



**UNIDADES DE PRONTA ATENCIÓN
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
ESTABLECIDOS EN LOS MUNICIPIOS
DEL GRAN BUENOS AIRES, EN
LOS AÑOS 2010 -2015: OBJETIVOS,
CONTEXTO Y TRAMA SANITARIA**

**UNITS OF PROMPT ATTENTION
OF THE PROVINCE OF BUENOS
AIRES ESTABLISHED IN THE
MUNICIPALITIES OF GREATER
BUENOS AIRES, IN THE YEARS 2010-
2015: OBJECTIVES, CONTEXT AND
SANITARY PLOT**

Carlos Andrés Jiménez¹

Recibido: 05/10/2018

Aceptado: 14/12/2018

RESUMEN

Este artículo analiza el contexto sanitario y la trama de servicios donde se incorporaron las Unidades de Pronta Atención (UPA) en el Gran Buenos Aires (GBA), en el periodo 2010 – 2015, iniciativa , de responsabilidad de la Provincia de Buenos Aires (PBA). Primero presentamos las funciones de los servicios que brindan las UPA, luego caracterizamos el subsector estatal y las políticas sanitarias a nivel provincial. Posteriormente , analizamos la trama de oferta de servicios del subsector estatal municipal en el GBA. Finalmente, se concluye que estos servicios se instalaron en municipios con presencia de servicios del Ministerio Provincial y en contexto de peores condiciones de vida. Se usaron fuentes secundarias (estadísticas notas de prensa y entrevistas a actores relevantes.

PALABRAS CLAVES

Servicios, Atención, Provincia, Municipios, Territorio

1. Instituto del Conurbano. Universidad Nacional de General Sarmiento, Buenos Aires, Argentina. Contacto: jimenez_ungs@yahoo.com.ar

ABSTRACT

This article analyzes the health context and the service frame where the Units of Prompt Attention (UPA) were incorporated in the Greater Buenos Aires (GBA), in the period 2010-2015, initiative, of responsibility of the Province of Buenos Aires (PBA)). First we present the functions of the services provided by the UPA, then we characterize the state subsector and health policies at the provincial level. Subsequently, we analyze the supply of services of the municipal state subsector in the GBA. Finally, it is concluded that these services were installed in municipalities with the presence of services of the Provincial Ministry and in the context of worse living conditions. Secondary sources were used (statistics press releases and interviews with relevant actors).

KEYWORDS

Services, Attention, Province, Municipalities, Territory

1. LAS UPA: NUEVOS SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

1.1 ORÍGENES Y OBJETIVOS DE LAS UNIDADES DE PRONTA ATENCIÓN (UPA)

Las UPA, originadas en Brasil, conformaron un nuevo espacio de atención pública y estatal en salud. La literatura presenta estos nuevos servicios como estructuras “intermediarias” entre la atención básica y la hospitalaria, instaladas en zonas y municipios con gran extensión territorial, aislamiento geográfico de comunidades y déficit de servicios, particularmente del segundo nivel (O’ Dwyer y Konder, 2015: 532); (Ibañez et ál., 2014: 15). Estos establecimientos “intermedios”, entre el primer y segundo nivel de atención, se despliegan en dos planos de tareas: la atención (tanto en “urgencias” como “emergencias”) y la coordinación con la red de servicios y tienen por objetivo ampliar el acceso, la cobertura y alcanzar la equidad en salud y se organizaron para brindar atención las 24 horas al día, todos los días de la semana, ampliando la franja horaria (O’ Dwyer y Konder, 2015: 532).

Las UPA garantizaron atención también en los casos de menor gravedad y brindaron un servicio a una potencial demanda de eventos de salud que podrían resolverse en el primer nivel y fueron concebidas, desde su diseño, como efectores que deben articular y coordinar con otros componentes de la red (sistema de emergencia, segundo y tercer nivel).

Como mencionamos, fue en Brasil donde se originaron, el único país que

había desarrollado estos servicios en América Latina hasta al año 2010. A pesar de su corta vida, varios hitos y regulaciones fueron dando forma a esta estrategia de atención de las “urgencias” y las “emergencias”. En tan solo una década se gestaron, diseñaron, modelaron e implementaron en Maré y luego se expandieron por Rio de Janeiro y el resto del territorio brasilero.

Estos dispositivos innovadores para la atención de la urgencia y emergencia, llegan a la Provincia de Buenos Aires (PBA) de modo rápido, dado el rol central que asumió la Gestión Provincial para adoptar este servicio. Para su implementación fueron claves el Ministerio de Salud de la Provincia (MSP) y la Dirección de Hospitales, aunque también el Ministerio de Infraestructura encargado del montaje y construcción de los centros. Por otro lado, los municipios también tuvieron un rol importante en la articulación con la Provincia, para garantizar las condiciones de la puesta en marcha de las UPA.

Cabe destacar que la incorporación de las UPA en la Provincia surgió a partir de los intercambios del Gobernador Daniel Scioli de Buenos Aires con el Gobernador de Rio de Janeiro, Sergio Cabral en el año 2010 (UOL, 30 de Octubre 2010). Un medio brasilero local citó: *“Gobernadores de Buenos Aires y Río de Janeiro intercambian experiencias. El Gobernador de la provincia de Buenos Aires, Daniel Scioli, y el de Río de Janeiro, Sergio Cabral, anunciaron hoy que pretenden intercambiar experiencias exitosas de sus gobiernos, entre ellas una iniciativa de salud que será adoptada en Argentina”* (Terra Brasil, 3 de Octubre de 2010).

Las UPAS instaladas en la PBA al inicio del periodo de estudio, entre el 2010 y el 2011 respondieron a los acuerdos entre Municipios y la Gestión Ministerial de la provincia, mediadas por la Región Sanitaria quienes definieron donde intalarían estos servicios (Alto Funcionario Ministerial, 2017).

Luego, para el año 2015, se produce una convergencia del Gobernador Scioli con el Banco Interamericano de Desarrollo, básicamente con el diagnóstico preliminar del MSP sobre la necesidad de actuar en dirección de la reducción de la presión sobre los hospitales (BID, 2015: 10). Esta confluencia entre el interés del Gobernador y el análisis técnico realizado para el BID, por el “Centro de Gobierno en la Provincia de Buenos Aires”, favoreció la expansión de las UPA y las situó como prioridad en la agenda del Gobierno Provincial en el año 2015, cuando se construyeron nueve de los 13 establecimientos. Es decir, a diferencia de lo ocurrido el 2010, las 9 UPA instaladas el año 2015 responden a un criterio de localización territorial y de la estructura sanitaria, luego del informe elaborado por el. (Alto Funcionario Ministerial, 2017).

De este modo, entre el año 2010 y el año 2015 se desarrollaron 13 UPA en el GBA, las que son de interés de este estudio, 7 se ubicaron en la Región Sanitaria (RS) VI RSVI, 3 en RSVII, 2 en RSXII y 1 en la RSV. Por otro lado, 12 municipios del GBA fueron seleccionados para contar con estos servicios: Lomas de Zamora, Avellaneda, Lanús, La Matanza (con dos unidades), Almirante Brown, Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Moreno, José C Paz, Tres de febrero, Hurlingham. Por otro lado, las cinco UPA desarrolladas en el interior de la PBA se ubicaron en La Plata, Lezama, Punta Mogotes, Mar del Plata y Zarate.

Desde el Ministerio de Salud de la PBA se buscó desarrollar el servicio de UPA con el propósito de brindar atención de la “urgencia” y “emergencia” y que la población se encuentre más cerca de los servicios (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires a, 2015: 2).

2. EL SUBSECTOR ESTATAL DE SALUD EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

2.1 CARACTERÍSTICAS DEL SUBSECTOR ESTATAL Y PRINCIPALES HITOS DE SU HISTORIA RECIENTE

La aparición y posterior expansión de las UPA se inscribió en los procesos de la política sanitaria y en la particular trama de servicios de la PBA. Si bien el foco de análisis son las UPA, resulta relevante reconstruir la trama que conformó la estructura de la oferta de servicios, así como las iniciativas de políticas que fueron implementadas desde el MSP. En esta sección desarrollamos cómo se reestructuró el subsector estatal de salud en los últimos años en la PBA y cuáles son sus principales características.

La PBA es la provincia más grande del país dividida políticamente en 135 municipios, con 12 regiones sanitarias, 8 secciones electorales, 25 regiones educativas, 7 regiones turísticas, 18 departamentos judiciales, 13 corredores productivos, además de delegaciones de la Agencia de Recaudación de la Provincia de Buenos Aires (ARBA), del Instituto Obra Médico Asistencial (IOMA), de Instituto de Previsión Social (IPS), de la Caja de Retiro de Policías, Registro de las Personas, Seguridad Vial, del Ministerio de Trabajo, del Ministerio de Asuntos Agrarios y el Tribunal de Cuentas (Piana, 2014: 10).

Cabe destacar que el GBA, que forma parte de la PBA, y es el objeto de este estudio, está compuesta por 24 municipios (de los 135 Municipios de la PBA) y son aquellos que rodean periféricamente a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Capital de Argentina.

La PBA es la provincia más importante en cantidad de habitantes del país. Según el Censo 2010, la Provincia posee una población de 15.625.084 habitantes, con un incremento de un 12,8% desde el 2001 al 2010 y una densidad poblacional de 50.8 habitantes por kilómetro cuadrado. Su sistema de salud está compuesto por tres subsectores: el estatal, el privado y de la seguridad social. A su vez el subsector estatal se encuentra conformado por efectores de los tres niveles de Gobierno (municipal, provincial y nacional), donde convergen sus políticas y programas.

La oferta de servicios públicos de salud en la PBA, en el periodo bajo estudio, presentó una conformación amplia y compleja donde confluyeron recursos y programas, con establecimientos públicos pertenecientes a los tres niveles jurisdiccionales (municipal, provincial y nacional. La composición del entramado de servicios se encontró bajo la acción multi jurisdiccional que se fue constituyendo por un proceso progresivo de transferencia de efectores y recursos desde la Nación hacia la Provincia y de esta hacia los municipios (Chiara y Jiménez, 2007: 9).

En casi tres décadas se fue conformando un primer nivel de atención bajo la órbita de los gobiernos municipales. A partir del año 1994 (Ley N°11.554) se inició el proceso de descentralización que consistió en la transferencia de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) provinciales creados por el Plan Muñiz² (Chiara, 2000: 15), hacia la responsabilidad de los municipios (Ley Provincial 11554/1994).

La misma “Constitución de la Provincia de Buenos Aires”, permitió crear regiones para el desarrollo económico y social, así surgieron las 12 RS, niveles intermedios, creados para agrupar zonas relativamente homogéneas con el objetivo de facilitar la gestión sanitaria. No obstante, los procesos de fragmentación y cambios en la estructura social urbana favorecieron el desarrollo de heterogeneidades hacia el interior de cada región.

Tras la recuperación económica y social iniciada en el año 2003, el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) comenzó a tener un rol protagónico coordinando el Consejo Federal de Salud (COFESA). En este contexto se desarrollaron nuevos programas sanitarios centralizados e intervenciones que recuperaron la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud (APS), la promoción y prevención sanitaria y las distintas miradas integrales e intersectoriales sobre el abordaje de la salud.

2. Hacia fines de la dictadura militar y bajo la influencia de los postulados de Alma Ata, el Plan Muñiz buscó desarrollar el primer nivel de atención, especialmente en términos de infraestructura ya que implicó la construcción de aproximadamente 100 Unidades Sanitarias en toda la provincia, pero con particular concentración en el Conurbano Bonaerense.

Durante el período 2010-2015 gobernó en la PBA el mismo partido político, con Daniel Scioli como Gobernador, con equipos de trabajo ministeriales que mantuvieron continuidad durante esos años. Como mencionamos previamente, entre el año 2003 y el año 2015, la política sanitaria cobró protagonismo a través de una mayor presencia del MSN, mediante los grandes programas que movilizaron recursos y que en muchos casos tuvieron anclaje en los territorios locales (Programa Remediar, Programa Médicos Comunitarios, entre otros). En este contexto general se desarrolló la política sanitaria provincial y la gestión del MSP.

La propuesta de “Regionalización de la PBA” de los años 2010 y 2011 fue expresiva de los desafíos que se planteó la gestión provincial. Los lineamientos de la regionalización fueron expuestos en el *“Plan Estratégico 2010 - 2020”* donde según el Gobernador la regionalización de la provincia era una propuesta de *“una profunda revisión de los funcionamientos administrativos que nos han acompañado desde siempre”*, por otro lado sostuvo que la propuesta de regionalización fue *“la estrategia de reingeniería institucional más importante en la historia de la Provincia”* (Piana, 2014: 17). La gestión de los organismos públicos como la gobernabilidad del Estado ocupó un lugar central en la agenda del Gobernador (Gobierno Provincial, 2011: 6).

Las UPA aparecieron en un escenario donde el rol del MSP perdió peso, dado que el MSN había conformado una nueva relación con los municipios (Chiara, 2012: 97). Los servicios también experimentaron cambios, se produjo un crecimiento cuantitativo de efectores del segundo nivel, es decir se triplicó la cantidad de hospitales, básicamente aumentando las camas municipales en unos pocos municipios del GBA (Ariovich y Jiménez, 2012: 22).

2.2 LOS DISPOSITIVOS DE POLÍTICA SANITARIA EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y SU ANÁLISIS DESDE UNA MIRADA LOS PLANOS QUE ASUMEN LAS POLÍTICAS SANITARIAS

En esta sección analizamos la normativas y la oferta programática desplegada en simultáneo al desarrollo de las UPA en el periodo bajo estudio, 2010 a 2015, siendo las de interés las 13 creadas en el GBA. Definimos por dispositivo a todas las intervenciones estatales, leyes, programas y proyectos a través de los cuales se ejecuta la política pública y de salud.

En la línea de lo señalado en la sección anterior, la conformación de nuevas institucionalidades públicas pasaría a formar parte de la agenda del gobierno provincial y se expresaría en la política de salud. En el marco

TABLA N°1: POLÍTICAS SANITARIAS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, POR OBJETIVO Y PLANO, SEGÚN TOBAR 2000.

Plano	Políticas	Objetivo
Gestión: definición de las prioridades concretadas de los servicios y su orientación, lo que implica la toma de decisiones y a la conducción del sistema sobre la base de un conjunto de principios y valores (Tobar, 2000: 5).	Sistema de Historia Clínica Electrónica Única (Ley 14.494/2012) Registro Poblacional del Cáncer (Ley 14.733/2015) Régimen de Regulación y Fiscalización de Equipos Médicos en Uso (Ley 14.583/2013).	Registro sistematizado de población atendida
	Establecimientos Geriátricos de Gestión Pública y Privada (Decreto 1.190/2012), Comités Mixtos de Salud, Higiene y Seguridad en el Empleo. Delegación al MSP la ejecución de las UPA (Decreto 601/2012),	Regular y promover nuevas formas de organización de actores e instituciones
	Federación Médica de Buenos Aires (FEMEBA) (Decreto 450/2011)	Garantizar cobertura
	Observatorio de Recursos Humanos en Salud de la Provincia (Resolución 3.131/10) Incorporación a la carrera hospitalaria de recursos humanos en las UPA (Decreto 2.202/11).	Recursos Humanos
Atención: plano técnico que involucra lo médico-sanitario, alude a como deber ser dividido y organizado el trabajo médico sanitario para responder a las demandas y necesidades de la población (Tobar, 2000: 7).	Creación de nuevos servicios para la atención "urgencia" y "emergencia" -las UPA-, Ampliación del calendario de vacunación (Ley 14.415/2012); Regulación, promoción y protección de los "Bancos de Leche Materna Humana Pasteurizada" (Ley 14.787/2015) Suministro de la dosis necesaria de ácido fólico a la población femenina en edad reproductiva (Ley 14.788/2015).	Atención secundaria
	Estrategia Antitabaco" (Ley 14.381/2013), Programa Provincial de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable" (Ley 14.738/2015) La "Estrategia Integral para la Salud" (Ley 14.556). "Libreta Deportiva Obligatoria de Prevención en Salud"	Promoción y prevención

Plano	Políticas	Objetivo
	Fertilización Asistida con cobertura pública; Comités Mixtos de Salud y Seguridad en el Empleo, "Programa Permanente de Salud y Trabajo" (Decreto 120/2011); "Protección de la Salud Mental" (Ley 14.580/2013). Subsecretaría de Atención a las Adicciones, dependiente del Ministerio de Salud (Decreto 80/2014). Nacer/Sumar (Resolución 1.087/2010), o el Programa Remediar.	Ampliación de servicios y acceso a derechos
Financiamiento: conjunto de definiciones económicas acerca de hacia donde se orientan los recursos y que cantidad se destina. Asimismo involucra a la procedencia de los recursos pero también de la forma en la que se asignan (Tobar, 2000: 6).	Modificación del presupuesto, economía y finanzas, para fortalecer el Fondo Provincial de Salud (Ley 14.199/2011) Ingreso de la PBA al Programa Federal de Desendeudamiento de las Provincias Argentinas para fortalecer sus recursos (Decreto 660/2010).	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BASE DE LA DOCUMENTOS Y LEGISLACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2015

de estos planteos, se desarrollaron iniciativas de políticas sanitarias que fueron reguladas desde las diferentes normativas que moldearon y definieron su orientación. Para analizar el repertorio de políticas recuperamos la propuesta de Tobar (Tobar 2000: 5) quien distingue tres planos de análisis: gestión, atención y financiamiento, como se observa en la siguiente tabla

2.3 LOS PRINCIPALES PROGRAMAS PROVINCIALES DESARROLLADOS EN SIMULTÁNEO A LAS UPA

La creación de servicios de urgencia y emergencia a través de las de las UPA, produjo un fortalecimiento en el plano de la atención y gestión, siendo el único servicio que fue promovido con recursos económicos y humanos.

Las UPA se desarrollaron desde la administración de la PBA, en un contexto conformado por un conjunto de programas del MSP. Los más relevantes, fueron el Programa de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del

Paciente Diabético (PRODIABA), Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PSSR), el Seguro Público de Salud (SPS) y el Programa Materno Infantil (PMI).

El PRODIABA: programa que garantizaba a la población diabética un adecuado control de su patología, brindando una serie de insumos y medicamentos para el tratamiento de la diabetes, dirigido hacia aquellos que no cuentan con cobertura de obra social ni capacidad económica para afrontar el tratamiento. (Ley 11.602/1994) y (Ley 13.977/2009).

El PSSPR: se creó en los años previos del periodo bajo estudio y sufrió modificaciones tales como la incorporación de las perspectivas de la Ley de Identidad de Género o los protocolos de Abortos No Punibles, entre otros cambios (CELS, 2016). Su propósito fue garantizar la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable, para toda la población sin discriminación alguna (Art. 2 Ley 13.066/2004). Cada una de las Regiones Sanitarias de la Provincia cuenta con un referente del área que tiene a su cargo las acciones concernientes a su difusión e implementación. El SPS: este seguro implementado previamente al período bajo estudio mediante (Ley 13.413/2006), fue impulsado nuevamente en el año 2011 en el marco del desarrollo del “Programa de Desarrollo de Seguros Públicos Provinciales de Salud” (Resolución 2931/2011) Su principal objetivo fue promover el cuidado de la salud en aquellas personas, de entre 6 y 69 años, de la provincia de Buenos Aires que carezcan de obra social o prepaga, insertándose dentro de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud de los municipios de la PBA mediante la red de prestadores médicos, obstétricas, odontólogos, bioquímicos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros y promotores de salud. (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires e, 2011: 3).

PMI: fue creado en enero de 1994 y durante en el período bajo estudio atravesó varias modificaciones.. El PMI se orientó a mujeres embarazadas y madres y niños de hasta 5 años, buscando disminuir la morbi-mortalidad y contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida. Entre sus estrategias de acción buscó sensibilizar y capacitar a los recursos humanos y también articular recursos de otros organismos mediante la cooperación técnica y financiera y de organizaciones públicas estatales, pero también no gubernamentales, para fortalecer las acciones a nivel local y regional (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires f, 2010: 14).

Como es posible apreciar, dentro del abanico de dispositivos provinciales del periodo, las UPA fueron la gran apuesta al conformar nuevos servicios de atención de urgencia y emergencia, ya que el resto de los programas buscaron sólo mejorar el acceso a insumos y a la campañas de promoción y pre-

vención disponible para la población desde los centros de salud y hospitales.

2.4 COBERTURA DE SALUD, ESTRUCTURA SANITARIA Y CANTIDAD DE CAMAS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Algunos indicadores socio sanitarios que describen el contexto donde fueron instaladas las UPA son el tipo de cobertura en salud, la estructura sanitaria y el alcance de los servicios conformado en este caso por la cantidad de camas del segundo nivel. Analizamos estos indicadores a fines de reconstruir en una caracterización general del Gran Buenos Aires.

a) Cobertura de salud: constituye un indicador que nos aproxima a identificar la demanda que recae en los servicios estatales. Las estadísticas de cobertura, tanto de los inicios como de la finalización de nuestro periodo bajo estudio (2010-2015), mostraban que el GBA enfrentaba una mayor demanda de servicios públicos frente a la PBA, como se observa en la Tabla N° 2. Asimismo no se encontraron variaciones significativas en los niveles de cobertura en los años donde pone el foco esta investigación.

TABLA N°2: PORCENTAJE DE POBLACIÓN POR TIPO DE COBERTURA DE SALUD SEGÚN GRAN BUENOS AIRES (GBA) Y LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (PBA), EN LOS AÑOS 2010 Y 2015

TIPO DE COBERTURA	Cobertura de obra social y plan privado de salud		Cobertura Estatal	
	2010	2015	2010	2015
Gran Buenos Aires	58.62%	58.61%	41.38%	41.39%
Provincia de Buenos Aires	64%	64.5%	36%	35.5%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BASE DE CENSO 2010 Y LA EPH 2015, INDEC.

b) Estructura Sanitaria: Respecto a la estructura sanitaria de la PBA, como se observa en la Tabla N°3, la delegación el primer nivel de atención de la Provincia a responsabilidad de los Municipios fue producto de la descentralización que promovió la municipalización tanto de los CAPS, durante la década de los ´80. La trama de servicios de salud bajo la órbita Provincial,

para el año 2015, se configuró a partir de 79 hospitales de segundo nivel y 18 UPA, también denominados hospitales intermedios.

Los 135 municipios de la PBA conformaron una trama de efectores con 272 hospitales y 1795 CAPS, localizados a lo largo de todo el territorio provincial. La oferta del segundo nivel bajo la órbita nacional con internación, solo cuenta con cuatro Hospitales

TABLA N° 3: ESTABLECIMIENTOS DEL SUBSECTOR ESTATAL EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (PBA), AÑO 2015

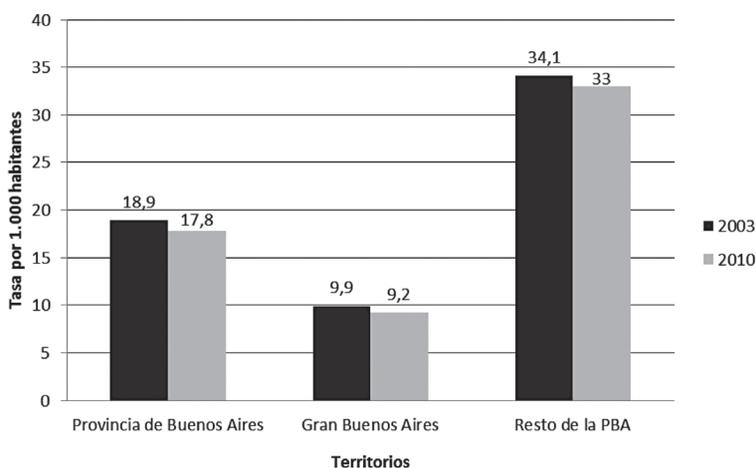
Establecimientos	Jurisdicción			
	Nacional	Provincial	Municipal	Total
Hospitales	4	79	272	355
Unidades de Pronta Atención (UPA)	-	18	-	18
Centros de atención primaria de la salud (CAPS)	-	-	1795	1795

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BASE DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2017.

c) Cantidad de camas: otro indicador relevante en cobertura es la cantidad de camas. Como se observa en el Gráfico N° 1, a nivel de la PBA, se muestra una disminución en la cantidad de camas cada mil habitantes, la que no respondió necesariamente al cierre de hospitales, sino al importante crecimiento poblacional del 12,8%, fenómeno que se verificó en particular en los municipios de la segunda corona del GBA³.

3. Tigre, José C Paz, Malvinas Argentinas, San Miguel, La Matanza, Almirante Brown, Esteban Echeverría, Ezeiza, Berazategui y Florencio Varela.

GRÁFICO N° 1: EVOLUCIÓN DE LA CANTIDAD DE CAMAS DEL SUBSECTOR PÚBLICO, POR 1.000 HABITANTES EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (PBA), EL GRAN BUENOS AIRES (GBA) Y EL RESTO DE LA PROVINCIA ENTRE LOS AÑOS 2003-2010



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BASE DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2010.

3.LAS UNIDADES DE PRONTA ATENCIÓN (UPA) EN EL GRAN BUENOS AIRES (GBA)

Las UPA, en la PBA, se instalaron entre los años 2010 y 2015. Entre los años 2010 y 2011 se instalaron las cuatro primeras y su ubicación respondió a los acuerdos y convenios establecidos entre los Municipios y la Provincia (Alto Funcionario Ministerial, 2017).

Luego, las otras nueve se instalaron en el año 2015, siendo la mayoría de ellas instaladas en el año de finalización del periodo, tomando en cuenta criterios como las condiciones de vida la población de dichos territorios. Estas condiciones fueron tomadas en cuenta para esta segunda fase de instalación en el año 2015, mientras que para la primera prevalecieron criterios originados en los acuerdos entre Municipios y Provincia. Por esta razón es que la mayoría de los indicadores presentados a continuación se refieren al año 2015.

3.1 LAS CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN, EN MUNICIPIOS CON Y SIN UPA, DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIO SANITARIA

En esta sección nos referimos a las condiciones de vida, a los servicios y al territorio donde se desarrollaron las UPA, condiciones que fueron relevantes en la elección de los territorios de las UPA instaladas entre los años 2010 y 2015 realizando algunos contrapuntos con el conjunto de municipios GBA, donde no se instalaron estos dispositivos. Para esto analizaremos la cobertura de salud, el índice de necesidades insatisfechas y la mortalidad infantil.

La Tabla N°4 da cuenta de la población, por cada Municipio del GBA, con y sin UPA instaladas al 2015, para cada una de las categorías de condiciones de vida, observándose algunas brechas que serán explicadas a continuación.

Cobertura de salud: siguiendo la tendencia provincial, en el GBA durante la década iniciada con la poscrisis del 2001, hasta el 2010, creció la cobertura de obra social y de plan médico. La recuperación del empleo formal resultante de la recuperación económica tuvo en el GBA un correlato positivo en los niveles de cobertura de salud. A pesar de estos cambios en sus valores agregados, los municipios experimentaban distintas realidades socioeconómicas que determinaban una presión diferente sobre el subsector público: se mantuvieron las brechas de cobertura entre el primer y segundo cordón del GBA, siendo este último el que experimentó niveles más bajos de cobertura de obra social o plan privado.

Otra particularidad en torno a la cobertura en el GBA, refiere a su evolución en el periodo previo al año 2010, con un decrecimiento constante de la población no cubierta por obra social o plan médico, desde el año 2004 hasta el 2010, esto se visualiza en el Gráfico N° 2. Este indicador expresó el crecimiento de la cobertura mediante la recuperación del mercado del trabajo, a través de la utilización de los servicios de las obras sociales o los planes privados de salud hasta el año 2010. En otras palabras, coincidentemente con el proceso de recuperación económica, observamos que para el inicio del periodo de estudio la cobertura de obra social y privada fue creciendo, situación que cambió en el año 2010, cuando se mantiene estable hasta el años 2015.

Por otra parte, al observar la cobertura de los municipios del GBA, según tengan o no UPA, como se ve en la Tabla N°4, se observa una brecha considerable en los niveles de cobertura. Avellaneda es el municipio con UPA con mejor cobertura, con el 70 %, frente a Vicente López (sin UPA), con un 84,5 %. La mis-

TABLA N° 4: PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON COBERTURA POR OBRA SOCIAL Y/O PLAN DE SALUD PRIVADO, HOGARES CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS Y TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN MUNICIPIOS CON Y SIN UNIDADES DE PRONTA ATENCIÓN (UPA) DEL GRAN BUENOS AIRES (GBA), AÑO 2015

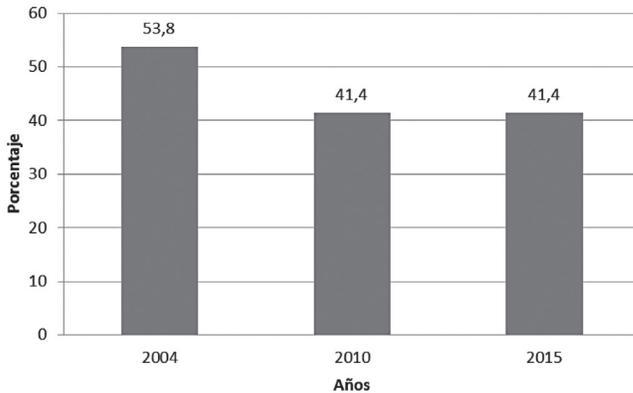
UPA	Municipios del GBA	Porcentaje de Cobertura de obra social o plan médico(%)	Índice Hogares NBI (%)	Tasa de Mortalidad Infantil (por 1.000 nacidos vivos)
UPA 5	ALMIRANTE BROWN	60,43	10,5	9,4
UPA 2	AVELLANEDA	70,12	5,8	11,5
UPA 10	BERAZATEGUI	60,93	10,4	8,9
UPA 11	FLORENCIO VARELA	47,61	17,0	10,1
UPA 9	HURLINGHAM	67,47	6,9	8,8
UPA 15	JOSE C. PAZ	52,24	12,0	10,3
UPA 4 y 18	LA MATANZA	53,81	11,9	10,1
UPA 3	LANUS	69,08	5,0	10,1
UPA 1	LOMAS DE ZAMORA	57,12	8,9	8,8
UPA 12	MORENO	50,44	12,9	11,3
UPA 17	QUILMES	62,60	9,2	11,4
UPA 16	TRES DE FEBRERO	68,28	4,3	7,9
	ESTEBAN ECHEVERRIA	57,80	10,8	14,2
	EZEIZA	53,95	14,1	10,4
	GRAL. SAN MARTIN	65,09	6,7	8,8
	ITUZAINGO	68,96	4,9	9,7
	MALVINAS ARGENTINAS	56,86	12,1	9,9
	MERLO	52,41	11,5	10,5
	MORON	71,48	3,5	11,4
	SAN FERNANDO	66,73	8,6	7,0
	SAN ISIDRO	78,70	3,7	7,3
	SAN MIGUEL	64,72	8,2	12,3
	TIGRE	64,50	11,0	8,9
	VICENTE LOPEZ	84,59	2,4	4,1

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BASE DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DE MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2017.

ma situación se repite en los municipios en peores condiciones de cobertura: con UPA Florencia Varela con un 47 %, frente a Merlo (sin UPA) con el 52 %. Finalmente, la cobertura de obra social y plan médico resultó más baja en los municipios con UPA, que en aquellos municipios donde no se desarrollaron estos servicios, tal como se observa en el Gráfico N°3.

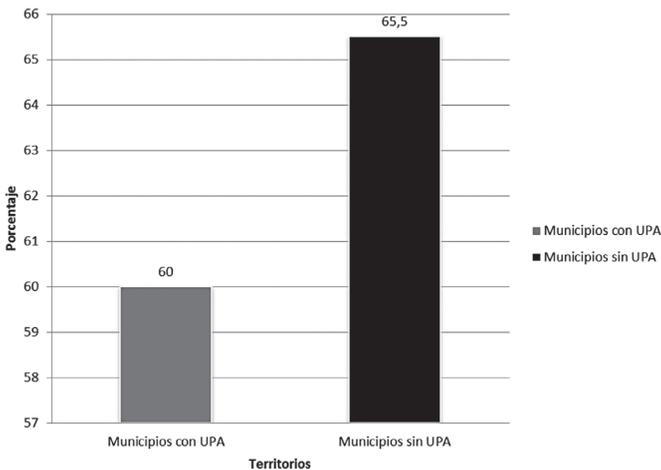
Índice de necesidades básicas insatisfechas (NBI): El crecimiento intercensal 2001-2010 de la población fue más elevado en el GBA que en la Provincia (14% frente a 12%, respectivamente), donde se expresaron peores condiciones socioeconómicas y desiguales condiciones de vida. El NBI, en el con-

GRÁFICO N° 2: PORCENTAJE DE POBLACIÓN NO CUBIERTA POR OBRA SOCIAL O PLAN MÉDICO EN LOS AÑOS, 2004, 2010 Y 2015 EN LOS 24 MUNICIPIOS DEL GRAN BUENOS AIRES (GBA)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON BASE A ENCUESTA PERMANENTE DE HOGARES (EPH), INDEC.

GRÁFICO N° 3: COMPARACIÓN DEL PORCENTAJE DE COBERTURA POR OBRA SOCIAL O PLAN DE SALUD, DE MUNICIPIOS CON Y SIN UPA EN EL GRAN BUENOS AIRES (GBA), AÑO 2015.



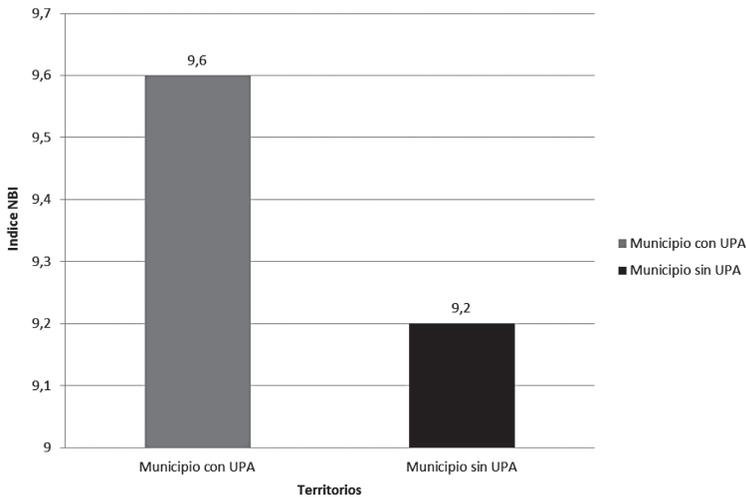
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BASE DEL INDEC, 2015.

junto de municipios que desarrollaron UPA, resultó levemente más alto que el promedio de los 24 municipios del GBA, por lo tanto las UPA se desarrollaron en municipios en promedio con peores condiciones de NBI, tal como expresa el Gráfico N°4.

Como sucedió con la cobertura de salud, también encontramos brechas en-

tre los extremos, el NBI más alto entre los municipios con UPA se encontró 3 puntos porcentuales por sobre el que no posee UPA (Florencia Varela con UPA en el 17 %, frente a Ezeiza sin UPA y con 14 %) (Ver Tabla N° 4).

GRÁFICO N° 4: COMPARACIÓN DEL ÍNDICE DE HOGARES CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI) EN MUNICIPIOS CON Y SIN UNIDADES DE PRONTA ATENCIÓN (UPA) EN EL GRAN BUENOS AIRES (GBA), AÑO 2015



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BASE DEL INDEC, 2015.

Mortalidad infantil: Un indicador de resultado que expresa el deterioro o la mejora en las condiciones de vida de la población es la mortalidad infantil. Este indicador descendió considerablemente durante la década pasada hasta el 2010.

En el caso del grupo de municipios sin UPA presentan brechas internas, una situación expresiva es que este conjunto posee la tasa más baja, pero también la más alta de todo el GBA (Vicente López con 4,1, frente a Esteban Echeverría con el 14,2) (Ver Tabla N° 4).

Si bien el conjunto del GBA mostró condiciones heterogéneas con el resto de la Provincia, los municipios que desarrollaron las UPA conforman un subconjunto que experimentó peores condiciones que el total del GBA: cobertura de la salud, el NBI y la mortalidad infantil son más regresivas en los municipios que desarrollaron las UPA. Esta situación expresó que para la localización de las UPA, se tomaba en cuenta la vulnerabilidad social de los territorios (Alto Funcionario Ministerial, 2017).

3.2 UNA MIRADA DE LOS SERVICIOS EN LA REGIÓN DEL GRAN BUENOS AIRES (GBA), EN MUNICIPIOS CON Y SIN ESTABLECIMIENTO DE UPA

Luego de revisar las condiciones de vida de la población, describiremos la composición de la estructura y la oferta de servicios de los municipios del GBA, haciendo una comparación entre los que tienen UPA y los que no, recuperando los indicadores de estructura y de proceso de la clasificación de Donabedian (Donabedian 1980: 33).

Indicadores de estructura: en términos generales, Argentina posee una cantidad de efectores comparativamente aceptable respecto del resto de los países de América Latina. Con referencia al segundo nivel, encontramos que nuestro país mejoró su dotación de camas cada mil habitantes, mejorando su performance durante los últimos 15 años, pasando de 4.1 en el año 2000 a 4.5 en el 2010 (Banco Mundial, 2016).

Un indicador de estructura es la oferta de establecimientos de salud disponible. En cuanto a la oferta hospitalaria bajo la órbita de municipios en el GBA, es superior a la oferta provincial (38 municipales y 33 provinciales, respectivamente), según lo expresado en la Tabla N°5. Paralelamente, en el periodo bajo estudio la oferta del segundo nivel creció de 66 a 72 hospitales, cuatro municipales y dos provinciales. El único Hospital Nacional localizado en el GBA es el "Posadas", en el municipio Morón. Por otra parte, para el año 2015 el GBA contaba con unos 836 CAPS, entre los 24 municipios, cifra que se incrementó desde 402, el año 1988 y 749 el año 2008. En simultáneo a este incremento, aparecieron las 13 UPA como hospitales intermedios, en la región del GBA.

TABLA N° 5: ESTABLECIMIENTOS DEL SUBSECTOR ESTATAL, SEGÚN JURISDICCIÓN (NACIONAL, PROVINCIAL, MUNICIPAL) EN EL GRAN BUENOS AIRES (GBA), AÑO 2015

Establecimientos	Municipal	Provincial	Nacional	Total
Hospitales	38	33	1	72
CAPS	836	-	-	836
UPA	-	13	-	13

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BASE DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DE MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2015.

Otro indicador de estructura relevante es la cantidad de camas. Como se observa en la Tabla N° 6, la disponibilidad entre la jurisdicción nacional y provincial resulta superior a la cantidad de camas bajo la órbita municipal, (59.8% de las camas son provinciales y 5% son nacionales, mientras que el 35.2% son municipales). No obstante del 2010 al 2015 creció el porcentaje de camas bajo la órbita municipal.

TABLA N° 6: DISPONIBILIDAD DE CAMAS DE LAS TRES JURISDICCIONES (NACIONAL, PROVINCIAL, MUNICIPAL) EN EL GRAN BUENOS AIRES (GBA), EN EL PERIODO 2010 - 2015

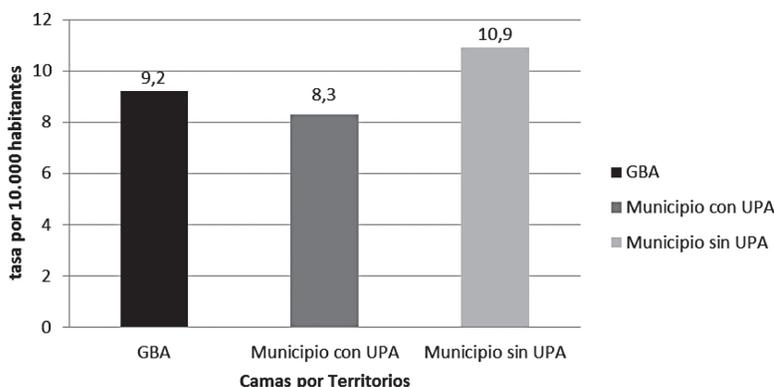
Jurisdicción	2010	2015
Municipal	3.084 (33.95%)	3.381 (35.2%)
Provincial	5.532 (60.9%)	5.755 (59.8%)
Nacional	472 (5,2%)	482 (5%)
Total	9.088	9.618

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BASE DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2015.

En cuanto a la cantidad de camas, si bien la tendencia provincial expresó una disminución de la oferta de camas en relación a la población, algunos municipios del conurbano experimentaron un incremento de su cantidad de camas, en el periodo 2003-2010, como fueron los casos de Malvinas Argentinas, Florencia Varela, Hurlingham, Merlo, San Isidro y en menor medida Vicente López.

Más allá de las particulares que asumió el subsector estatal en cada municipio, encontramos que la disponibilidad de camas cada mil habitantes en el GBA, fue menor a la disponibilidad del interior de la PBA. Observamos que el conjunto de municipios que desarrolló UPA posee una menor disponibilidad en camas que aquellos no poseen el servicio en el GBA, tal como se expresa en el Gráfico N°5.

GRÁFICO N° 5: CAMAS DEL SUBSECTOR OFICIAL, CADA DIEZ MIL HABITANTES, EN EL GRAN BUENOS AIRES (GBA) Y SUS MUNICIPIOS CON Y SIN UNIDADES DE PRONTA ATENCIÓN (UPA), AÑO 2010



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BASE DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2010.

Las UPA fueron servicios que se insertaron en zonas atravesadas por el deterioro de las condiciones de vida de la población, pero también se localizaron en partidos con distintos desarrollos de sus sistemas locales de salud, pero fundamentalmente se desarrollaron en municipios que poseen gran presencia de camas de la órbita provincial. Por lo tanto, no parece casual que los distritos con mayor desarrollo de camas municipales -como Malvinas Argentinas y San Isidro pertenecen el conjunto de partidos que no desarrollaron UPA.

Indicadores de proceso: Las consultas son un indicador de proceso porque dan cuenta de prestaciones y atenciones que se brindan desde los efectores pertenecientes al subsector estatal. Como se observa en la Tabla N°7, en el periodo bajo estudio, se produjo un crecimiento en el número de consultas. Particularmente se presentó un mayor aumento en la cantidad de consultas en los establecimientos sin internación. También se expresó un leve aumento en el porcentaje de habitantes que consultaron un establecimiento de salud, pasando de un 3,4% en el año 2010, a un 3,5% para el año 2015.

En cuanto a las consultas en CAPS, encontramos que La Matanza es el municipio con mayor cantidad de consultas registradas y además presentó entre el 2010 y 2015 el incremento de consultas más significativo; sin embargo hay que tener en cuenta que es el municipio que concentra la mayor cantidad de

TABLA N° 7: CANTIDAD DE CONSULTAS EN ESTABLECIMIENTOS CON Y SIN INTERNACIÓN EN EL GRAN BUENOS AIRES (GBA) Y PORCENTAJE DE HABITANTES QUE CONSULTARON ALGÚN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, AÑO 2010 Y 2015

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	2010	2015
Establecimientos con internación	14.572.378	15.178.327
Establecimientos sin internación	18.814.438	23.643.808
Porcentaje habitantes que consultaron un establecimiento (c/s)	3,4	3,5

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BASE DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DE MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2015.

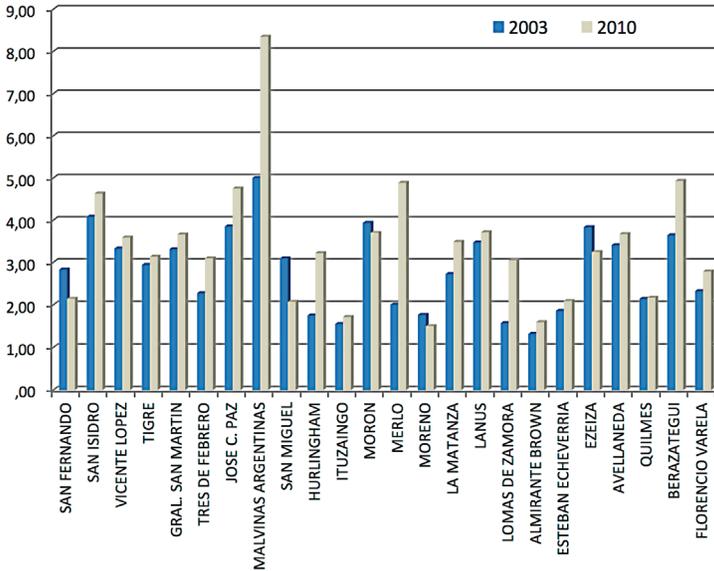
población en la provincia y el GBA⁴ Otros municipios con aumentos significativos de las consultas fueron Malvinas Argentinas y Merlo, en menor medida en Tigre, Tres de Febrero, José. C. Paz, Moreno, Lanús, Lomas de Zamora, Esteban Echeverría, Ezeiza, Quilmes, Berazategui y Florencio Varela.

El número de consultas expresa la cantidad de demanda atendida, sin embargo un indicador que se aproxima mejor a la capacidad de los servicios frente a la población es la cantidad de consultas por habitantes Entre el año 2003 y el 2010, el promedio de las consultas por habitante que realizaban las personas en el GBA en los CAPS, se incrementó en más de un 50%, pasando de 1,1 a 1,9, tal como se muestra en el Gráfico N° 6⁵.

4. Partidos como Lanús, Quilmes, Tigre y José C. registraron valores inferiores, pero por encima de las 700 mil consultas.

5. Al observar el comportamiento a nivel municipal se destaca el municipio de Malvinas Argentinas que triplicó su promedio en el periodo entre los años 2003 y 2010, pasando de 1,5 a 5. Por otra parte Merlo, Hurlingham, Berazategui, Lomas de Zamora y La Matanza si bien arrancaron el período con un promedio bastante bajo, elevaron notoriamente sus consultas.

GRÁFICO N° 6: PROMEDIO DE CONSULTAS EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS) POR HABITANTE PARA LOS MUNICIPIOS DEL GRAN BUENOS AIRES (GBA) EN EL AÑO 2003 Y 2010.



FUENTE: ELABORACION PROPIA SOBRE LA BASE DE LA DIRECCION DE INFORMACION SISTEMATIZADA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2010.

3.3 LAS UPAS EN EL GBA, CARACTERÍSTICAS Y LOCALIZACIÓN URGENCIA Y EMERGENCIA EN EL GBA

A continuación, nos enfocaremos en las UPA instaladas en el GBA para dar cuenta de su estructura dentro de la trama de servicios. Como vemos en la Tabla N° 8, de los municipios con UPA, existen algunos con una red sanitaria menor, como Hurlingham con tan solo 9 CAPS, frente a de mayor territorio y densidad poblacional como La Matanza, con 54 CAPS.

La instalación de las UPA en el territorio evidenció que las tramas de efectivos del primer nivel de los municipios poseen diferentes alcances, situación atravesada por la densidad poblacional, las particularidades del territorio y el desarrollo de los sistemas locales de salud.

Según los informes ministeriales y documentos, la localización territorial de las UPA en el GBA fue definida con el criterio de su ubicación permitiese “brindar respuesta inmediata” a las situaciones de emergencia en los municipios que experimentaron una mayor vulnerabilidad social (Ministerio

TABLA N° 8: CANTIDAD DE CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS), SEGÚN MUNICIPIOS CON UNIDADES DE PRONTA ATENCIÓN (UPA) Y PERTENENCIA A REGIÓN SANITARIA, AÑO 2015

Municipios	Nombre de la UPA	Cantidad de CAPS en el municipio	Región Sanitaria
JOSÉ C PAZ	UPA 15	24	V
ALMIRANTE BROWN	UPA 5	31	VI
AVELLANEDA	UPA 2	34	VI
BERAZATEGUI	UPA 10	37	VI
FLORENCIA VARELA	UPA 11	33	VI
LANÚS	UPA 3	44	VI
LOMAS DE ZAMORA	UPA 1	47	VI
QUILMES	UPA 17	43	VI
TRES DE FEBRERO	UPA 16	17	VII
MORENO	UPA 12	33	VII
HURLINGHAM	UPA 9	9	VII
LA MATANZA	UPA 4 y 18	54	XII

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BASE DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DEL MINISTERIO DE SALUD PROVINCIAL, 2017.

de Salud de la provincia de Buenos Aires a, 2015: 3). Como se ha señalado, si bien la implantación de las UPA estuvo condicionada por los arreglos políticos entre la provincia y los municipios, las características sociodemográficas y sanitarias fueron consideradas.

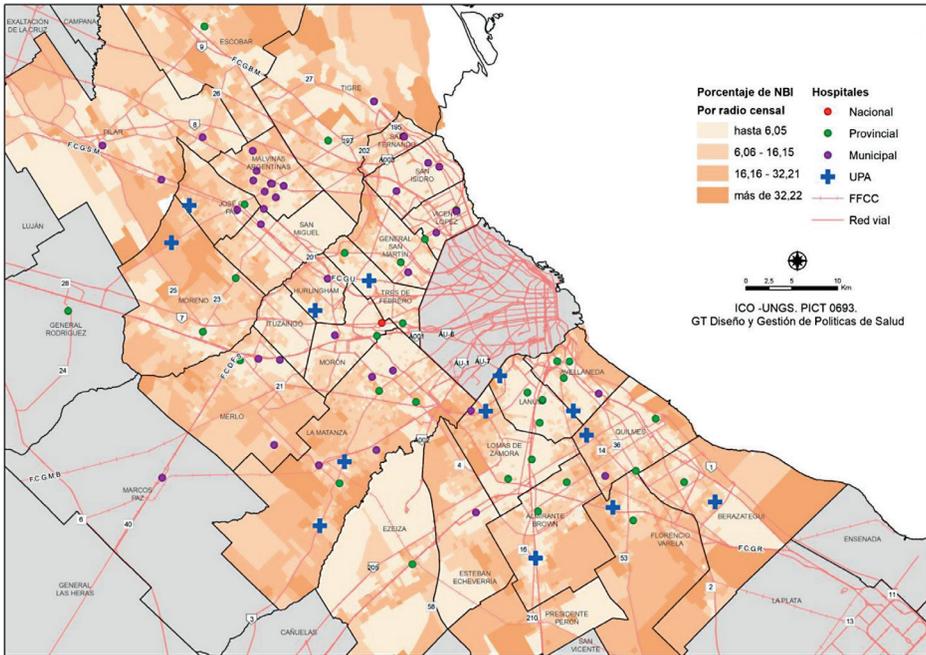
En el Mapa N° 1 observamos que las UPA fueron instaladas en municipios de la zona sur, con altos índices de NBI. En los casos particulares de Lanús y Tres de Febrero, las UPA fueron ubicadas en zonas con asentamientos y zonas con alta vulnerabilidad social (Alto Funcionario Ministerial, 2017).

Mapa N° 1: Localización de las Unidades de Pronto Atención (UPA), Hospitales según jurisdicción en el Gran Buenos Aires (GBA), según necesidades básicas insatisfechas (NBI) por radio censal, año 2015

Como se observa en el Mapa N°1 las UPA fueron localizadas en zonas con acceso a la red vial para facilitar la circulación de ambulancias, pero también la accesibilidad por medio de transporte público para la población del entorno.

Si bien las UPA se insertaron en territorios muy heterogéneos, el común denominador fue tanto la situación de precariedad del barrio donde fueron instaladas, como la conectividad con alguna vía de acceso, en zonas de alta

MAPA N° 1: LOCALIZACIÓN DE LAS UNIDADES DE PRONTA ATENCIÓN (UPA), HOSPITALES SEGÚN JURISDICCIÓN EN EL GRAN BUENOS AIRES (GBA), SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI) POR RADIO CENSAL, AÑO 2015



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BASE DEL INDEC Y DEL PROYECTO PICT 0693 DEL GRUPO DE DISEÑO Y GESTIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD, ICO-UNGS, 2017.

vulnerabilidad pero situados en la cercanía de rutas provinciales o avenidas (Alto Funcionario Ministerial, 2017) (Director/a de UPA, 2018).

Por otra parte, como se evidencia en la Tabla N°9, de los municipios donde se localizaron las UPA, encontramos algunos con un gran número de habitantes y un alto número de consultas en el primer nivel, tales como José C Paz, Berazategui, Lanús, La Matanza y Lomas de Zamora y por otra parte identificamos que en municipios con gran cantidad de habitantes que experimentan menores registros de consultas del primer nivel como Almirante Brown y Moreno.

En cuanto a la cantidad de consultas, también se constata la brecha entre el municipio con la menor y la mayor cantidad, situación que expresa diferencias en los municipios que desarrollaron las UPA: las demandas de la población sobre el subsector público, realidades heterogéneas en la trama

TABLA N° 9: CANTIDAD DE POBLACIÓN Y CONSULTAS ANUALES EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS) EN MUNICIPIOS DEL GRAN BUENOS AIRES (GBA) CON UNIDADES DE PRONTA ATENCIÓN (UPA), AÑO 2015

Municipios	Nombre de la UPA	Consultas en CAPS	Población
JOSÉ C PAZ	UPA 15	1.360.589	265.981
ALMIRANTE BROWN	UPA 5	407.080	552.902
AVELLANEDA	UPA 2	830.699	342.677
BERAZATEGUI	UPA 10	1.818.852	320.224
FLORENCIA VARELA	UPA 11	1.196.889	426.005
LANÚS	UPA 3	1.627.799	459.263
LOMAS DE ZAMORA	UPA 1	1.360.738	616.279
QUILMES	UPA 17	1.100.896	582.943
TRES DE FEBRERO	UPA 16	523.472	340.071
MORENO	UPA 12	259.612	452.505
HURLINGHAM	UPA 9	151.147	181.241
LA MATANZA	UPA 4 y 18	2.636.425	1.775.816

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BESA DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA Y EL CENSO 2010 DEL INDEC

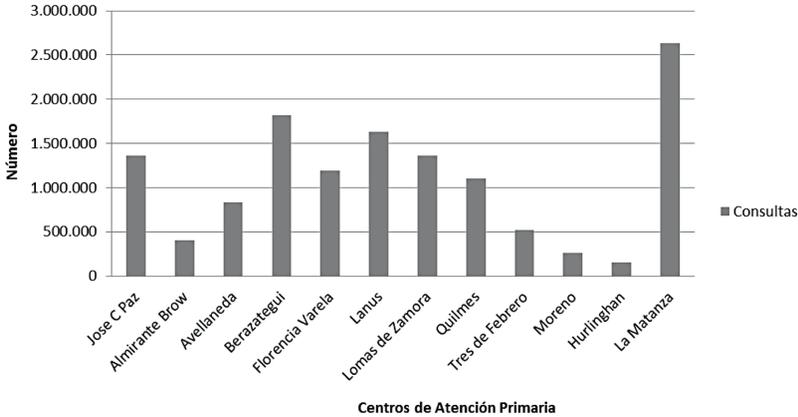
de efectores de, capacidades particulares de responder a la demandas, y un segundo nivel con presencia diferente en cada municipio. Esta heterogeneidad se observa en el Gráfico N°7.

Sin embargo para precisar la caracterización es necesario hacer el análisis de consultas por habitante. En los CAPS de los municipios donde se localizaron las UPA, observamos con mayor precisión los resultados de la atención de la red de efectores del primer nivel.

Según el Gráfico N° 8, José C. Paz, Berazategui y Lanús respondieron con mayor cantidad de consultas por habitante a las demandas de su población, y por otro lado, Almirante Brown, Moreno, Hurlingham y La Matanza fueron los municipios con UPA que quedaron muy por detrás en las respuestas de la atención del primer nivel.

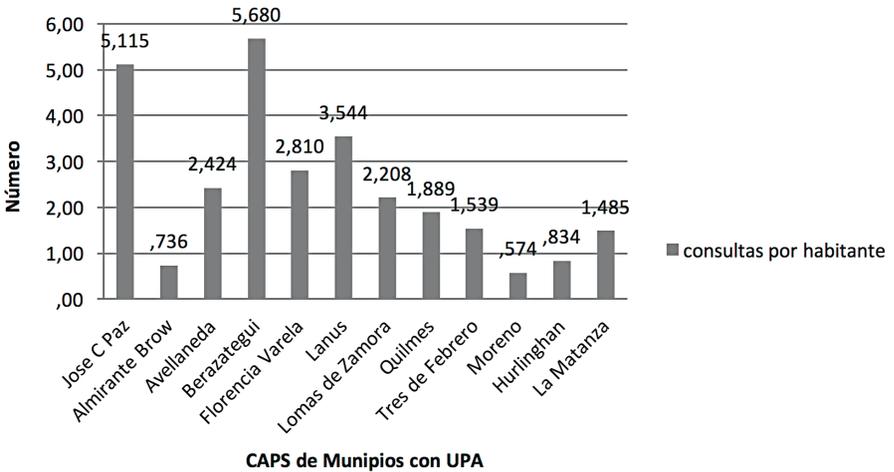
Por otra parte, resulta relevante conocer la cantidad de consultas por mes de cada UPA, lo que da cuenta de la demanda con la cual se encontró cada efector en los diversos territorios del GBA (Tabla N° 10).

GRÁFICO N° 7: CANTIDAD DE CONSULTAS ANUALES EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS) DE MUNICIPIOS CON UNIDADES DE PRONTA ATENCIÓN (UPA) PARA EL AÑO 2015



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIAS SOBRE LA BASE DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DEL MINISTERIO DE LA SALUD PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2017.

GRÁFICO N° 8: CONSULTAS ANUALES POR HABITANTE EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS) DE MUNICIPIOS CON UNIDADES DE PRONTA ATENCIÓN (UPA), AÑO 2015



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIAS SOBRE LA BASE DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DEL MINISTERIO DE LA SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2017.

TABLA N° 10: PROMEDIO MENSUAL DE CANTIDAD DE CONSULTAS EN UNIDADES DE PRONTA ATENCIÓN (UPA) SEGÚN MUNICIPIO, AÑO 2015⁶

Municipios	Nombre de la UPA	Cantidad de Consultas a UPA
JOSÉ C. PAZ	UPA 15	1.360.589
ALMIRANTE BROWN	UPA 5	407.080
AVELLANEDA	UPA 2	830.699
BERAZATEGUI	UPA 10	1.818.852
FLORENCIA VARELA	UPA 11	1.196.889
LANÚS	UPA 3	1.627.799
LOMAS DE ZAMORA	UPA 1	1.360.738
QUILMES	UPA 17	1.100.896
TRES DE FEBRERO	UPA 16	523.472
MORENO	UPA 12	259.612
HURLINGHAM	UPA 9	151.147
LA MATANZA	UPA 4 y 18	2.636.425

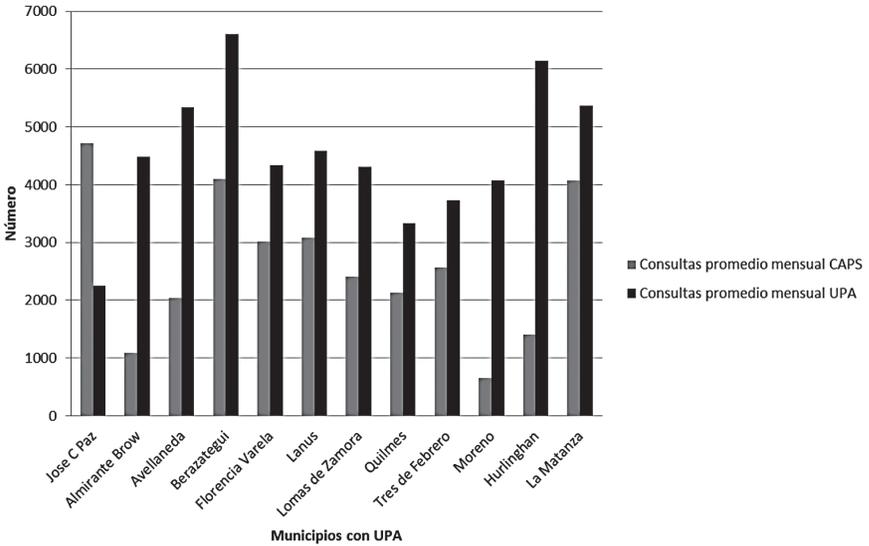
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA SOBRE LA BESA DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA Y EL CENSO 2010 DEL INDEC

En la Tabla N° 10, se observa que la UPA con mayor cantidad de consultas durante el año 2015 en su UPA es Berazategui, seguida por Hurlingham. Un dato interesante que se puso en evidencia con el análisis de la información disponible fue que las UPA, por lo general, tuvieron una mayor producción de atención de consultas que los CAPS. En algunos casos la cantidad de consultas atendidas en UPA duplicó o triplicó la respuesta de las CAPS (Gráfico N° 11) en varios Municipios (Moreno, Hurlingham, Avellaneda, Almirante Brown), esto no sólo se debió a la demanda, sino a la amplia franja horaria de 24 horas. El único caso donde un efector del primer nivel superó a una UPA fue en José C. Paz.

Finalmente, en cuanto al rol que entraron a jugar las UPAS en la coordinación de los servicios, se observa que, tradicionalmente los establecimientos de salud que pertenecen al primer nivel de atención fueron definidos en la literatura como “puerta de entrada” al sistema sanitario (en el caso de la PBA, son los CAPS), dada su capacidad para captar de manera temprana los problemas de salud de la población (Almeida et al., 2006: 90). Sin embargo,

6. En el 2015 se inauguraron 8 UPA, por ello se calculó la cantidad por mes teniendo en cuenta el momento de apertura de cada efector con el objetivo de poder comparar entre UPA y con los CAPS.

GRÁFICO N° 8: CONSULTAS ANUALES POR HABITANTE EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (CAPS) DE MUNICIPIOS CON UNIDADES DE PRONTA ATENCIÓN (UPA), AÑO 2015



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIAS SOBRE LA BASE DE LA DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN SISTEMATIZADA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2017.

en esta tesis encontramos evidencia que las UPA favorecieron la apertura de una “nueva puerta de entrada”, convirtiéndose así la utilización de los servicios de “urgencia” y “emergencia”, como un nuevo portal para el ingreso al sistema.

A MODO DE CONCLUSIÓN

La utilización del subsector público sigue siendo amplia y desde el 2010 comenzó a crecer aunque muy levemente, siendo un 40 % de la población de la Provincia la que utiliza el subsector de salud estatal. La estructura del subsector estatal se encuentra fragmentada, con hospitales que dependen de la PBA y de los municipios, mientras que de estos últimos dependen los CAPS en su totalidad. El aumento de la población no fue acompañado por el incremento en la cantidad de camas disponibles a nivel de PBA, más allá del incremento de la oferta municipal del segundo nivel. Fue en este escenario donde las UPA se desarrollaron, en un contexto donde el Gobierno Provincial promovió la conformación de nuevas institucionalidades me-

dian­te el plan de regionalización. Un total de 18 UPA fueron incorpo­radas dentro de la trama provincial hasta el año 2015.

Respecto de la oferta de programas desple­gados en simultáneo a las UPA, encontramos que estos dispositivos se orientaron a fomentar las estrategias de promoción, brindar información sobre prevención de enfermedades, y garantizar el acceso a insumos y medicamentos. En consecuencia, ningún programa buscó directamente ampliar o desarrollar los servicios de atención. No obstante la única iniciativa para el fortalecimiento de la atención, fue la creación de servicios de “urgencia” y “emergencia” brindados por el UPA.

En el periodo bajo estudio, la Provincia desarrolló diferentes instrumentos de gestión para mejorar los registros, las formas de organización de los servicios y fortalecer a los recursos humanos. Sobre el plano del financiamiento también hubo iniciativas para fortalecer los recursos.

Por otro lado, las UPA se instalaron en municipios con diferentes desarrollos de su subsector estatales salud. Si bien las UPA se insertaron en territorios muy diversos, el común denominador fue la situación de precariedad del barrio donde fueron instaladas, pero con una cercanía de vías de acceso. Las UPA se desarrollaron en municipios en promedio con peores condiciones de NBI y cobertura de obra social y plan de salud. Como se mostró en el mapa la mayoría de las UPA fueron localizadas en el sur del GBA en municipios con altos índices de NBI, pero también en municipios con menor cantidad de camas municipales y mayor presencia de hospitales de la PBA. En esta línea podemos sostener que las UPA se instalaron en municipios con una alta presencia del segundo nivel bajo la órbita provincial que garantizaba, no sólo la implementación, sino la articulación y la gobernabilidad por parte de la PBA.

El hecho que los gobiernos locales de partidos en los que se establecieron las UPA pertenecieran a la misma fuerza política que el provincial, facilitó la conformación de equipos y la articulación entre los establecimientos.

Un dato que surgió de la información disponible, fue que las UPA tuvieron una mayor producción de consultas que los CAPS. Las UPA se situaron en un espacio “intermedio” entre los hospitales y los centros de salud, coordinando diferentes situaciones y demandas, tanto con el primer, como con el segundo nivel. La organización interna consistió en una nueva forma de trabajo catalogando a los eventos mediante dos circuitos y de modo directo. La capacidad de articulación en un escenario tan complejo de servicios y de múltiples dependencias muestra que el gran desafío pasa por la coordi-

nación de los establecimientos y por el desarrollo de políticas que abonen a facilitar el tránsito de la población por los servicios públicos (municipales, provincial o nacional) para garantizar su derecho a la salud.

REFERENCIAS

Almeida C, Macinko J. (2006). Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. En: C. Almeida, J. Macinko. *Mecanismos institucionais de monitoramento e avaliação da atenção básica*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), Ministério da Saúde; 2006. (Série Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde)

Ariovich, A, Jiménez, C. (2012). *Accesibilidad a la atención de la salud en el Municipio de Malvinas Argentinas*. Los Polvorines, BS AS: UNGS.

Banco Interamericano de Desarrollo (2015): *“El Centro de Gobierno en la Provincia de Buenos Aires Diagnóstico de funcionamiento y propuestas de fortalecimiento”*. Nota Técnica: N° IDB-TN-888. Public adm., Argentina, Buenos Aires (Province). I. Alessandro, Martin. II. Lafuente, Mariano. III. Reyes, Javier A. IV. Straface, Fernando. V. Banco Interamericano de Desarrollo. División de Capacidad Institucional del Estado. VI. Serie. Recuperado el 22 de febrero del 2018 de <https://docplayer.es/45200601-El-centro-de-gobierno-en-la-provincia-de-buenos-aires.html>

Banco Mundial. (2016). Camas hospitalarias por cada 10.000 personas. Recuperada fecha 12 de Junio de 2017 en (<http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.MED.BEDS.ZS?page=2>)

Centro de estudios legales y sociales (2016). *Políticas Públicas de salud sexual y reproductiva. análisis desde una perspectiva de derechos humanos de las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de los programas de Buenos Aires y Chubut*. Buenos Aires: CELS. Recuperada 3 de septiembre de 2017 de http://www.cels.org.ar/web/wp-content/uploads/2017/04/Salud_sexual.pdf

Chiara, M. (2012). *Salud Política y Territorio en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines, BS AS: UNGS / Prometeo

Chiara, M, Di Virgilio, M, Cravino, M y Catenazzi, A. (2000). *La gestión del subsector público de salud en el nivel local. Estudios de caso en el Conurbano Bonaerense*. Colección de Investigación, Serie de informes de investigación. Los Polvorines, BS AS: UNGS.

Chiara, M, Jiménez, C. (2007). *Relaciones intergubernamentales (RIGs) y política de salud en el nivel local. El caso del subsector público en el Gran Buenos Aires*. Los Polvorines, BS AS: CLAD.

Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment, 1980. Bulletin of the World Health Organization*, II, p-p 1 Recuperada del 5 de octubre del 2017 de <https://www.scielosp.org/article/bwho/2000.v78n12/1475-1475/>

Eleições 2010: No Rio, Sérgio Cabral vota acompanhado da fam. 3 de octubre del 2010. Uol. Recuperado el 15 de noviembre del 2017 de <http://mais.uol.com.br/view/cphaa0g12x8r/eleicoes-2010-no-rio-sergio-cabral-vota-acompanhado-de-fam-04020C9A3664CC813326>

Gobierno Provincial (2011). *“Plan de regionalización. La Estrategia de Desarrollo para*

la Provincia". Recuperado el 25 de Junio de 2017 de <http://metropolitana.org.ar/wp-content/uploads/downloads/2015/06/La-estrategia-de-desarrollo-para-la-Provincia.compressed.pdf>

Governadores de Buenos Aires e Rio de Janeiro trocam experiências, 3 de octubre del 2010, Terra, Recuperado el 20 de noviembre del 2017 de <http://m.terra.com.br/noticia?n=4714712>

Ibanéz, N, Vianna, A y Granja, G. (2014). *Rede de atenção às Urgências y emergências: avaliação da implantação e desempenho das unidades de pronto atendimento (UPA)*. Rio de Janeiro: Gov de Brasil, OPS, CEALAG, CONASS.

Ley Provincial 11554/1994

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. a (2015). Unidades de Pronta Atención las 24 hrs. Informe UPA 24 hs, Buenos Aires. Recuperada 20 de noviembre de 2017 de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/comunicacion/files/2014/08/Libro-UPA-2015-5-nov.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. e (2011). Manual de codificación estadística en el 1° Primer Nivel de Atención, Seguro Público del Salud. Informe del MSP. Recuperada 20 de noviembre de 2017 de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/seguropublico/files/2012/03/Nomenclador-de-Prestaciones-Medicas-y-Obstetricas.pdf>
Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. f (2015). Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil". Informe del MSP. Recuperada 15 de noviembre de 2017 de http://www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad/pdfs/plan_operativo_reimpresion_junio2010_WEB.pdf

O'Dwyer ,G y Konder, M. (2015). As Unidades de Pronto-Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. *Revista de Saúde Coletiva*. Vol. 10(525 - 545).

Piana, S. (2014). El Plan de Regionalización de la Provincia de Buenos Aires: Una aproximación a sus presupuestos teóricos. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP, La Plata, Diciembre 2014

Tobar, F. (2000). *Herramientas para el análisis del sector salud*. Mimeo: Buenos Aires.

ENTREVISTADOS

Alto funcionario del Ministerio de salud de la Provincia, Municipio 3 de Febrero Provincia de Buenos Aires, fecha julio del 2017.

Alto funcionario del Ministerio de salud de la Provincia, Municipio de la Matanza, Provincia de Buenos Aires, fecha Noviembre del 2017.

Director de UPA, Municipio de La Matanza Provincia de Buenos Aires, fecha enero 2018

