarcar todo el proceso de atención, lo que requiere, entonces, no solamente analizar la relación población-servicios, sino también las relaciones de los servicios entre sí y entre los niveles asistenciales que conforman la red de atención (entre centros de atención primaria de la salud –CAPS– y hospitales, y entre hospitales de distinto nivel). Esta concepción se integra mediante mecanismos de referencia y contrarreferencia que den respuesta adecuada y continuada en función a la complejidad de los problemas de salud que se presentan.

En este sentido, Rovere (1999) sostiene que la equidad en la atención está directamente vinculada al hecho de que las personas accedan con la misma posibilidad a servicios de salud de calidad semejante y acorde a cada necesidad. Condición de esto es que ni la accesibilidad ni la calidad discriminen en sentido negativo, que los servicios de salud no estén estratificados y no sean estratificantes de la población.

Frenk (1992) define el sistema de salud como un sistema complejo y multidimensional conformado por un entramado de relaciones que constituyen *la respuesta social organizada* a las condiciones y necesidades de salud de las poblaciones, y que dicha respuesta se estructura a través del sistema de atención. Desde esta concepción de respuesta social organizada, el sistema de salud pública se operativiza en un conjunto de servicios asistenciales organizados por redes y niveles de atención, que configuran unidades locales con determinada población con cobertura y en un espacio geográfico determinado.

Paganini (1999) retoma las definiciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1991) y conceptualiza los sistemas locales de salud como un espacio de articulación de los recursos sanitarios de cada región en base a su adecuación con la realidad local, considerando que esta adecuación es fundamental para la programación de los procesos de atención, para la organización técnico-administrativa y para

la coordinación de niveles de atención entre hospitales y los centros de atención primaria de salud en función de garantizar la accesibilidad, la atención de la salud y la capacidad resolutive de la red.

Testa (1997) plantea que la regionalización y el establecimiento de un adecuado sistema de referencia entre niveles resultan dos condiciones ineludibles para la configuración de una red de servicios interconectados que respondan a las necesidades de la población a los que están destinados.

## **Patrones y tendencias que configuran los modelos de gestión político sanitaria a nivel municipal**

En la definición de las estrategias político-sanitarias de las jurisdicciones municipales interviene un entramado de recursos que son claves al momento de definir modelos de atención e intervenciones en el territorio. A partir de los relevamientos realizados y sistematizando las perspectivas recogidas en las entrevistas con actores y decisores, estos recursos claves y las relaciones que entre ellos se generen, actúan como determinantes de los escenarios locales de la salud, y entre ellos se destacan los siguientes:

- *La estructura de servicios, complejidades y mecanismos de financiamiento*, en donde corresponde prioritariamente a la jurisdicción municipal la atención primaria de la salud mediante los servicios y prestaciones brindadas en los centros de atención primaria (CAPS) con población referenciada que posee cobertura. En los casos de los municipios con establecimientos con

internación,<sup>10</sup> el peso relativo de los gastos municipales hospitalarios resulta significativo en relación a los municipios sin efectores con internación/hospitales. A la vez, paradójicamente, si bien las transferencias de los efectores con internación y de mayor complejidad a la jurisdicción provincial apuntaron a focalizar los recursos municipales en acciones promoción y prevención en el marco de la estrategia de la atención primaria, la conservación de hospitales de incumbencia y responsabilidad municipal es reconocida como garantía de mayor masa coparticipable por el mecanismo de asignación por número de camas. Desde otra estrategia, por el contrario, la reducción de la presión presupuestaria por la provincialización del hospital coincidió en muchos casos con un mejor desempeño sanitario, evaluado por ejemplo en términos de la reducción de la mortalidad infantil.<sup>11</sup>

- *Los programas nacionales y provinciales y la capacidad de ejecución por parte de los espacios locales*, en donde convergen recursos y estrategias en las cuales se yuxtaponen mecanismos centralizados y descentralizados de administración y gestión de dichos recursos. La incidencia de los soportes asistenciales, tecnológicos y administrativos de los programas nacionales es reconocida y valorada por los actores locales, tanto por sus contribuciones al cumplimiento de metas sanitarias como por funcionar como fuente de recursos. Actualmente el

---

10 Los municipios del GBA con hospitales bajo su jurisdicción son Avellaneda, Esteban Echeverría (con su sistema de salud totalmente municipal), San Martín, Ituzaingó, La Matanza, Malvinas Argentinas (también con sistema de salud solo de efectores municipales), Merlo, Morón, San Isidro, Tigre y Vicente López (Dirección Gral. de Hospitales, Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires).

11 En este caso es reconocida la experiencia de Florencio Varela con la provincialización de su hospital, la cual es referida por Chiara, Di Virgilio y Ariovich (2010).

Plan NACER<sup>12</sup>, por su cobertura y por introducir un esquema de financiamiento basado en resultados,<sup>13</sup> resulta ser un programa referente y articulador para la planificación del primer nivel de atención. Otros programas nacionales fuertemente instalados, por su modo de implementación territorial en los espacios municipales, son el Programa Médicos Comunitarios (PMC)<sup>14</sup> y el REMEDIAR<sup>15</sup>, ambos constituyen estrategias dirigidas al fortalecimiento de las estructuras locales de atención primaria, aunque mantienen centralizadas las compras o el pago a los profesionales, lo que da lugar a un mecanismo en el cual intervienen esferas nacionales, provinciales y municipales. Estos programas, radicados en el nivel nacional, adquieren sus modos de implementación en los escenarios locales, y a la vez que la implementación local conlleva la incorporación de recursos adicionales (tecnológicos, financieros, humanos, edicios) para las acciones de salud municipales.

---

12 El Plan NACER es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación, que invierte recursos en salud para mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los menores de 6 años que no tienen obra social. En agosto de 2012, el Estado nacional lanzó el programa SUMAR, el cual amplía la cobertura del NACER en la adolescencia, hasta los 19 años y expande su rango a mujeres entre 20 y 64 años, sin cobertura explícita de salud.

13 A través del cual la Nación transfiere recursos a las provincias por la inscripción de beneficiarios y el cumplimiento de resultados sanitarios.

14 El PMC implementa fundamentalmente una estrategia de fortalecimiento de los recursos humanos de la salud en el primer nivel de atención con fuerte contenido territorial y sociosanitario.

15 El plan REMEDIAR (nacional), que tiene el objetivo de distribuir un paquete farmacológico entre la población que solo tiene la cobertura pública de salud. Los efectores de este programa son los centros de salud de los municipios, hacia los cuales el ministerio nacional baja los botiquines de medicamentos para su distribución entre la población.

- *Las obras públicas, particularmente en relación a la construcción de hospitales provinciales*, también son consideradas claves, en tanto reconfiguran el mapa de efectores, demandas y el flujos de usuarios en un mismo territorio, pero en el que coexisten diferentes jurisdicciones político-administrativas (municipio y provincia, e incluso nación).
- *Las transferencias resultantes de la coparticipación*, como fue ya presentado, modelan a la gestión local, en especial, aquellas que tienen relación directa con las prestaciones de salud y cuyos criterios de distribución se realizan en función de la producción del sistema.<sup>16</sup> El financiamiento y el origen de los recursos en el marco de la coparticipación son dos factores claves y estructurantes de las estrategias locales. En este sentido, directa o indirectamente, estos criterios inferen la política sanitaria local, al incorporar a los recursos de coparticipación las transferencias para el financiamiento de los servicios de salud a cargo de los municipios.<sup>17</sup> Las posturas críticas a estos mecanismos de transferencia sostienen que, como resultado, generan ciertos patrones en las políticas locales de salud para

---

16 Cabe señalar que esta norma compromete un 37,13% del total de la masa coparticipable, y lo distribuye sobre la base de los siguientes criterios:

- 35% en proporción directa al número de camas, perfil de complejidad y porcentaje ocupacional de camas de los establecimientos con internación de cada partido.
- 25% en proporción directa al número de consultas médicas registradas en los establecimientos –con internación o sin esta– de cada partido.
- 10% en proporción directa al número de egresos registrados en los establecimientos con internación en cada partido.
- 20% en proporción directa al número de pacientes-días registrados en los establecimientos con internación de cada partido.
- 10% en forma proporcional al número de establecimientos sin internación en cada partido.

17 1987: data de esta fecha.

la obtención de recursos<sup>18</sup>, lo cual produce alternativamente sobre financiamientos y subfinanciamientos en los distintos componentes del sistema, resultantes de la rigidez de la fórmula y de la aplicación de un 35% por el perfil de complejidad.<sup>19</sup> Considerando estos procesos, se observa como en las gestiones locales de la salud convergen estrategias en relación a lograr financiamiento extrajurisdiccional del gasto en salud, tanto sea mediante las condiciones del régimen de coparticipación (expandiendo los servicios y la complejidad), como provincializando el hospital en virtud de reducir su peso presupuestario sobre las políticas de salud pública local.

- *Los perfiles de sus poblaciones, grupos poblacionales específicos y determinantes sociales de sus territorios*, por ejemplo, la demanda sobre el subsector público varía según la cobertura (pública, de la seguridad social o privada) con que cuente la población, y esto genera su correlato en la mayor o menor utilización de los efectores públicos.
- *Los márgenes de autonomía de los gobiernos locales y sus sistemas de salud* también representan un punto crítico por su relevancia, considerando al concepto de autonomía como el espacio posible para toma de decisiones en problemáticas específicas del escenario local. Entre las cuestiones que la afectan, los municipi-

---

18 “En lugar de incentivar acciones en prevención, imputa más recursos por cantidad de egresos hospitalarios por año. La ironía es que si una gestión sanitaria municipal mejora el impacto de acciones de prevención o la atención primaria y, por lo tanto, disminuye la cantidad de egresos hospitalarios, recibirá menos coparticipación por salud al año siguiente” (Alonso, 2007:12).

19 La existencia de problemas de sobre declaración de prestaciones, derivaciones de patologías costosas, sobreequipamiento y estrategias de elevación de la complejidad e incremento de camas.

pios han destacado a la estructuración en regiones sanitarias, en las que se organiza la provincia, que da lugar muchas veces a superposiciones de las funciones y alcances. También han destacado la necesidad de fortalecer autonomías para tratar la cuestiones de los recursos humanos, al señalar que dichos recursos resultan críticos en tanto la estrategia de atención primaria, requieren nuevos posicionamientos a la tradicional formación asistencial-curativa en la cual generalmente se han formado los profesionales de la salud. Este campo, que hace al currículum universitario, se encuentra aún por fuera de las incumbencias de la política municipal como para influir sobre él, si bien el desarrollo de competencias de salud comunitaria, interdisciplinarias y de gestión para el trabajo profesional articulado en red representan saberes estratégicos para la formación de equipos de salud desde la dimensión sanitaria territorial.

## **Determinantes para la gestión de pacientes y el trabajo en red en las jurisdicciones municipales**

Partimos de considerar que el trabajo en red constituye una estrategia clave para la calidad de atención, la equidad en el acceso y la continuidad de los procesos asistenciales. Desde esta perspectiva, avanzar en este trabajo representa un mecanismo de fortalecimiento de las políticas de salud locales, tanto en su dimensión asistencial como organizativa y en lo que hace a la optimización de recursos de infraestructura, tecnológicos y humanos.

De los relevamientos realizados con actores claves y decisores se han identificado un conjunto de factores, que en términos ideales, posibilitarían el adecuado funcionamiento de una red de efectores organizados por tipo de prestaciones y niveles de complejidad.

*Factores estratégicos –en términos ideales– para el fortalecimiento de redes de salud en municipios:*

- Que cada secretaría de salud disponga de una unidad organizativa en su estructura que tenga como objetivo la gestión de los pacientes en el contexto de la red según niveles requeridos de complejidad y mediante la aplicación sistemática de protocolos de atención, derivación e interconsultas.
- Que desde los centros de salud de los municipio se puedan gestionar y solicitar turnos para el hospital de referencia (mediante sistema informático, internet, intranet o telefónico).
- Que se aplique un sistema de referencia y contrarreferencia formalizado entre los centros de salud de los municipios, el hospital de referencia y los otros hospitales de la red.
- Que se implementen en forma sistemática y homogénea guías de prácticas y protocolos de atención, derivación, recepción y seguimiento de pacientes en todo el circuito asistencial.
- Que se establezca la estandarización de la información (normalización) para garantizar su confiabilidad, validez, comparabilidad y seguimiento, mediante una fuente de datos unívoca establecida en un sistema informático compartido (entre centros de salud del municipio, el hospital de referencia y los otros hospitales de la red) para la gestión de información clínica y administrativa.

Establecer estas premisas supone, no obstante, identificar y analizar las cuestiones que en la práctica representan avances concretos para el trabajo en red y aquellas que aún representan obstáculos no resueltos, para observar, tal como se presentará posteriormente, los modos

de implementación que prevalecen en los municipios relevados. El cuadro siguiente sintetiza las experiencias e implementaciones reconocidas exitosas por los actores-decisores para la atención y gestión en red de servicios en las esferas locales y los factores identificados como problemáticos que aún persisten:

Factores que facilitan el trabajo en red de servicios de salud	Factores problemáticos que persisten para el trabajo en red de servicios de salud
Las capacitaciones para la puesta en conocimiento de los equipos de salud y de gestión del menú prestacional de cada uno de los efectores de la red.	El desarrollo heterogéneo de los sistemas informáticos entre efectores y de las capacidades de los recursos humanos para administrarlos.
La implementación de agendas de turnos compartidos por los efectores de la red y accesibles desde todas las terminales.	El desconocimiento acerca de los prestadores, sus servicios especializados, complejidades y tecnologías.
El compromiso profesional de todos los efectores en cuanto al cumplimiento de los protocolos y requisitos de derivación y admisión de pacientes.	Brechas tecnológico-asistenciales significativas entre efectores que se traducen en calidades de atención heterogéneas.
La incorporación de profesionales de la salud en las unidades de gestión de turnos (no circunscribiendo este proceso a un acto administrativo, sino a un acto de gestión asistencial profesional).	Resistencia a la incorporación de la gestión de pacientes como parte del proceso asistencial por parte de los profesionales y persistencia de derivaciones “informales”.

*Fuente: elaboración propia, basada en entrevistas a actores clave (secretarios de salud, funcionarios, profesionales en gestión de los municipios relevados)<sup>20</sup>*

20 Secretarios de salud de los municipios de Avellaneda, Florencio Varela, Ezeiza y Quilmes. También información brindada por funcionarios municipales de

## ***El grado de desarrollo e implementación de las condiciones funcionales/operativas para la gestión en red a nivel municipal***

Interesa en este punto identificar la implementación, en las políticas y prácticas de la gestión municipal, de las estrategias para el trabajo en red de los servicios. Específicamente *cuál es el grado de desarrollo* real de los dispositivos y procesos, cuyo establecimiento resulta clave para materializar el adecuado funcionamiento de una red de servicios, la gestión de los pacientes y el acceso al turno. A partir de esto se propone explorar:

- La presencia o no de una unidad o área, dentro de la estructura de las secretarías de salud de los municipios, destinada a la gestión de pacientes y servicios en red.
- El modo de gestión de turnos y sus modos de acceso por parte de pacientes y población en general.
- El uso de herramientas informáticas para la gestión de pacientes, seguimientos y turnos.
- La aplicación de un sistema de referencia y contrarreferencia formalizado guías de prácticas y protocolos.

---

General San Martín, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza y Morón. Se incluyó una entrevista a un profesional en área de gestión de pacientes del Hospital El Cruce (Florencio Varela) y a una funcionaria del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

### ***La presencia o no de una unidad o área, dentro de la estructura de las secretarías de salud de los municipios, destinada a la gestión de pacientes y servicios en red***

Como fue señalado da cuenta de la jerarquización formal de este proceso dentro de las políticas locales. En los municipios relevados no se observaron en forma sistemática la presencia de estructuras que, dentro del organigrama del órgano ejecutivo (secretaría de salud), estén específicamente destinadas a esta función. Considerando los casos hasta el momento relevados, en líneas generales las unidades de *referencia* y *contrarreferencia o de derivación de pacientes*, como son denominadas habitualmente, se ubican en los hospitales del área e interviene el municipio si el caso adquiere alguna excepcionalidad que requiera la intervención de otras instancias.

Fuera de esta tendencia, cabe señalar que si en los municipios de Florencio Varela y Quilmes se han implementado áreas con rango de Dirección, cuya misión se focaliza en la gestión de pacientes dentro de la red. Otro caso que adquiere algún rasgo particular es el municipio de Morón donde la gestión de pacientes es coordinada por la Dirección de Atención Primaria de la Salud (APS), pero solo entre efectores municipales, no articulando procesos de atención con los hospitales de índole provincial y nacional que allí están establecidos.

### ***La gestión de turnos***

En las secretarías de salud de los municipios relevados se manifestó que los turnos desde los centros de atención primaria hacia el hospital son gestionados desde las propias secretarías dependiendo de la complejidad del caso y la urgencia, aunque no se trata de un procedimiento protocolizado. No es habitual en estos casos que desde los centros de

salud se puedan gestionar y solicitar turnos para el hospital de referencia mediante sistema informático, internet, intranet o telefónico. La relativa no-sistematización de prácticas normalizadas para la gestión de turnos prevalece en cotidianidad institucional.

### ***El uso de herramientas informáticas para la gestión de pacientes, seguimientos y turnos***

También en general los consultados de las secretarías manifestaron no hacer uso intensivo de estas herramientas. Avanzando en la implementación se encuentran, según manifestaron sus referentes, los municipios de Florencio Varela, Lomas de Zamora, Morón, Esteban Echeverría y San Martín.

### ***Los modos de acceso al turno por parte de pacientes y población en general***

En los municipios relevados se manifestó que los turnos para consultas programadas pueden –formalmente– obtenerse en forma telefónica o personalmente por parte de los usuarios en general. Si bien se asume que “no hay costumbre del turno telefónico” o “después no vienen a consulta”, en la práctica en los centros de atención primaria el turno telefónico usualmente es no aplicado, y en los hospitales solo, en forma parcial. Municipios como Ituzaingó y La Matanza, por ejemplo, tienen implementado una línea de 0800 para información y obtención de turnos en hospitales de referencia, tanto municipales como provinciales y Lomas de Zamora también, aunque allí el servicio no es exclusivo del área salud e incluye otras prestaciones municipales (cobro de impuestos, registro de automotor, habilitaciones).

## ***La aplicación de un sistema de referencia y contrarreferencia formalizado entre centros de atención primaria o unidades sanitarias de los municipios, el hospital de referencia y los otros hospitales de la red***

En los municipios relevados, la utilización en forma sistemática y homogénea de los protocolos de referencia y contrarreferencia de pacientes, si bien se encuentran dentro de los procesos establecidos, requiere aún de mejoras, “no están aceptadas las acciones”, tal como fue expresado por quienes fueron entrevistados y “hay que levantar el tubo”, refiriendo a la necesidad de complementar el proceso con pedidos personales a los servicios. Sin embargo se reconoce, en la generalidad de las secretarías de salud de los municipios, que las *guías de prácticas y protocolos* de atención, derivación, recepción y seguimiento de pacientes en todo el circuito asistencial sí se aplica indefectiblemente en embarazos de alto riesgo y neonatología. En estos se han protocolizado y establecido sistemáticamente los procesos asistenciales correspondientes y son estrictamente cumplimentados, así como la coordinación entre efectores de diversa complejidad para la gestión de altas conjuntas de la madre y el niño y para los cuidados ulteriores en los cuales se asigna un profesional de cabecera en centros de atención primaria u hospital.

## **Conclusiones**

Los municipios representan un rol estratégico para la gestión sanitaria, en tanto el componente territorial que los define les otorga legitimidad, no solo jurídica, sino fundamentalmente política.

La propia conceptualización de *lo territorial* entraña dos sentidos: el sentido material, que implica la definición y puesta en práctica de intervenciones con criterio de adecuación a las necesidades de las poblaciones y prioridades sanitarias de dicho territorio, y en este plano corresponden los recursos de estructura y económicos; y el sentido simbólico, en donde

reside la legitimidad construida desde una perspectiva social e histórica. Ambos sentidos, conjugados, son requisitos ineludibles para el desarrollo fortalecido de la gestión de la salud en el espacio local, en tanto dan cuenta de la capacidad de acción sanitaria y del capital político para sustentarla.

En la práctica, la capacidad del nivel municipal para pasar de receptores a formuladores y coordinadores de políticas resulta aún incipiente considerando, como se ha observado, que son las estructuras de los programas nacionales los principales motores de las intervenciones, de las agendas sanitarias y consecuentemente grandes fuentes de financiamiento de la salud en esfera local.

Sin embargo, y paradójicamente, en este papel de receptores-ejecutores que le confieren a los municipios los programas nacionales residen potencialmente los mecanismos para el reposicionamiento del espacio local, en tanto estas implementaciones se sustentan mediante una alta gobernabilidad, que en el plano territorial está dada en el hecho de tener a cargo, por parte de los municipios, a los centros de salud que son los órganos institucionales concretos en donde se operativizan los programas. Asumiendo esto, avanzar en procesos de *cogestión interjurisdiccional* de recursos asistenciales, humanos y económicos, representa una meta por trabajar para consolidar espacios de autonomía y poder de decisión en materia sanitaria local.

Otros avances para la organización de salud municipal radicarían en la definición del perfil prestacional que se garantizará, revisando críticamente, por un lado, las limitaciones persistentes de sus propias condiciones estructurales, y por el otro, las estrategias orientadas por las condiciones que impone el régimen de coparticipación.

Una de las hipótesis de trabajo que nos orienta, y que presentamos a los inicios de este texto, postula que el desarrollo de redes constituye un eje

central y condicionante para el establecimiento de procesos asistenciales efectivos y oportunos. Las tendencias de traspaso desde el sector provincial a los municipios de los efectores de baja complejidad, y desde los municipios al sector provincial de los efectores de alta complejidad, crean las condiciones para generar como contrapartida, junto con el fortalecimiento de la atención primaria, la constitución de redes de servicios para la atención y derivación de pacientes por complejidad creciente. Promover el trabajo en red y desarrollar sinergias organizativas tendientes a la mejora de la calidad y accesibilidad a la salud requiere, asimismo, del fortalecimiento de los nodos, es decir de los sistemas locales (Medina, 2008).

De este modo, la gestión efectiva de los procesos asistenciales en una red servicios necesita, junto con la definición del menú de prestaciones, de la implementación de dispositivos institucionales y administrativos que garanticen y operativicen su funcionamiento.

En las indagaciones sobre el grado de desarrollo de estos dispositivos y circuitos, que en los sistemas locales generarían las condiciones materiales de base para la progresión hacia el trabajo en red, se ha observado en general escaso avance. Por ejemplo, entre los municipios relevados, y a excepción de los casos mencionados, no se han implementado áreas con jerarquía de estructura dentro de las secretarías de salud destinadas específicamente a la gestión de pacientes y servicios en red. También presentan escaso desarrollo los procedimientos sistematizados para la gestión de turnos entre efectores o servicios, el uso de herramientas informáticas para la gestión y seguimiento de pacientes, el turno programado y de acceso telefónico por parte de los usuarios y la aplicación metódica de un sistema de referencia y contrarreferencia, formalizado mediante guías de prácticas y protocolos. En este último caso, cabe considerar que los entrevistados coincidieron en que sí se daba estrictamente el mecanismo de referencia y contrarreferencia en el caso del seguimiento del embarazo de alto riesgo, y que la rigurosa

protocolización de la atención de estos casos resultaba satisfactoria en términos sanitarios.

Concluimos que la jerarquización de los sistemas locales y su apuntalamiento como espacios políticos, sanitarios y administrativos para la coordinación de la salud constituye un desafío para el fortalecimiento del territorio, por el nivel de cercanía que tienen con las demandas y necesidades de sus poblaciones. Y condición de esto es revertir las limitaciones objetivas y materiales de sus estructuras, como así también incorporar procesos de gestión dinámicos mediante la aplicación de nuevas tecnologías de información.

Por último, interesa poner en discusión el repertorio de categorías teóricas y de análisis disponibles sobre gestiones locales, que no alcanzan a proveer fundamentos validables al momento de analizar prácticas en los escenarios institucionales reales. Las brechas entre estas categorías y las prácticas son significativas, y en las indagaciones de terreno no se hacen visibles, menos aún son parte de las manifestaciones discursivas, implícitas o explícitas, de los actores al momento de sus relatos. Como contraparte, el desarrollo de investigaciones operativas en los propios contextos de aplicación, que incorporen como objeto de estudio a las prácticas cotidianas (que por esto mismo aparecen naturalizadas) y como *investigantes*<sup>21</sup> a los propios actores del sistema, contribuiría a reducir los desfases entre las teorías y las prácticas, traducéndose en herramientas de gestión a partir de los conocimientos que aporten.

---

21 Los “*investigantes*”, a decir de *Carvalho* (1994), son los mismos actores, funcionarios y profesionales del sistema de salud, se refiere así a quienes investigan desde las prácticas y no circunscritos a los espacios académicos. En este sentido define a la investigación como claramente una interfase entre investigadores, gerentes y profesionales de los servicios de salud, por lo cual dicha investigación trasciende el ámbito estrictamente académico y asume el rol de generar evidencias para la orientación de las políticas sanitarias.

## Bibliografía

- Almeida, C. y Belmartino, S. (2001). *Investigación en Sistemas y Servicios de Salud*. Río de Janeiro, Red de Investigaciones del Cono Sur.
- Alonso, G. (2007). “La gestión pública local y las políticas sociales”. *Documento de trabajo número 21*. Escuela de Política y Gobierno. Buenos Aires. UNSAM-CONICET.
- Carvalho, J. R. (1984). “La investigación de necesidades de salud en relación con la prestación de servicios”. *Cuadernos Médicos Sociales*, n.º 34, pp. 15-23.
- Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2005). *Municipios y gestión social. De los escritorios del Banco Mundial a las calles del Gran Buenos Aires*. Los Polvorines. UNGS/Prometeo.
- Chiara, M.; Di Virgilio, M; Ariovich, A. (2010). “La coparticipación provincial por salud en el Gran Buenos Aires: reflexiones en torno a la política local (2000-2005)”. *Salud colectiva*, año 6, vol. 6, n.º 1, pp. 345-362.
- Frenk, J. (1992). *La nueva salud pública*. Colección Ciencia para Todos. México DF, Fondo de Cultura Económica.
- Lama More, A. (2000). “Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú”. Lima, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Programa MECOVI. Fondo de Investigaciones.
- Medina, A. (2008). “El rol de los municipios en la Gestión en Salud”. En A. Medina., M. Miragliay M. Chiara (comps.). *Gestión Local: conceptos y experiencias*. Buenos Aires, UNSAM.

- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (1991). “Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud”. En *SILOS-10, Resolución XV-XXXIII Consejo Directivo OPS-OMS*. Washington DC.
- Paganini, J. M. (1999). “Los sistemas locales de salud: una estrategia para favorecer la cobertura y la equidad en salud”. En *Declaración de Organización Panamericana de la Salud*. Washington DC.
- Repetto, F. (2004). “Capacidad estatal: requisito para el mejoramiento de la política social en América Latina”. *Documentos de Trabajo del INDES*. Serie Documentos de Trabajo. Washington DC, Departamento de Integración y Programas Regionales, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social, pp. 15-29.
- Rovere, M. (1999). *Redes en salud. Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*. Rosario, Editorial de la Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Stoker, R. (1989). “Un marco de análisis para el régimen de implementación”. En L. Aguilar Villanueva (ed.). *La implementación de las políticas*. México DF, Porrúa.
- Testa, M. (1997). *Pensar en salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Tobar, F. (2000). *Herramientas para el análisis del sector salud*. Buenos Aires. Mimeo.