

Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Bárbara Carnevale Mercuri

Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales.
Revisión crítica de artículos científicos acerca de la Argentina y Brasil en el
período 2005-2015

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud
del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

Leonardo Federico

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca
"Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)
This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo
Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Carnevale Mercuri, B. (2017). Gestión local de salud: intervenciones en relación a
desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de la Argentina y Brasil
en el período 2005-2015 (Tesis de Maestría) Universidad Nacional de Lanús. Departamento
de Salud Comunitaria. Disponible en <https://doi.org/10.18294/rdi.2020.175506>

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

15ª COHORTE/2012-2014

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015

MAESTRANDA

Méd. Bárbara Carnevale Mercuri

DIRECTOR

Dr. Leonardo Federico

Septiembre, 2017

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS

Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA, GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD

15ª COHORTE/2012-2014

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015

MAESTRANDA

Méd. Bárbara Carnevale Mercuri

DIRECTOR

Dr. Leonardo Federico

INTEGRANTES DEL JURADO

Dr. Diego Díaz Córdova

Mgr. Iván Ase

Mgr. Patricia Rosemberg

FECHA DE APROBACIÓN

17/7/18

CALIFICACIÓN

9 (Nueve)

Dedicado a mi familia, amigos, y a todos aquellos
quienes desde sus posibilidades trabajaron,
trabajan y trabajarán
por hacer de Latinoamérica
una patria menos desigual.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo jamás hubiera sido posible sin la invaluable contribución y el acompañamiento de mi director de tesis Leonardo Federico. También quisiera reconocer a aquellos docentes y autores quienes, en algún momento, con sus aportes sirvieron a este trabajo. Por último, un especial agradecimiento a todas/os mis compañeras/os quienes a través de sus intercambios y prácticas me ayudaron a reflexionar, y a cuestionarme, en el camino de esta tesis.

RESUMEN

El nuevo siglo comenzó con un reeditado impulso a examinar y elaborar estrategias para enfrentar las desigualdades sociales. Además, ha crecido en este tiempo la relevancia que se atribuye a las mismas en el estado de salud de las poblaciones y en el denominado proceso de salud enfermedad atención (PSEA), contribuyendo a la inequidad en salud. Se sostiene que el nivel local de salud -muchas veces llamado de Atención Primaria de la Salud (APS)-, es el más idóneo para realizar intervenciones tanto individuales, familiares como colectivas orientadas al abordaje de éstas –llamadas también en la literatura determinantes sociales-. Esto implica modificaciones en el modelo de atención, acciones comunitarias y articulaciones intersectoriales. La presente tesis se propuso revisar y analizar artículos científicos sobre intervenciones relacionadas a desigualdades sociales y gestión local de salud identificando avances, obstáculos y propuestas observadas en Argentina y Brasil en el período 2005-2015. Estudiamos documentos en formato de artículos científicos de revistas indizadas. Caracterizamos el corpus en función de su ubicación e identificación. Categorizamos los artículos en relación al contenido temático de sus contribuciones. Y por último se realizó un análisis y discusión de categorías teniendo en cuenta los ejes avances, obstáculos y propuestas. En los artículos, identificamos una notable influencia de propiedades estructurales, reglas y recursos, sobre la equidad en salud y la gestión del nivel local, así como la importancia de procesos de producción de cuidado que incluyan la acción comunitaria, el trabajo en territorio y la articulación intersectorial a fin de un abordaje adecuado de las desigualdades sociales que afectan el PSEA, siendo centrales la construcción de ciudadanía y el enfoque de derechos. A fin de reducir la inequidad en salud, también detectamos la necesidad de continuar mejorando la accesibilidad y cobertura de APS, y los mecanismos de referencia contrarreferencia.

PALABRAS CLAVES: Gestión; Nivel local de salud; Desigualdades sociales; Determinantes sociales; Atención primaria de la salud.

ABSTRACT

The new century began with a renewed impulse to examine and develop strategies to address social inequalities. In addition, the importance attributed to them in the health status of the populations and in the so-called health disease care process (HDCP), contributing to inequity in health, has grown at this time. It is argued that the local level of health -often called Primary Health Care (PHC)- is the most appropriate for performing individual, family and collective interventions aimed at addressing these -also called social determinants in the literatura-. This implies changes in the model of care, community actions and intersectoral articulations. This thesis aimed to review and analyze scientific articles on social inequalities and local health services management, identifying the advances, obstacles and proposals observed in Argentina and Brazil in the period 2005-2015. Documents in the form of scientific articles from indexed magazines were studied. The corpus was characterized according to its location and identification. The articles were categorized in relation to the thematic content of their contributions. And finally an analysis and discussion of these categories was made taking into account the axes advances, obstacles and proposals. In the articles, a notable influence of structural properties, rules and resources on health equity and local level management was identified, as well as the importance of care production processes that include community action in PHC, work in territory and intersectoral articulation in order to adequately address the social inequalities that affect the HDCP, being central the construction of citizenship and the rights approach. In order to reduce inequity in health, we also detected the need to continue improving the accessibility and coverage of PHC and the counterreferral referral mechanisms.

KEYWORDS: Management; Local health services; Social inequalities; Social determinants; Primary health care.

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. <i>Marco conceptual de Determinantes Sociales de la Salud</i> propuesto por la Organización Mundial de la Salud en 2011.....	44
Figura 2. Esquema descriptivo de la conformación del corpus documental.....	67

LISTADO DE CUADROS

Cuadro 1. Esquema (modelo) de los patrones de protección social.....	36
Cuadro 2. Orientación de la prestación de atención, modelos de atención hegemónicos y alternativos en Brasil.....	57
Cuadro 3. Cuadro descriptivo descriptivo de las combinaciones de términos utilizadas..	65
Cuadro 4. Protocolo de codificación de la categoría Estructuras: reglas y recursos.....	70
Cuadro 5. Protocolo de codificación de la categoría Procesos de producción de cuidado.....	70
Cuadro 6. Protocolo de codificación de la categoría Resultados demoepidemiológicos..	71
Cuadro 7. Metodología o diseños de investigaciones epidemiológicas cuantitativas.....	73
Cuadro 8. Ejemplos de metodologías de recolección y análisis cualitativo.....	73
Cuadro 9. Temáticas jerarquizadas en la categoría Estructuras: reglas y recursos.....	80
Cuadro 10. Temáticas jerarquizadas en categoría Procesos de producción de cuidado...	85
Cuadro 11. Temáticas jerarquizadas en categoría Resultados demoepidemiológicos.....	88
Cuadro 12. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de Argentina sobre políticas de salud, atención primaria de la salud y protección social.....	94
Cuadro 13. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de Brasil sobre políticas de salud, atención primaria de la salud y protección social.....	98
Cuadro 14. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de financiamiento, cobertura, accesibilidad y protección social.....	105
Cuadro 15. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de Argentina sobre enfoque asistencial, integralidad y adecuación a lineamientos.....	110
Cuadro 16. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de Brasil sobre enfoque asistencial, integralidad y adecuación a lineamientos.....	114
Cuadro 17. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de Modelo de atención y salud de la mujer.....	122
Cuadro 18. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de Modelo de atención y salud mental.....	127
Cuadro 19. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de intervenciones de promoción de la salud, comunitarias, intersectoriales y de participación social.....	131
Cuadro 20. Avances, obstáculos y propuestas en artículos sobre desigualdades y	

determinantes sociales de uso, acceso y cobertura del nivel local de salud.....	140
Cuadro 21. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de desigualdades y determinantes sociales en salud bucal.....	142
Cuadro 22. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de desigualdades y determinantes sociales en enfermedades transmisibles.....	146
Cuadro 23. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de Brasil en impacto en resultados demoepidemiológicos de intervenciones en desigualdades con el nivel local de salud sobre desigualdades sociales.....	150

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Indicadores demográficos, socioeconómicos y de salud de los países seleccionados durante el período de estudio (2005-2015).....	32
Tabla 2. Cambios en indicadores de igualdad y desarrollo humano en los países seleccionados entre el comienzo y el final de nuestro período de estudio.....	33
Tabla 3. Tabla descriptiva abreviada con los resultados de las búsquedas definitivas.....	66

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AC – Agentes Comunitarios

ALAMES – Asociación Latinoamericana de Medicina Social

AMS – Asistencia Médica Suplementaria

ANS – Agencia Nacional de Salud Suplementaria

APS – Atención Primaria de la Salud

BVS – Biblioteca Virtual en Salud

CAPS – Centros de Atención Primaria de la Salud

CAPS-AD – Centro de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas

CDSS – Comisión de Determinantes Sociales de Salud

CIC – Centros Integradores Comunitarios

COFESA – Comisión Federal de Salud

COFINS – Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social

CUS – Cobertura Universal de Salud

DeCS – Descriptores en Ciencias de la Salud

DS – Determinantes Sociales

EC-29 – Enmienda Constitucional 29

ESF – Estrategia de Salud Familiar

EUA – Estados Unidos de América

EVN – Esperanza de vida al nacer

GBA – Gran Buenos Aires

GOBI – *Growth control, Oral rehydration, Breastfeeding, Immunization* (Control de crecimiento, Rehidratación oral, Lactancia, Inmunizaciones)

IDH – Índice de desarrollo humano

ISAGS – Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

ITS – Infecciones de Transmisión Sexual

MeSH Term – *Medical Subject Heading Term* (Término de Encabezado de Temáticas Médicas)

MS – Medicina Social

MSAL – Ministerio de salud de la Nación

MST – Movimiento de trabajadores rurales Sin Tierra

NASF – Núcleos de Apoyo a la Salud Familiar

NBI – Necesidades Básicas Insatisfechas

NHS – *National Health Service* (Servicio Nacional de Salud)

OMS – Organización Mundial de la Salud

ONG- Organizaciones No Gubernamentales

OPS – Organización Panamericana de la Salud

PAB – Piso de Atención Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitarios de Salud

PANDELAS – Programa de Atención Personalizada y Nominal de la Salud

PBF – Programa Bolsa Familia

PBI – Producto bruto interno

PMO – Programa Médico Obligatorio

PNUD – Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo

PROFE – Programa Federal Incluir Salud

PS – Participación Social

PSF – Programa de Salud Familiar

PNUD – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

PSEA – Proceso salud enfermedad atención

SCL – Salud colectiva

ScieLO – *Scientific Library On line* (Biblioteca Científica En línea)

SILOS – Sistemas locales de salud

SUS – Sistema Único de Salud

TMC – Trastornos Mentales Comunes

TMI – Tasa de mortalidad infantil

TMM – Tasa de mortalidad materna

TL – Término Libre

UBS – Unidades Básicas de Salud

UNICEF – *United Nations International Children's Emergency Fund* (Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia)

Urban HEART – *Urban Health Equity Assesment and Response Tool* (Herramienta de Evaluación y Respuesta de Equidad en Salud Urbana)

URSS – Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas

VIH/ITS – Virus de inmunodeficiencia humana/Infecciones de Transmisión Sexual

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	16
<i>1.1. Propósito</i>	16
<i>1.2. Problema/Pregunta</i>	17
<i>1.3. Supuestos iniciales</i>	21
<i>1.4. Objetivo general</i>	22
<i>1.5. Objetivos específicos</i>	22
<i>1.6. Justificación</i>	22
1.6.1. Justificación social	22
1.6.2. Justificación académica	23
1.6.3. Justificación personal	23
2. MARCO TEÓRICO	24
<i>2.1. Marco contextual</i>	24
2.1.1. Contextualización de los servicios de salud de los países seleccionados	24
<i>2.1.1.1. Argentina</i>	24
<i>2.1.1.2. Brasil</i>	28
<i>2.2. Marco conceptual de referencia</i>	31
2.2.1. Desigualdades sociales, equidad en salud y protección social	31
2.2.2. Determinantes sociales de la salud. El intento de operacionalizar y	38
 mensurar las desigualdades sociales	
2.2.3. Gestión en salud y organización	46
2.2.4. Gestión del nivel local y atención primaria de la salud	49
2.2.5. Desigualdades sociales y gestión local de salud. Modelos de atención,	
 procesos de producción de cuidado y territorio	53
3. METODOLOGÍA	63
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	73
<i>4.1. Caracterización del corpus documental: ubicación e</i>	
<i>identificación</i>	73

4.1.1. Argentina	74
4.1.2. Brasil	75
<i>4.2. El enfoque de los artículos en relación a intervenciones orientadas a desigualdades sociales y gestión local de salud: categorización</i>	77
4.2.1. Estructuras: reglas y recursos	78
4.2.2. Procesos de producción de cuidado	83
4.2.3. Resultados demoepidemiológicos	88
<i>4.3. Análisis de avances, obstáculos y propuestas</i>	91
4.3.1. Estructuras: reglas y recursos	92
4.3.2. Procesos de producción de cuidado	108
4.3.3. Resultados demoepidemiológicos	138
<i>4.4. Síntesis</i>	152
5. CONSIDERACIONES FINALES	156
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	158
APÉNDICES	170

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Propósito

El presente trabajo busca contribuir a la construcción de un conocimiento sobre la publicación científica acerca de intervenciones relacionadas a desigualdades sociales articuladas desde la gestión local de salud en Argentina y Brasil, a través de una revisión bibliográfica en artículos científicos del campo de la salud en soporte virtual en el período 2005-2015.

Las desigualdades sociales y otros conceptos asociados, por ejemplo determinantes sociales de la salud e inequidad en salud, han ido tomando protagonismo -en las últimas décadas- en la gestión e intervenciones del equipo de salud, especialmente en el nivel local. Asimismo esto se refleja en las publicaciones científicas al respecto. Más allá de la vasta historia de la mirada social en el campo de salud, encontramos como punto de relevancia, el respaldo a los estudios en esta temática que ha dado la OMS. Entre otros hitos, en 2005 propició la conformación de una Comisión de Determinantes Sociales de Salud, generando que este debate tome cierta centralidad (OMS, 2003, 2005). Entre sus premisas ha estado la de implementar estrategias centradas en la gestión desde el nivel local de salud para abordar estas desigualdades y determinantes sociales como parte de las problemáticas del proceso salud enfermedad atención.

El nivel local de salud se ha ido configurando con gran influencia de la llamada estrategia de Atención Primaria de la Salud¹ (APS), de modo que en la actualidad se suelen utilizar como sinónimos. Teniendo en cuenta el peso de sus lineamientos originales, también en los primeros años del nuevo siglo, se ha dado un replanteo acerca de los alcances e intervenciones en este nivel de salud.

Se intentará aportar al conocimiento de las temáticas fundamentales de discusión, contribuyendo con una actualización del estado del arte, acerca de intervenciones

¹Los principales lineamientos, que definen la estrategia de APS (1978) son: incluir además del sector salud, todos los sectores relacionados con el desarrollo nacional y comunitario, englobar los cuidados esenciales orientados a los principales problemas de salud incluyendo la protección, cura y rehabilitación de acuerdo a necesidades, siendo el primer elemento de una asistencia permanente, cercana y el que permita la participación comunitaria, favorecer la referencia y acceso a otros niveles de atención (Giovannella & Magalhães de Mendonça, 2008).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

relacionadas a desigualdades sociales articuladas desde la gestión local de salud, identificables en los artículos de este período (2005-2015), y analizar críticamente avances, obstáculos y propuestas destacados en ellos, siendo los países seleccionados Argentina y Brasil, donde se viene dando un progresivo desarrollo del nivel local de salud especialmente en el subsector público.

1.2 Problema/Pregunta

El nuevo siglo comenzó con un reeditado impulso a examinar y a elaborar estrategias para enfrentar las desigualdades sociales, rescatando en gran medida la centralidad de la justicia social y la equidad. Esta búsqueda y preocupación sigue partiendo de un compromiso eminentemente político construido entre, y por presión de, ciertos sectores y/o actores sociales, con variable acompañamiento de los Estados, proceso evidenciable examinando la historia reciente (y no tanto) de esas luchas y conquistas (Therborn, 2015a; 2015b). Pero además, ha crecido en este tiempo, la relevancia que se atribuye a las desigualdades sociales, y la inequidad en salud, en el estado de salud de las poblaciones y en lo que se denomina proceso de salud enfermedad atención (PSEA)² (OMS, 2000; OMS 2003; OMS 2005, OMS 2011a; 2011b; Buss, 2008; Paim, 2008).

En el campo de la salud, esta cuestión atraviesa diversas instancias, por ejemplo, los diferentes niveles de gestión, las políticas, las intervenciones, la investigación y producción científica, etc. No obstante ello, se sostiene que el nivel local de salud -muchas veces llamado de APS-, es el más idóneo para poner en acción intervenciones y prácticas orientadas al abordaje de estas desigualdades sociales, o al menos a tenerlas en cuenta al momento de intervenir en la gestión y la atención. En este sentido, la gestión local de salud se ve comprometida por su rol en el abordaje poblacional, y por su posibilidad de trabajar con otros sectores, incluida la comunidad organizada, dentro del territorio (Campos, 2001; Buss, 2008; Paim, 2008a; Paim, 2011b; Spinelli, 2016; OMS, 2003; OMS 2005, OMS 2011; OPS, 2007).

Las desigualdades sociales, especialmente la injustas y evitables, son las que determinan en gran medida las enormes diferencias en el estado de salud dentro de las poblaciones y comunidades. Estas desigualdades, muchas de ellas estructurales, no sólo están

² El término proceso salud enfermedad atención (PSEA) que propone E. Menéndez hace referencia a “un universal que opera en toda sociedad” y que incluye tanto a los padecimientos como las respuestas a estos, como “procesos estructurales” de los grupos sociales (1994, p.71).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

originadas en cuestiones económicas, sino también políticas, étnicas, culturales, de género, educativas, geográficas, ambientales, etc. (Therborn, 2015a; 2015b). Y afectan a la salud por falta de ingresos y otros recursos, por segregación geográfica y territorial, por discriminación y marginalización, etc. Por ese motivo, se ha proclamado que para reducir estas desigualdades, y para acercarse a la equidad en salud, es preciso trabajar desde todos los sectores del Estado y de la sociedad (Wilkinson, 1997; Whitehead 2006a; 2006b; Marmot, 2013).

Mientras que, ya hace décadas desde la medicina social latinoamericana se hace énfasis en la determinación social de la salud como un nivel de determinación superior (Laurell, 1994); desde organismos internacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se propone el paradigma de los determinantes sociales de la salud, como esquema conceptual y de acción. Como veremos más adelante, sucede al igual que con APS, que los artículos científicos en salud se han volcado a utilizar mayormente los términos equidad/inequidad en salud y determinantes sociales de salud como los elegidos para tratar esta problemática (OMS, 2000; OMS 2003; OMS 2005; OMS 2011; OPS, 2007). Por otra parte, es innegable que la jerarquización del debate por parte de estas instituciones, ha promovido en el comienzo de este siglo la discusión en torno a estrategias de gestión e intervenciones que incorporen las desigualdades y determinantes sociales al abordaje de las problemáticas de salud, especialmente desde el nivel local. Como hito de esta cuestión encontramos la creación de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2005).

Con respecto al nivel local de salud, en la literatura científica de las últimas décadas, este se ve mayormente evocado a través de los términos y/o conceptos de atención primaria de la salud (APS), atención primaria, primer nivel de atención o atención básica, éste último muy utilizado en Brasil (Giovanella & Magalhães de Mendoça, 2008). En relación a su configuración dentro del campo de la salud en nuestra región, dado que la influencia de ciertas corrientes del sanitarismo y de políticas sociales en general suelen trascender fronteras nacionales, se observa que en muchos estados latinoamericanos éste ha atravesado procesos similares de reformas y modificaciones en el sector estatal, motivados muchas veces por políticas de organismos internacionales (Campos, 2001; Fleury, 2005; OMS, 2005). Esto ha alcanzado al sector salud en general, y a los modelos de protección social también. Tan es así, que estas reformas han asignado al nivel local de gestión en salud la tarea de administrar y

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

organizar mayormente este primer nivel de atención -o de APS-. Este proceso de descentralización y/o de municipalización, se ha desarrollado con ciertos avances y dificultades. En términos generales, esta transferencia de facultades, se ha dado con tensiones en la distribución de recursos económicos y de infraestructura, superposición y contradicciones en los marcos normativos y organizativos, y muchas veces con precarización laboral de los trabajadores de la salud, dificultades en la referencia a otros niveles de atención, y en el vínculo con otros niveles de gestión y sectores.

Como señalábamos, en la gestión del nivel local, el qué hacer, estuvo muy dominado por propuestas internacionales, como por ejemplo la estrategia de APS en sí, las propuestas de descentralización, los Sistemas Locales de Salud (SILOS)³ áreas programáticas, programas focales, etc. (Menéndez, 1990; Testa, 1993; Fleury, 2005; OMS, 2005).

¿Por qué hablamos de APS? Explorar el nivel local de salud implica necesariamente internarse en la historia y el devenir de la APS, ya que fue ésta estrategia la que jerarquizó y brindó lineamientos para el hasta entonces, infravalorado, subestimado y aislado nivel local de atención. La APS tiene ya casi cuarenta años de historia. Y si bien sus bases se originaron paulatinamente en las décadas previas, es a partir de 1978 con la Declaración de Alma Ata⁴ que comienza a tener entidad dentro del campo de la salud. A partir de allí la gestión de esta estrategia y/o propuesta de organización del sistema de salud y/o nivel de atención, fue adquiriendo particularidades y consolidando un cierto bagaje conceptual, aún con serias contradicciones internas. En aquellos años la APS estuvo estrechamente ligada a la Meta de Salud para Todos en el año 2000 (Testa, 1993; Giovanella & Magalhães de Mendoça, 2008; Paim, 2011b). Llegado el nuevo milenio, se comenzó a revisar la situación de la APS y a buscar nuevos enfoques, y en cierta medida renovar los antiguos -por ejemplo, la integralidad-, sosteniendo su rol en las cuestiones de desigualdades sociales y desarrollo comunitario, por ejemplo en la Declaración del Milenio (OMS, 2000; OMS, 2005; Buss & Pellegrini Filho, 2006; Paim, 2011b).

³ SILOS, fue una estrategia impulsada en gran medida por la OPS, con el objetivo de “extensión de las coberturas de salud” (Menéndez, 1990, p. 2).

⁴ La Declaración de Alma Ata (1978), fue el resultado de una Conferencia Mundial de la OMS donde se establecieron las premisas para la estrategia de Atención Primaria de la Salud, a partir de experiencias de medicina social y comunitaria previas.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

A pesar de sus particularidades, Latinoamérica no ha sido ajena, ni a las propuestas de la APS y las metas de Salud para Todos en el año 2000, ni al intento de renovación de la APS, ni tampoco al *auge* de los determinantes sociales de la salud y la equidad (Buss & Pellegrini Filho, 2006; ALAMES, 2008).

Dada la complejidad del tema, ya desde la etapa exploratoria de artículos para este trabajo, notamos como adecuada la estrategia de agruparlos en tres categorías temáticas fundamentales para estudiarlos y analizarlos críticamente. Esta categorización, llamativamente (o no), nos han remitido a una clasificación preexistente: estructuras, procesos y resultados. No es de extrañar como decíamos antes, debido a las interrelaciones que exhibe el nivel local de salud, y la problemática de las desigualdades sociales, que a una de estas categorías la llamemos *Estructuras: reglas y recursos*. En ese primer grupo ubicamos los artículos que relacionan a la gestión local de salud y las acciones con foco en las desigualdades sociales con ordenamientos institucionales diferentes al nivel local que influyen en éste a través de reglas (formales e informales) y recursos de asignación y autoridad, como factores de poder, dominación y legitimación, y que inciden en su producción y reproducción de manera dinámica (Giddens, 2006). La siguiente categoría fue denominada *Procesos de producción de cuidado*, y allí agrupamos los artículos donde se tratan temáticas en torno cuestiones relacionales y de trabajo de gestores, equipos de salud y usuarios/comunidad, las prácticas de salud, las redes, en definitiva, el modelo de atención con la perspectiva de intervención en relación a desigualdades sociales y/o en contextos de desigualdad social. En un tercer conjunto llamado *Resultados demoepidemiológicos* se incluyeron los artículos que hacen foco en asociaciones entre ciertos eventos y problemáticas del PSEA, las desigualdades sociales y el papel que juega nivel local de salud ante estas situaciones y la posibles intervenciones a realizar, en tanto que en otros se resalta el impacto de ciertas acciones de la gestión, intervenciones o abordajes desde APS, en la mejoría de ciertas desigualdades y en la equidad en salud objetivados a través de resultados demoepidemiológicos (Hartz & Vieira Da Silva, 2009; Merhy, 2006).

La indagación se llevará adelante en artículos que relacionen intervenciones articuladas desde la gestión local de salud con foco en desigualdades sociales, enriqueciendo la búsqueda con otros términos subsidiarios como inequidad, determinantes sociales de salud, atención básica, atención primaria de la salud, etc. Los países propuestos serán: Argentina y Brasil, y el período a estudiar será 2005-2015, tomando los años posteriores a la constitución

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud coincidentes también con replanteos en los lineamientos de acción del nivel local de salud. La pregunta central de este trabajo ha sido: ¿Qué avances, obstáculos y propuestas se pueden identificar en artículos de Argentina y Brasil acerca de intervenciones en gestión local de salud con relación a desigualdades sociales, en el periodo 2005-2015?

1.3 Supuestos Iniciales

En lo que atañe a la caracterización de nuestro corpus, respecto de la identificación y ubicación de los artículos, partimos desde los siguientes supuestos: las publicaciones acerca de Brasil son significativamente más numerosas en el período de estudio. El número de artículos obtenidos, según publicación por año, será mayor a medida que transcurren los años del período en ambos países. Muchos artículos coincidirán con respecto a los sitios de publicación, pudiendo ser un reflejo de cómo circula el tema en el ámbito científico. Los artículos mostrarán una amplia gama de tipos de publicaciones y estrategias metodológicas (cuantitativas y cualitativas), que se condicen con diferentes enfoques para abordar la temática.

En cuanto a las principales contribuciones respecto de las categorías de análisis jerarquizadas: estructuras, procesos y resultados; los supuestos desde los cuales partimos son los siguientes:

Los principales avances irán en relación a mejoras en los procesos de producción de cuidado (modelo de atención más volcado a intervenciones comunitarias, intersectoriales, etc.), y en los resultados demoepidemiológicos (mejorías en el PSEA a través intervenciones locales exitosas, de planes y programas interministeriales y otros enfoques de políticas sociales). Los obstáculos se relacionarán con limitaciones de las propiedades estructurales del sector salud y de protección social, asociadas a marcos normativos, regulatorios y de recursos materiales, y a las deficiencias en los procesos de producción de cuidado, intervenciones del nivel local asociadas a la gestión, y a la formación y disponibilidad de trabajadores de la salud para tal fin. Las propuestas destacarán potencialidades de la gestión local en salud para enfrentar las desigualdades sociales y mejorar resultados demoepidemiológicos, resaltando ciertos procesos y proponiendo modificaciones en la estructuración, redefiniendo las reglas y recursos.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

1.4 Objetivo General

- Analizar los principales avances, obstáculos y propuestas en relación a intervenciones desde la gestión local de salud, enfocadas en desigualdades sociales, reflejadas en artículos científicos acerca de Argentina y Brasil durante el período 2005-2015.

1.5 Objetivos Específicos

- Caracterizar los artículos científicos del corpus en función de su ubicación e identificación.

- Categorizar los artículos en relación al enfoque de las intervenciones desarrolladas -con énfasis en aspectos de Estructuras, Procesos, Resultados- desde la gestión local de salud en relación a desigualdades sociales, en función de las principales contribuciones explicitadas.

- Identificar, analizar y discutir avances, obstáculos y propuestas contenidos en los artículos en relación con los diferentes enfoques de las intervenciones desarrolladas desde la gestión local de salud con respecto a desigualdades sociales.

1.6 Justificación

1.6.1 Justificación social

La incorporación y conceptualización en torno a las desigualdades sociales es central en la gestión y el modelo de atención del nivel local, dado que es uno de los puntos donde las poblaciones toman contacto con la respuesta social organizada para enfrentarlas. Esto es así, especialmente en las instituciones estatales, al igual de lo que sucede en otros sectores como la educación, acción social, la Justicia, etc. Pero además, dentro del campo de la salud se espera, al menos desde lo conceptual, del nivel local de salud un mayor protagonismo dado su cercanía con las comunidades y la posibilidad del trabajo en territorio. Realizar una revisión bibliográfica de artículos científicos en soporte virtual sobre esta temática, nos permitirá acercarnos a la complejidad del tema, analizar y discutir acerca de qué enfoques se destacan en cuanto a intervenciones en relación a desigualdades sociales y en procura de la equidad en salud en este tipo de publicaciones referidas a nuestro país y Brasil, y conocer avances, obstáculos y propuestas resaltados, pudiendo esto contribuir a pensar intervenciones y políticas en este sentido (Campos, 2001; Fleury, 2003; Spinelli, 2004; 2016; OMS, 2008a).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

1.6.2 Justificación académica

La producción científica en salud es uno de los ámbitos donde se reflejan, además de los avances en ciencias básicas, también la circulación de conceptos, tendencias en cuanto a prácticas, discusiones en torno a políticas de salud y a la organización del campo de la salud, hallazgos epidemiológicos, etc. Dentro de campo de la salud colectiva y el sanitarismo en general, se viene sugiriendo abrir la investigación hacia las prácticas, las intervenciones en salud y los modelos de gestión y atención, como nexo entre lo conceptual, las políticas y la praxis así como su reflejo en los modelos de atención (Spinelli, 2004; Paim, 2011a;2001b). Una de las cuestiones centrales de los sistemas de atención de salud en la actualidad está dado por el rol del primer nivel de atención, tanto en la gestión local como en las intervenciones, en relación su población y a las condiciones de vida que ésta presenta. Desde este punto de vista, creemos que se justifica realizar una revisión bibliográfica de tipo cualitativo con análisis crítico de artículos científicos que aborden la temática de la gestión local de salud relacionada a las desigualdades sociales que nos permita acercar a un panorama en Argentina y Brasil, contribuyendo a producir una revisión actualizada y sin demasiados antecedentes.

1.6.3 Justificación personal

Como trabajadora de la salud del nivel local, me resulta de sumo interés estudiar, analizar y poner en discusión avances, obstáculos y propuestas en relación al tratamiento de las desigualdades sociales y la gestión local de salud desde la mirada de la producción científica. A mi parecer, explorar y poner en debate la cuestión de lo social, de las desigualdades sociales, en el ámbito de la gestión del nivel local de salud, es poner en discusión qué hacemos cuando reconocemos la incompletud o ineficacia de la mirada biomédica para abordar los PSEA de las poblaciones a cargo, y cuando asumimos que el nivel local de salud tiene un rol, algún rol, en el desarrollo de la comunidad en la que se inserta. Por otra parte, creo que me permitirá examinar diversos puntos de vista de estos países y analizar críticamente elementos que favorecen y desalientan la incorporación de esta cuestión a la gestión local de salud, y conocer otros aspectos que influyen en la equidad en salud.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco contextual

2.1.1 Contextualización de los servicios de salud de los países seleccionados

Los países elegidos para nuestro trabajo pertenecen a Latinoamérica, región que se ve delimitada no solo por cuestiones geográficas, sino también históricas, culturales, económicas, etc. En línea con esto, podríamos afirmar que algo que caracteriza a toda la región es la desigualdad social que sufren sus poblaciones, situación que muchas veces ha ido a contramano del desarrollo económico de sus países, y que parece estar condicionado por cuestiones internas y externas a la región. En cuanto al campo salud, estos presentan marcadas diferencias, aunque como veremos más adelante, presentan también ciertas características comunes.

A continuación presentaremos una serie de aspectos sobre el campo de la salud relacionados a los servicios de atención de salud de los países seleccionados haciendo foco en: cobertura, organizaciones, recursos y prestaciones en APS, que nos permitirán contar con datos contextuales para interpretar y analizar el corpus documental (Vasconcelos & Giovanella, 2008; ISAGS, 2012).

2.1.1.1 Argentina

Cobertura

En Argentina el subsistema estatal (o público) de atención en salud es universal y gratuito, por lo cual todos los habitantes del país cuentan, al menos, con esa cobertura. Sin embargo, la mayor parte de los trabajadores registrados y los jubilados y pensionados, son beneficiarios del subsector de la seguridad social (obras sociales) o del subsector privado. En el año 2014, el porcentaje de población nacional que contaba sólo con cobertura pública de salud era del 36% a nivel país, con un máximo en Chaco (57, 9%) y un mínimo en Santa Cruz (16,9%) (MSAL, 2014); es decir que el 64% contaba, o con obra social (46%) o con cobertura privada (16%). La amplia mayoría de los usuarios del subsector público son trabajadores no registrados, desocupados y personas inactivas sin capacidad adquisitiva. Por otra parte, dado que está regido por el principio de universalidad, una cantidad variable de ciudadanos con otras coberturas solicitan algún tipo de atención directa del mismo (Vasconcelos & Giovanella, 2008; ISAGS, 2012). A partir del año 2016 se ha propuesto

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

implementar una Cobertura Universal de Salud (CUS). Aún se desconocen los alcances de la implementación.

Con respecto a la cobertura prestacional, desde 1996 existe el Programa Médico Obligatorio (PMO), que representa una canasta mínima básica que los prestadores deberían brindar. Sin embargo, sólo las obras sociales nacionales y las empresas de medicina privada, están alcanzados por la obligación. Mientras que las obras sociales provinciales responden a legislaciones provinciales. Y entre quienes cuentan sólo con cobertura pública, los únicos que tienen cierta garantía de cobertura son los beneficiarios del Programa Federal Incluir Salud (PROFE) y los del Plan Nacer. El PMO incluye tanto prestaciones asistenciales como de acceso a medicamentos (ISAGS, 2012).

Organizaciones

En la Argentina el derecho de los ciudadanos a la salud, está establecido en la Constitución Nacional de 1994, en el art. 75 Inc. 22. Por otra parte, la organización de la asistencia en salud en Argentina funciona en tres subsectores diferenciados: el subsector público, el subsector de la seguridad social y el subsector privado. Si bien el Ministerio de Salud de la Nación, dependiente del Poder Ejecutivo Nacional, tiene el rol de planificación general del sector y trabaja en coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales, la salud es una competencia no delegada a la esfera nacional, por lo que la prestación directa de servicios públicos de salud depende del nivel provincial y municipal. El nivel nacional se ocupa del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones y sus competencias son de regulación, fiscalización, información y prevención. Además existe un Consejo Federal de Salud (COFESA), para la articulación de las autoridades nacionales de salud con las autoridades provinciales. Por otra parte las provincias cuentan con un marco regulatorio provincial propio que orienta las políticas públicas de cada una, y la gestión es compartida entre los ministerios o secretarías de salud provinciales y las secretarías de salud municipales (existen más de 2.200 municipios) (ISAGS, 2012).

El subsector de la seguridad social está conformado por un gran número de mutuales y cajas de seguridad social, en general asociada al gremio o sindicato del trabajador. Se calcula que hay 298 obras sociales nacionales y 24 provinciales. También se incluye en este sector al Instituto Nacional de Seguridad Social de Jubilados y Pensionados, que es la obra social más

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

importante del país.

El subsector privado se encuentra integrado por una serie de empresas de medicina prepaga -serían alrededor de 250-, de afiliación voluntaria, y por una gran oferta de prestadores particulares. También se incluyen en este subsector todos los consultorios particulares que son subcontratados, o abonados de manera directa por los usuarios (ISAGS, 2012).

Las entidades registradas en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, obras sociales y prepagas, son controladas y reguladas por la Superintendencia de Servicios de Salud, creada en 1996 (ISAGS, 2012).

Recursos

El subsector público es financiado a través de los ingresos por rentas generales y algunos créditos internacionales. Si bien todos los ciudadanos que se encuentren en suelo argentino tienen derecho a ser atendidos de manera gratuita y directa en el subsector público, la amplia mayoría de los usuarios del mismo son habitantes que no tienen otra cobertura. Gran parte de los recursos económicos para el funcionamiento de los efectores es financiado por las provincias, mientras que el nivel nacional transfiere recursos (económicos, servicios médicos, capacitación, insumos, etc.) a través de programas y planes. El conjunto de efectores es de hospitales nacionales y provinciales, y hospitales y centros de salud de los municipios (ISAGS, 2012).

Con respecto a las obras sociales, todas se financian a través de aportes de los trabajadores registrados formalmente y de aportes patronales, incluso del Estado en caso de ser empleador. Sólo son beneficiarios de este subsector, y exclusivamente de la obra social a la que están afiliados, quienes poseen algún tipo de empleo registrado y sus familiares directos. Si bien cuentan con algunos efectores propios, la atención es brindada en gran medida por prestadores privados subcontratados (ISAGS, 2012).

En cuanto al sector privado, en algunos casos el financiamiento proviene de la derivación de aportes de obras sociales (a partir de la ley de desregulación de las obras sociales) y otras veces son directamente contratadas voluntariamente como medicina prepaga, o como consultas privadas. También cuentan con efectores propios y subcontratados (ISAGS, 2012).

En algunas ocasiones efectores del sector privado son contratados por el subsector

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

público y/o de la seguridad social. Así como el subsector público está habilitado a facturarle las prestaciones al subsector al que esté afiliado un usuario que cuente con otra cobertura no pública.

En el año 2008, el porcentaje de PBI destinado a salud fue del 7,4%, mientras que se calcula que el 42% correspondió a gasto privado en salud, incluyendo el gasto de bolsillo en medicamentos, etc. que suele rondar el 30% del gasto en salud (ISAGS, 2012).

Prestaciones en APS

Dada la autonomía de las jurisdicciones y la fragmentación en subsectores, la política de APS es aplicada básicamente por efectores públicos. Los efectores locales de salud son llamados genéricamente centros de atención primaria de la salud (CAPS), aunque tienen diversas denominaciones. Tanto los CAPS como los hospitales públicos funcionan como puerta de entrada. Los CAPS de la red pública son 7.532 y a eso se suman 600 Centros Integradores Comunitarios (CIC). Los CAPS suelen contar con médicos generalistas o de familia, pediatras, ginecólogos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y/o psicopedagogos, y en ocasiones odontólogos y agentes comunitarios (Giovanella, 2015).

La contribución del Ministerio de Salud de la Nación, a fin de favorecer la equidad interjurisdiccional, en relación a los efectores del nivel local de salud, se viene dando a través de diversos programas para favorecer el acceso a los medicamentos esenciales e insumos (*Remediar+Redes*⁵, *Programa de Salud Sexual*), provisión complementaria de leche, provisión de vacunas (*Programa de Inmunizaciones*), servicios médicos y capacitación de trabajadores en Salud Social y Comunitaria (*Programa de Médicos Comunitarios*), y diversas medidas para ampliar el acceso a servicios de salud y reducir inequidades entre jurisdicciones (*Plan Federal de Salud, Plan Nacer, Programa de Fortalecimiento de la APS*, etc.) (Giovanella, 2015).

Se calcula que el gasto público en atención primaria representa un 24% del gasto público en salud. Dentro del mismo, el 61% lo aportan los gobiernos municipales, seguidos por las provincias, con un 25%, y el tesoro nacional, que aporta aproximadamente el 16% al financiamiento de la APS (Giovanella, 2015).

⁵ Remediar: programa de entrega gratuita de medicamentos exclusivamente en centros de atención primaria de toda Argentina.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Existen ciertas políticas tendientes al trabajo intersectorial y la participación social. Un ejemplo de esto es la creación del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, el *Programa Interministerial de Salud Mental* y el *Programa de Formación de facilitadoras y facilitadores en salud comunitaria*. Esto se ve plasmado en gran medida en los centros integradores comunitarios (CIC), donde convergen acciones de diferentes ministerios, y se promueve la participación a través de consejos locales y se articula con organizaciones de la comunidad. En el territorio local se dan otras instancias de participación entre equipo de salud y comunidad, muchas de estas no son a través de programas formales. La interculturalidad en salud se aborda desde planes y programas específicos para población originaria (Giovanella, 2015).

2.1.1.2 Brasil

Cobertura

En Brasil la cobertura estatal (Sistema Único de Salud o SUS) de atención en salud es universal y gratuita. Por otra parte, la población de mayores ingresos recurre en general al subsector privado. El porcentaje de población nacional con cobertura privada es del 25% y a esto se suman ciertos servicios a los que se accede por desembolsos directos de bolsillo (Vasconcelos & Giovanella, 2008; ISAGS, 2012).

Con respecto a la cobertura prestacional del SUS, ésta es universal con atención integral (de la atención básica hasta la alta complejidad, como trasplantes de órganos) (ISAGS, 2012).

Organizaciones

Luego del retorno de la democracia en 1985, gracias a la presión de movimientos sociales y sanitarios, se logró incorporar a través de la nueva Constitución (1988) en sus artículos 196 a 200, y a una serie de leyes (por ejemplo, Ley N° 8080/90 y 8142/90), las bases para reformar el sistema de salud. A partir de allí se creó el SUS, público y gratuito, con el objetivo de mejorar el acceso y las prestaciones; y quedó otro sector de Asistencia Médica Suplementaria (AMS), que incluye los seguros privados de salud, las cooperativas médicas, los planes cooperativos de empresas o sindicatos y los planes médicos privados (Paim, 2011a).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

El territorio de Brasil se encuentra dividido en 26 estados más un Distrito Federal y cuenta con 5.564 municipios. El SUS, presenta tres niveles de gestión – la Unión (o Estado federal), con el Ministerio de Salud, los 26 estados y los 5.564 municipios con sus correspondientes secretarías de salud y consejos de salud, todos con responsabilidades de gestión en salud. La concertación entre los diferentes niveles ocurre en la Comisión Intergestores Tripartita en nivel nacional y en Comisiones Intergestores Bipartitas en los estados (ISAGS, 2012).

La Ley 8142/1990 define que las instancias de participación social son los consejos y las conferencias de salud. Las conferencias de salud se realizan cada 4 años y cuentan con la representación de diversos sectores de la sociedad. Tienen como objetivo evaluar la situación de salud y proponer las directrices para la formulación de la política de salud en los niveles municipal, estatal y nacional. Los consejos de salud son permanentes. Son órganos compuestos por representantes del gobierno, prestadores de servicios, profesionales de la salud y usuarios. Actúan en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de la política de salud en la esfera correspondiente, incluso en los aspectos económicos y financieros del sistema. En todos los 26 estados funcionan consejos de salud y en las más de 5.500 municipalidades están instalados consejos municipales de salud (ISAGS, 2012).

El sector privado está constituido por operadoras de planes y seguros privados de salud prepagos. Los seguros y planes privados de salud en Brasil se rigen por la Agencia Nacional de Salud Suplementar (ANS) vinculada al Ministerio de Salud, para regulación, control e inspección (ISAGS, 2012).

Recursos

Los gastos totales en salud como proporción del PBI en 2008 fueron de 8,4%. La financiación pública en salud es 3,67% del PBI. Es decir que, un 56% corresponde a gastos privados y 44% a gastos públicos en salud. El SUS se financia por las tres esferas de gobierno. El Estado Federal cubre 44,8% de los gastos con acciones y servicios de salud, los estados 25,6% y los municipios 29,6% (2008). Las fuentes de financiación federal son aportes sociales, tales como la Contribución para el Financiamiento de la Seguridad Social (COFINS) (35%), y otros impuestos como Contribución sobre el Lucro Líquido de las empresas (35%) y fuentes fiscales (20%). La estructura de financiamiento de la salud está regida por la Enmienda Constitucional (EC) 29. Esta define que los estados deben destinar a

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

la salud, por lo menos, un 12% de los impuestos propios recaudados y los municipios un 15%. En lo que se refiere al Gobierno Federal, la EC 29 definió que deberá destinar a la salud el monto aplicado el año anterior, corregido por la variación nominal del producto bruto interno (ISAGS, 2012).

El SUS tiene servicios públicos propios y contrata parte de los servicios privados especializados y hospitalarios. La atención primaria, denominada en Brasil atención básica, prestada en unidades básicas, centros de salud y unidades de salud de la familia, es una responsabilidad de los municipios, que deben organizarse regionalmente con apoyo de los estados para garantizar el acceso a los servicios secundarios y terciarios.

La red hospitalaria atiende a pacientes del SUS, a los beneficiarios de planes privados de salud y a los pacientes particulares con pago directo (ISAGS, 2012).

Prestaciones en APS

Como decíamos en Brasil, la estrategia de atención primaria de la salud es llevada adelante por la *atención básica* así denominada en los años 80 para diferenciarla de la APS selectiva que estaba en auge en aquellos momentos. La atención básica es brindada exclusivamente por el SUS, sin desembolso directo de la población y se ha ido fortaleciendo a los largo de los años a través de diversos programas y normativas. Dos programas claves en su desarrollo han sido el programa de agentes comunitarios (PACS) y el *Plan de Salud Familiar* (PSF) -que luego pasó a llamarse Estrategia de Salud Familiar (ESF)-, ambos con el objetivo de garantizar el acceso a la atención con un equipo de salud orientado y formado con los principios de la atención primaria (universalidad, equidad, integralidad, longitudinalidad, etc.). Al igual que en otros países se ha dado un proceso de municipalización de los efectores, aunque desde el nivel central se ha destinado financiamiento directo para los mismos a través del PAB⁶ fijo y PAB variable (Paim, 2011b). Si bien el nivel central (federal) brinda uniformidad, coordinación y gran parte del financiamiento, cada nivel administrativo tiene un rol en salud y cuenta con un Consejo de Salud donde participan representantes del gobierno y de la sociedad. El nivel municipal se encarga de organizar la atención básica y el segundo nivel. Otro mecanismo de participación son las Conferencias de Salud, que también se dan en los diferentes niveles a fin de proponer directrices y se eligen representantes para la

⁶ PAB: Piso de Atención Básica. Programa de transferencia de fondos federales hacia los municipios para la atención básica de salud.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Conferencia Nacional de Salud (Fleury, 2003b).

Se ha trabajado en la regionalización, y los equipos de salud abordan la población según su base territorial. Para el año 2011 existían 32.029 equipos de salud de la familia implantados, 246.976 agentes comunitarios de salud y 1.429 Núcleos de Apoyo a la Salud Familiar (NASF) distribuidos por todo el territorio nacional. La Estrategia Salud de la Familia (ESF) también incorporó la salud bucal, la salud mental, y el trabajo intersectorial para intervenir sobre los determinantes de salud locales y promover la salud (ISAGS, 2012).

Por otra parte, si bien se han hecho esfuerzos aún es limitada la referencia a otros niveles de atención (Giovanella & Magalhães de Mendonça, 2008).

2.2 Marco conceptual de referencia

2.2.1 Desigualdades sociales, equidad en salud y protección social

Las desigualdades sociales, no dejan de ser diferencias socialmente construidas contrarias a la dignidad y a los derechos humanos que generan, no sólo desde lo económico, enfermedad, discriminación, estrés, sufrimiento y muerte. Con respecto a Latinoamérica, si bien la más grave es la desigualdad de recursos, existen otras dimensiones importantes. Tomando una clasificación donde existirían al menos tres dimensiones en la desigualdad social, una dimensión vital que se percibe en las diferencias en esperanza de vida y otros indicadores de salud, otra dimensión existencial que se pone de manifiesto en el racismo, el sexismo, la xenofobia, la homofobia, etc., y finalmente otra, la desigualdad por recursos, que no sólo es por ingreso, sino también por la educación, las relaciones sociales, la riqueza y el poder político, y otros como la vivienda, el empleo, el medio ambiente saneado, podremos observar la complejidad del tema. Estas desigualdades, claramente interactúan y se refuerzan, y se reproducen, mediante mecanismos que dificultan su superación (Therborn, 2015a; 2015b).

Por otra parte, consideramos difícil, y quizás innecesario a esta altura, definir que sería la igualdad social. Sin embargo, es claro que a lo largo de la historia se han llevado adelante luchas en los tres aspectos antes citados que han permitido, en determinados tiempos y espacios, lograr avances. Aún en nuestra región, Latinoamérica, ha habido ciertas mejoras tanto en la distribución recursos económicos, educativos, como en igualación y garantía de derechos de diversidad sexual, pueblos originarios, de género, etc., así como la promoción del empoderamiento y la democratización. En relación a eso, debemos remarcar que no ha sido si

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

no a través de las luchas de los diversos sectores (movimientos sociales, grupos de activistas, sindicatos, comunidades) y el variable compromiso político de quienes llegaron a los diferentes niveles de gobierno -especialmente nacionales-, que esto ha sucedido. Es importante tener en cuenta que lamentablemente estas conquistas pueden no ser irreversibles, como ya se ha visto en otras épocas (Therborn, 2015a).

Como venimos afirmando estas desigualdades sociales impactan en el PSEA, siendo esto muy notorio en las comunidades menos favorecidas de la región. Y como veremos más adelante, esto también se traduce en el acceso y la atención de salud que reciben estas poblaciones (Spinelli, 2010). Por otra parte, debemos resaltar que muchas veces los indicadores a nivel región o a nivel país, esconden en el promedio, situaciones en territorios y comunidades realmente penosas y trágicas que se dan simultáneamente -y no necesariamente a grandes distancias geográficas- con realidades de bienestar y calidad de vida similares a países europeos, incluso escandinavos (Therborn, 2015a).

Tabla 1. Indicadores demográficos, socioeconómicos y de salud de los países seleccionados durante nuestro período de estudio (2005-2015).

Indicador	Argentina	Brasil
Población total -2014 (en millones)	41,8	202
Coefficiente de Gini – 2010	0,50	0,57
IDH – 2014	0,836	0,755
PBI per cápita – 2014 (u\$S)	22050	15175
Gasto total en salud - 2008 (% del PBI)	7,4	8,4
Gasto público - 2008 (% del gasto total)	57,3	44
TMI - 2013 (por 1000 nacidos vivos)	11,9	12,3
EVN -2014	76,3	74,5

Fuente: Extraído y modificado de ISAGS, 2012; PNUD, 2015 y OCDE, 2016.

IDH=Índice de Desarrollo Humano

PBI= Producto Bruto Interno.

TMI=Tasa de Mortalidad Infantil.

EVN=Esperanza de Vida al Nacer.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

En la Tabla 1 presentamos una serie de indicadores por país, representativos del período que seleccionamos para nuestra revisión (2005-2015). Los países seleccionados presentan un coeficiente de Gini (desigualdad por ingresos) de intermedio a elevado -se considera elevado a mayor de 0,5-. Esto nos demuestra la marcada desigualdad social, en relación a este indicador por ingresos, que al día de la fecha persiste, en los países en estudio. A pesar de esto, el promedio de Índice de Desarrollo Humano (entre alto y muy alto), y otros indicadores asociados, como tasa de mortalidad infantil (TMI) o esperanza de vida al nacer (EVN), muestran un perfil de países en desarrollo en situación intermedia. Esta tabla se completa con el gasto porcentual del PBI en salud y el porcentaje de gasto público en salud, dos relevantes elementos que contribuyen a entender, qué rol juega el campo de la salud en relación a las políticas de Estado y a la asignación de recursos, y cómo estaría esto influyendo en el estado de salud de su población en contextos de desigualdad social.

Con respecto a las mejoras en indicadores de igualdad y desarrollo en relación al período en cuestión, el coeficiente de Gini mejoró en Argentina pasando de 0,53 en 1999 a 0,50 en 2010, en Brasil pasando de 0,63 a 0,57. Cabe destacar que el Coeficiente de Gini señala mayor igualdad por ingresos cuanto más se acerca su valor a 0 (ver Tabla 2) (ISAGS, 2012).

Tabla 2. Cambios en indicadores de igualdad y desarrollo humano en los países seleccionados entre el comienzo y el final de nuestro período de estudio.

País	C. Gini 1999	C. Gini 2010	IDH 2000	IDH 2014
Argentina	0,53	0,50	0,75	0,83
Brasil	0,63	0,57	0,68	0,75

Fuente: elaboración propia a partir de datos de ISAGS, 2012 y PNUD, 2015.

IDH=Índice de Desarrollo Humano

C. de Gini= Coeficiente de Gini

En cuanto a la tendencia del IDH entre 2000 y 2014, años que coinciden en gran medida con el período seleccionado, en ambos casos mejoró, pasando de 0,75 en Argentina a 0,83, de 0,68 en Brasil a 0,75. En el caso de IDH, los valores están segmentados cuanto más se acerca su valor a 1 más desarrollo hay en los componentes del indicador, y a su vez los países con IDH mayor a 0,80 presentan un desarrollo humano muy alto, y entre 0,70 y 0,80 alto (ver Tabla 2) (PNUD, 2015).

Las desigualdades sociales nos convocan, como decíamos antes, porque conllevan a diferencias en el estado de salud y en el PSEA (Menéndez, 1994; Testa, 1995; 2007; Spinelli, 2016). Este señalamiento se ha hecho tanto dentro, como fuera del campo de la salud. Tan es

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

así, que ha surgido también con fuerza el término equidad en salud. Sin embargo, así como sucede con APS, existe una polisemia en el concepto equidad en salud. Por un lado tenemos definiciones clásicas como la de la OMS (2011a)

...la ausencia de diferencias en la salud que no solo son innecesarias y evitables, sino que también se consideran injustas. La equidad en salud no implica que todas las personas deban tener resultados de salud idénticos; sin embargo, supone que todos los grupos de la población deben contar con igualdad de oportunidades en salud y, en consecuencia, que no haya diferencias sistemáticas en el estado de salud entre los grupos. (p. 44)

Pero por otra parte, un análisis más profundo, nos conduce a pensar que la equidad en salud está tan estrechamente vinculada a diferentes instancias, por ejemplo la estructuración⁷ y el funcionamiento del Estado y la sociedad, las condiciones de vida, las políticas de salud, el financiamiento, la gestión de los diferentes niveles, la prestación de servicios, los modelos de atención, la participación de la comunidad organizada, etc.; que no es extraño que en relación a la equidad existan matices en las propuestas e intervenciones. Por lo cual es recomendable examinar en relación a qué principios se encuentra ligado el concepto de equidad en salud al que nos referimos en nuestro texto. Señalan Spinelli *et al.* (2004):

..., la distribución de asistencia sanitaria puede atender al logro de una igualdad en los resultados de salud para los distintos grupos o clases sociales pero según sus necesidades heterogéneas y diferenciales, donde se volverá indispensable trabajar también sobre las condiciones sociales que generan dichos resultados. En este sentido la equidad deja de ser un objetivo en sí mismo, para insertarse en el contexto más amplio de búsqueda de justicia social donde el problema del poder pasa a constituir una variable central. (p. 256)

Otros autores que han tomado estos dos conceptos, desigualdad y equidad, para la discusión son Vieira y Almeida Filho (2009):

Las desigualdades en salud pueden ser interpretadas como resultado de diferentes formas de tratar a individuos que pertenecen a categorías esenciales o grupos sociales. Mientras que equidad en salud puede ser interpretada como el resultado de políticas que tratan a individuos que no son iguales, de manera diferente. En ese sentido, “equidad” e “inequidad” corresponden a conceptos relacionados con la práctica de justicia y con la intencionalidad de las políticas sociales y de los sistemas sociales. (p. 221)⁸

En cuanto al criterio de justicia social al que hacemos referencia, es fácilmente relacionable con la equidad en salud, ya que no es otra cosa que legitimar el derecho

⁷ Para Giddens, estructuración sería “la articulación de relaciones sociales por un tiempo y un espacio, en virtud de la dualidad de estructura” (2006, p. 396).

⁸ Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

ciudadano de todos a acceder a sus necesidades. En un contexto de gran desigualdad como puede ser el de América Latina, esto es de gran relevancia porque implica reconocer el derecho a una vasta serie de cuestiones a las que una porción de la población, los excluidos y/o marginados, no acceden.

Para entender esta dificultad, pero a la vez comprender su relevancia, debemos profundizar en ciertos aspectos de las reformas estatales y los patrones de protección social - que incluyen al sector salud- de la región. Las reformas estatales más profundas de los últimos años, se han dado especialmente en los años 80 y 90 del siglo XX, con una perspectiva liberal de eficiencia y reducción del gasto público. También buscaron modificar el rol del Estado, generando en el sector salud, un desplazamiento de la relevancia institucional del nivel central al local, y del sector público al privado (Fleury, 2005). Estas reformas en el Estado, han afectado desde lo normativo legal, lo administrativo y los servicios todas las políticas sociales y esto se traduce en diferentes patrones de protección social.

Los patrones de protección social:

...son los sistemas de organización y las modalidades de gestión de las políticas sociales. Estas organizaciones pueden ser analizadas por su patrón de gastos, cobertura o beneficios concedidos, pero también pueden y deben ser evaluadas por los resultados de su actuación, que se expresan en los indicadores sociales. [...] a partir de los modelos de protección y, más generalmente, de las políticas sociales se está, constantemente, rediseñando la composición de la estructura social en términos de la distribución de poder y de recursos. En ella, además de los elementos ideológicos y valorativos que están en la base de los sistemas, se señalan los elementos organizativos e institucionales... (Fleury, 2005, p. 108)

A continuación en el Cuadro 1, se ponen de manifiesto los diversos rasgos que caracterizan a los tres modelos de patrones de protección social propuestos, que como decíamos anteriormente no son otra cosa que la respuesta social organizada a las necesidades básicas de los seres humanos que conforman la sociedad.

Si bien no existen modalidades puras de estos patrones en la realidad, siempre existe(n) modelo(s) hegemónico(s) que coexisten con otros. Y como señalábamos previamente, el modelo que se basa en la justicia social, es aquel donde todos los ciudadanos tienen derecho universal e igualitario al acceso a un piso mínimo, de acuerdo a sus necesidades, independientemente de su condición laboral e ingreso, que genera una redistribución a través de políticas sociales. Este modelo denominado de *seguridad social* tiene como referencia al sistema de salud de Inglaterra (Beveridge) (Cuadro 1) (Fleury, 2005).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Cuadro 1. Esquema (modelo) de los patrones de protección social.

Rasgos / modalidad	Asistencia	Seguro	Seguridad
Denominaciones	Residual	Meritocrático	Institucional
Principio	Caridad	Solidaridad	Justicia
Efecto	Discriminación	Manutención	Redistribución
Status	Descalificación	Privilegio	Derecho
Finanzas	Donaciones	Porcentaje salarial	Presupuesto
Cobertura	Focal	Ocupacional	Universal
Beneficio	Bienes/servicios.	Proporción salario	Mínimo vital
Acceso	Prueba de medios	Afiliación	Necesidad
Administración	Filantropía	Corporativa	Pública
Referencia	Poor laws	Bismark	Beveridge
Ciudadanía	Invertida	Regulada	Universal

Fuente: Extraído y modificado de Fleury, 2005.

Con los aspectos contextuales y conceptuales señalados hasta el momento, podemos afirmar que existen ciertas características de la protección social y la atención en salud, que en diferente medida son comunes a los países seleccionados, y a otros de Latinoamérica. Muchas de éstas, como decíamos antes, están relacionadas a las reformas estatales que han atravesado:

- Por diversos mecanismos se da una segregación y/o exclusión de grupos poblacionales en estratos de servicios y/o atención. Esto se da en gran medida por la diferente capacidad de contribuir directa o indirectamente.

- Las políticas sociales se encuentran fragmentadas en diversas instituciones, por ejemplo seguridad social y ministerio de salud.

- El financiamiento depende en gran medida de los aportes por salarios, y una proporción estatal estrecha (en relación al total Salud y al total PBI país). La estructura impositiva regresiva dificulta ampliar la base de financiamiento a partir de la recaudación tributaria.

- La mayoría de los servicios están concentrados en pocos centros poblacionales en cada país.

- Existe un énfasis en atención curativa, en detrimento de prácticas preventivas y comunitarias/colectivas de salud pública.

- No existe ningún país que tenga un modelo puro de protección social. La

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

coexistencia de sectores afiliados a seguros sociales o privados contradice la dinámica de la organización territorial y articulada, y dificulta la perspectiva colectiva y preventivo-promocional (Fleury, 2003b; Fleury, 2005; ISAGS, 2012).

Por lo tanto, es necesario tener en cuenta estas cuestiones al momento de pensar un nivel local de salud desde una perspectiva integral, como parte de esta respuesta de protección social organizada, y donde se incorpore la idea de desigualdades sociales y equidad en salud con un eje en la justicia social, donde será necesaria también la articulación intersectorial y comunitaria.

Nuestros estudios nos llevan a concebir la inclusión a partir de un continuo de desarrollo de la ciudadanía, que va desde la mera capacidad de manutención y de reproducción biológica a la emancipación, pasando por el marco de la regulación o la garantía estatal de los derechos de la ciudadanía. Pero nuestro reto actual es pensar la inclusión desde la perspectiva del desarrollo de los sujetos políticos, la alteración de las estructuras y de la distribución del poder y de la transformación de la institucionalidad del Estado... (Fleury, 2005, p. 117)

Antes de pasar al siguiente apartado quisiéramos incorporar a la discusión de los modelos de protección social y equidad, el concepto de estructuras, o estructuración propuesto por Giddens, puesto que entendemos desde lo conceptual que es por esta vía que se relacionan protección social con gestión local de salud en relación al abordaje de las desigualdades sociales. Con respecto a la definición de estructuras para Giddens

Conjuntos de reglas-recursos que intervienen en el ordenamiento institucional de sistemas sociales. Estudiar estructuras, incluidos los principios estructurales, es estudiar aspectos capitales de las relaciones de transformación/mediación que influyen sobre una integración social y sistémica. (Giddens, 2006, p.396)

En ese sentido, consideramos que tanto las reglas (legislación, derechos, políticas, reglas de hecho) como los recursos de asignación y autoridad (financiamiento, cobertura, insumos, programas, etc) relacionados al modelo y políticas de protección social (incluyendo la salud) de los países en cuestión, deben ser tomados en cuenta para conocer y analizar avances, obstáculos y propuestas, ya que en general dependen del nivel central pero influyen notoriamente en la gestión local. Y de este análisis debe formar parte también la perspectiva de equidad en cada intervención (Laurell, 2008).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

2.2.2 Determinantes sociales de la salud. El intento de operacionalizar y mensurar las desigualdades sociales

Si quisiéramos marcar el primer hito de la *determinación social de la salud*, similar a como hoy la entendemos, existe consenso de que fue en el siglo XIX cuando se empezó a remarcar la importancia de las condiciones de vida y el medio ambiente en los eventos de salud y enfermedad de las poblaciones. Autores como Virchow, Engels, Frank, quizás por ser pioneros en interpretar los impactos en salud que el sistema de producción capitalista estaba generando en sus sociedades, remarcaron en sus escritos observaciones y teorizaciones que han contribuido a los cimientos de la salud pública moderna. Y si bien el interés sobre las condiciones de vida quedó relegado, con el advenimiento de los trabajos con microscopio y el descubrimiento de los gérmenes como causantes necesarios de muchas patologías, el tiempo no ha dejado de confirmar su relevancia. Basta con citar estudios retrospectivos, como los de McKeown que ratifican tardíamente el impacto positivo de los mejoramientos en acceso a alimentos y condiciones de vida sobre la salud de las poblaciones europeas hacia fines de siglo XIX (Giovanella & Magalhães de Mendonça, 2008). Esta confirmación, desde el punto de vista científico, demoró décadas en llegar. Y es así como buena parte del siglo XX, los esfuerzos en salud pública continuaron abocados a las ciencias básicas y a la microbiología (Spinelli *et al.*, 2004). Desde los discursos oficiales lo social quedó en general disociado de la salud, y los intentos por realizar análisis que los relacionen fueron subalternizados y tildados de ideológicos.

En la actualidad para la OMS (2011a), determinantes sociales de la salud

...son las condiciones en las que la gente nace, vive, trabaja y envejece, incluido el sistema de salud. Estas circunstancias están moldeadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos en los niveles local, nacional y mundial, sobre los cuales influyen las decisiones políticas. (p. 44)

Sin embargo, fue un largo camino el recorrido hasta llegar a esa definición. Entre los antecedentes, durante la primera mitad del siglo XX, se destaca la figura Henry Sigerist, médico e historiador francés que se dedicó a explorar la historia y sociología de la medicina en diversos continentes, incluso en la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). Sigerist, llevó adelante una ferviente defensa de un sistema de salud *socializado*, financiado y organizado por el Estado, destacando el rol de la promoción y prevención en el mantenimiento de la salud, y de la importancia de contar con un seguro universal contra la enfermedad para garantizar el bienestar de toda la población (Fee, 1996). Lamentablemente,

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

fue en Estados Unidos, país donde desarrolló gran parte de su carrera, donde debió enfrentar el ataque más fuerte de corporaciones médicas, farmacéuticas y de ciertos sectores de la política, que justamente se oponían a la posibilidad de un sistema de atención médica igualitario regulado por el Estado (Fee, 1996). Dejó como legado numerosas obras recopilando conocimientos y experiencias, y antes de fallecer en 1957, pasó algunos años en Suiza, donde colaboró con la recientemente fundada Organización Mundial de la Salud (OMS) (Duarte Nunes, 1992). El de Sigerist, es uno de los tantos ejemplos que podemos citar para afirmar que, al menos en el ámbito del sanitarismo, nunca se desconoció la asociación entre condiciones de vida, acceso igualitario a la atención médica y salud. Su historia también, deja entrever algunos motivos por los que, por muchos años, no fue jerarquizada la relevancia de esta relación.

Dentro del sanitarismo estas ideas de conexión entre la salud y lo social, fueron relacionados con la *medicina social*, a continuación citamos un fragmento de Arouca, a modo de descripción/definición, extraída de su tesis de 1976, *El dilema preventivista*.

La medicina social nace, entonces de dos tendencias; la primera proveniente de su origen en el siglo XIX, con un movimiento de modificación de la medicina vinculado al propio cambio de la sociedad, o asumiendo solamente la modificación de la medicina a través de un cambio institucional como sucedió en la reciente medicina social inglesa; la segunda es el intento de redefinir la posición y el lugar de los objetos dentro de la medicina, de realizar delimitaciones conceptuales, cuestionar los marcos teóricos, en síntesis, se trata de un movimiento a nivel de la producción de conocimiento que, reformulando investigaciones básicas que posibilitaron el surgimiento de la medicina preventiva, intenta definir un objeto de estudio en las relaciones entre lo biológico y lo psico social. [...]
...a partir del cual se pudiesen producir conocimientos que contribuyan a una práctica transformadora. Se trata de un discurso que busca organicidad en la contradicción de las clases sociales, asumiendo una posición frente a esas contradicciones en la teoría. (Arouca, 2008, p. 144)

Es así que, de la mano de ciertas corrientes políticas y sanitarias y experiencias sociales de la década de 1950 y 1960, comienza a delinearse un resurgimiento en la problematización de las condiciones de vida y la salud también en los discursos oficiales. Y en ese contexto, ya en 1974, por ejemplo, se presenta en Canadá el *Informe Lalonde*. Quizás sea allí donde se comienza a hablar específicamente de *campos determinantes de la salud*, y a intentar jerarquizar y operacionalizar elementos que condicionan el estado de salud de la población.

A esto le siguen, entre otros, eventos como la *Declaración de Alma Ata* sobre Atención Primaria de la Salud (APS) (1978) y la *Meta de Salud para Todos en el año 2000*, y

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

luego las sucesivas conferencias sobre Promoción de la Salud. Dice la *Carta de Ottawa*, en la primera conferencia sobre este tema, que “las condiciones y requisitos para la salud son: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad” (OMS, 1986, p. 1).

Simultáneamente a estos movimientos políticos (décadas de 1970 y 1980), muchos científicos y sanitaristas comienzan a ocuparse en recopilar y construir evidencia, intentar medir el impacto de las desigualdades sociales en la salud de las poblaciones, y también a proponer cuáles serían esos determinantes sociales. De ellos se destacan nombres como Whitehead, Marmot, Dahlgren, Wilkinson, Diderichsen, entre muchos otros.

Whitehead y Dahlgren (década de 1980-90) comienzan a trabajar en la temática de determinantes y equidad en salud. A raíz de sus investigaciones epidemiológicas y publicaciones, la mayoría en países europeos, generan relevantes aportes en ese campo, y hacen foco en los determinantes sociales al remarcar que son estos los que generan diferencias en el estado de salud dentro de una sociedad o un país, y que al ser modificables y evitables son por tanto injustos e inaceptables (Whitehead, 1992). En los albores de las políticas neoliberales, comienzan a estudiar y a aportar conocimientos sobre el impacto de la macroeconomía, y la falta de políticas sociales intencionadas hacia la equidad, en la salud evidenciados en resultados demoepidemiológicos (Whitehead & Dahlgren, 2006b). Su marco conceptual apunta hacia la visibilización de las diferencias sociales (incluido el género y la edad) para pensar y poner en práctica estrategias a fin de reducir la inequidad en salud. Su despliegue teórico nos permite ver claramente, y contrariamente a las corrientes prevalentes en esa época, que las conductas relacionadas al estilo de vida serían poco o nada modificables desde lo individual, ya que existe una relevante determinación de éstas, a partir de las condiciones sociales de vida del colectivo al que pertenecen esos individuos y las relaciones interpersonales que se establecen en ese contexto (Whitehead, 1992; Whitehead & Dahlgren 2006). Estos autores, si bien no descartan el rol del sector salud en la reducción de las inequidades en salud y el abordaje sobre los determinantes sociales, claramente destacan la preeminencia de los factores macroeconómicos y estructurales en estas inequidades, especialmente las condiciones laborales, educativas y de vivienda (Borrel *et al.*, 2008; Whitehead, 1992, Whitehead & Dahlgren 2006b).

Desde esa época también, otros autores contemporáneos, como Wilkinson y Marmot, investigan, publican, y a la vez colaboran con organismos relacionados a la OMS. Una de las

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

principales contribuciones de Wilkinson es el señalamiento del efecto que tienen sobre la morbimortalidad las diferencias relativas de ingresos económicos hacia el interior de un país. Su principal hipótesis es que el estrés y el sentimiento de discriminación que experimentan los grupos sociales con menores ingresos al interior de un país o región, tienen mejor correlación con los niveles de morbimortalidad que la comparación entre países en relación al promedio absoluto de ingresos (Wilkinson, 1997).

Por su parte, Marmot ha conformado equipos de trabajo para examinar los aspectos donde se pueda trabajar en función de la equidad en salud a fin de revertir el efecto de los determinantes sociales de salud adversos. Su recomendación general es trabajar en cada sector de las políticas públicas a fin de asegurar los criterios de equidad, y propone hacer foco en una serie de aspectos fundamentales tanto en políticas como en acción: priorización en el desarrollo de los primeros años de vida, las condiciones laborales y de vivienda, protección social a lo largo de las diversas etapas de la vida y cobertura de atención de salud universal (Marmot *et al.*, 2013). Estos trabajos también señalan otros aspectos de la inequidad por ejemplo las diferencias por género o por pertenecer a pueblos originarios, y el foco en cuestiones ambientales. Destacan la acción de los diversos sectores sociales y estatales, y la contribución de la APS (Marmot, 2007).

Como mencionamos antes, este movimiento ha tenido resonancia en la OMS. A comienzos del siglo XXI, el cambio de autoridades permitió renovar la perspectiva hacia los aspectos sociales de la salud, esto se ha reflejado en la posición de Lee Jong Wook, director general electo de la OMS.

La constitución de la OMS identifica 'el disfrute de los estándares más elevados de salud que se puedan lograr' como 'uno de los derechos fundamentales de cada ser humano sin distinción'. Una parte crucial de la justicia en las relaciones humanas es promover el acceso equitativo a condiciones que permitan la salud. [...] El objetivo de Salud para Todos de Alma Ata estaba acertado. También lo estaban los principios básicos de la atención primaria de la salud: acceso equitativo, participación comunitaria, y abordajes intersectoriales para mejorar la salud. Estos principios deben ser adaptados a los contextos actuales. (Jong-Wook, 2003, p. 2083- 2084)⁹

Al año siguiente, en 2004, Lee Jong Wook expresa la intención de la OMS de constituir la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (CDSS) por una duración de tres años, *Hacia las acciones prácticas* (OMS, 2005). Como eco de esto, y en el contexto de

⁹ Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

incipientes experiencias a favor de la equidad en Latinoamérica, algunos países de nuestra región, por ejemplo Brasil, deciden constituir sus propios organismos para investigar y evaluar la estructura de determinantes sociales de salud en sus poblaciones (Buss & Pellegrini Filho, 2006).

La CDSS, en uno de sus primeros actos establece su propia visión sobre los antecedentes de la OMS en el tema. Afortunadamente, se sincera al señalar la estrecha relación a lo largo de los años entre las políticas sostenidas por esta organización y los procesos de la política internacional dominante. Destaca ciertos hitos a nivel mundial que sentaron los cimientos de los conceptos de APS y los determinantes sociales de salud. Señala, por ejemplo, que por fuera de la OMS, durante las décadas de 1960 y 1970, se dan alrededor del mundo las primeras experiencias de salud comunitaria, que serían la bases para la *Declaración de Alma Ata* (1978) y el Movimiento de Salud para Todos en el año 2000. Este constituyó un notable giro político de la OMS propiciado por su máxima autoridad Halfdan Mahler. Se remarca que es en aquella *Declaración* donde por primera vez se hace explícita la relación entre los determinantes sociales de salud y la atención básica de salud, se proclama la estrategia de APS como plataforma para plantear mejoras en las condiciones de vida de las comunidades como elemento indivisible con la Salud. Lamentablemente, señala la CDSS que, con el ascenso de las políticas neoliberales de las décadas de 1980 y 1990, el planteo inicial de integralidad deviene en la llamada APS selectiva, quedando debilitada la perspectiva de los determinantes sociales de salud y la convicción de la universalidad de las políticas para generar cambios genuinos. Entre las publicaciones más relevantes ellos destacan al *Black Report* (1980)¹⁰, los trabajos de Margaret Whitehead y Michael Marmot, y un poco más atrás el *Informe Lalonde* (1974), y también publicaciones de algunos países como Suecia, Holanda, Canadá, Nueva Zelanda y Gran Bretaña que intentaron explorar el camino de las políticas para enfrentar las inequidades sociales y en salud. En el cierre de este primer documento preparado para la Comisión identifican ciertos aspectos a clarificar, siendo el principal justamente cómo enfrentar *el problema Mahler-Grant*, es decir la dicotomía entre una crítica amplia a las estructuras desde la visión de la justicia social, y el trabajo sobre una

¹⁰ *Black Report* fue un informe presentado en 1980, donde a través de la revisión de estadísticas de la población británica asistida por el *National Health Service* (NHS), quedaban expuestas las notables diferencias de morbilidad entre integrantes de diferentes clases sociales y entre jerarquías laborales, atribuibles a las diferentes condiciones de vida.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

serie de intervenciones de más corto plazo que no logre modificar los aspectos macro que generan inequidad (OMS, 2005).

En 2008 la CDSS, publica su informe final centrado sus recomendaciones en tres ejes, mejorar las condiciones de vida, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Al igual que en documentos previos destaca que lograr la equidad en salud constituye una cuestión de justicia social y responsabilidad de las políticas sociales y económicas (OMS, 2008a).

En 2011 se realiza la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud en Río de Janeiro y se publica un nuevo documento *Cerrando La Brecha: La Política de Acción Sobre Los Determinantes Sociales De La Salud*, que presenta los lineamientos a trabajar: la gobernanza¹¹, la participación de las comunidades, el rol del sector salud, las acciones mundiales y los esfuerzos por mensurar y vigilar la situación, todos estos aspectos quedan esquematizados en un nuevo marco conceptual (ver Figura 1), que incorpora y sintetiza esquemas previos.

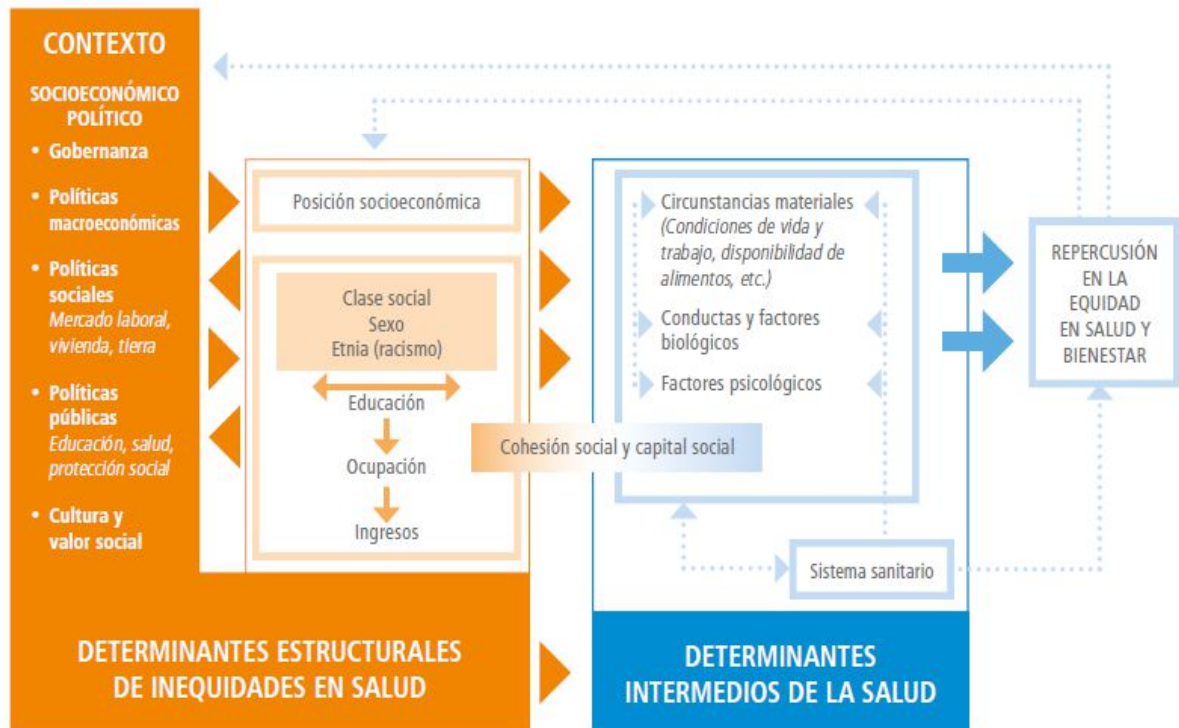
Con respecto a nuestra región, citaremos algunos referentes como Almeida Filho, Breihl, Laurell que han reflexionado en torno a estos términos, por ejemplo Laurell (1994) nos llama la atención en relación al concepto de *determinación social de la salud*.

...la determinación social del proceso salud-enfermedad centra su explicación en los niveles de determinación al proponer que los niveles más complejos sobredeterminan los de menor complejidad. Es decir, el nivel social determina, o subsume, el nivel biológico y psicológico. Esta explicación no requiere recurrir al concepto de "riesgo" o "factores de riesgo" como mediación entre lo social y lo biológico, ya que se basa en la concepción de que lo más complejo imprime un nuevo orden y una nueva lógica a los niveles menos complejos de organización de la materia. De allí surge una concepción de determinación estructurada que tiene una jerarquía mayor que lo biológico y psíquico. El estudio de lo social es, en esta concepción, imprescindible para explicar cómo se constituye el proceso salud-enfermedad porque sólo así se pueden detectar sus determinantes últimos que son los de mayor poder explicativo y de predicción (legalidad). Por otra parte, en esta concepción, tanto el proceso salud-enfermedad colectivo como el individual tienen los mismos determinantes, o sea, no hay en este sentido una separación entre la explicación de uno y otro. (Laurell, 1994, p. 3)

¹¹ Se entiende por gobernanza, al "proceso de dirección de la sociedad" en la que participan además del gobierno otros actores de la sociedad (Aguilar, 2007, p. 19).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Figura 1. *Marco conceptual de Determinantes Sociales de la Salud* propuesto por la Organización Mundial de la Salud en 2011.



Fuente: Extraído de OMS, 2011a .

Desde su texto *La Ciencia Tímida* (2000), Almeida Filho adelanta ciertas críticas a la operacionalización epidemiológica de los determinantes.

...el tratamiento de la cuestión de la causalidad se ha caracterizado, en este campo, por un aporte instrumental y mecanicista del proceso de determinación que no hace justicia a la riqueza y complejidad del análisis de situación de salud. Como resultado, se observa una tendencia hacia la definición y determinación del objeto epidemiológico con base en atributos individuales, omitiendo el carácter esencialmente grupal de los fenómenos de salud en las colectividades. Considerar a la población como un mero conjunto unidimensional y cuantificado de individuos implica rechazar al colectivo en tanto que grupo humano irreductiblemente social e histórico. (Almeida Filho, 2000, p. 291)

Más aquí en el tiempo, en coincidencia temporal con la creación de la CDSS de la OMS, a partir de una reunión de presentación en la OPS, en Brasil se decide la creación de la Comisión Nacional de Determinantes Sociales de Salud. La Comisión inicia su actividad oficial en marzo de 2006, es nombrado presidente Paulo M. Buss, referente de salud colectiva del Instituto Oswaldo Cruz. Al igual que la Comisión de la OMS, el objetivo central fue movilizar a todos los niveles de la salud -incluso a las organizaciones de la sociedad civil-, para favorecer la orientación de la investigación, la gestión y la acción, hacia los

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

determinantes sociales de salud. En cuanto a la investigación se propuso priorizar: desigualdades sociales, regionales, étnicas, de género, de acceso a servicios de salud e intervenciones sociales y de aspectos metodológicos (Buss & Pellegrini Filho, 2006).

Otro hecho destacable, fue cuando estas dos corrientes latinoamericanas, la Salud Colectiva (SCL) y Medicina Social (MS), que históricamente defendieron la idea de la salud como conquista social, y que han expuesto durante décadas las inequidades que el sistema capitalista genera en estas sociedades, convergiendo en la agrupación ALAMES, se pronuncian en el año 2008 en torno al enfoque de determinantes sociales. Tomando como referencia el documento elaborado por la CDSS de la OMS *Subsanar las desigualdades en una generación (2008)*, señalan discrepancias fundacionales aunque resaltan la iniciativa como positiva por poner en tela de juicio la desigualdad en salud inherente a la mayoría de las sociedades a lo largo del mundo. En el documento introductorio del *Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud* se señala

En las construcciones teóricas de la MS y SCL, entonces, se establece una articulación entre la crítica de lo que la sociedad es, las formas en las que produce o anula la salud y las formas en las que le brota desde dentro la defensa de la salud y la lucha por una sociedad mejor, sin la explotación y el despojo propios de la sociedad capitalista. Los marcos conceptuales de la CDSS¹² y de la epidemiología social europea, en cambio, prestan muy poca atención a lo que la sociedad actual es, centrándose en lo que produce en términos del modelo educación – ocupación – ingreso. Se basan fundamentalmente en la sociología funcionalista, de acuerdo a la cual, de la estratificación socioeconómica deriva la relación entre escolaridad, ocupación e ingreso. (ALAMES, 2008, p. 7)

En línea con lo anterior, el punto de vista de la medicina social y la salud colectiva le dan un protagonismo mayor a las fuerzas sociales en la modificación de la calidad de vida de las clases subalternas. Su aspiración última es que se modifique el orden social que genera la inequidad, cuestión soslayada a su criterio en el espíritu de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud.

En este taller es Jaime Breihl, referente de la medicina social, quien señala en su ponencia que:

Si bien el modelo OMS ha contribuido a abrir el horizonte del pensamiento oficial en salud y el espectro de análisis, sigue atado a un neocausalismo donde los 'determinantes sociales' son asumidos como factores externamente conectados. Esto nos preocupa, más que por una cuestión teórica por las implicaciones prácticas de repetir el modus operandi del causalismo: actuar sobre factores y no sobre el cambio de procesos estructurales. (Breihl, 2008, p. 18)

¹² CDSS: Comisión de determinantes sociales de la salud, abreviado en el original.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

La cuestión queda planteada, existe la posibilidad de un vaciamiento conceptual. Si el concepto de *determinantes sociales de la salud* se asimila al discurso de la *epidemiología del riesgo*, a la sumatoria de *factores de riesgo*, perderá la posibilidad de ser un paradigma superador. Es de remarcar, algo que señalábamos previamente en otros autores, en esta ocasión también los referentes de la medicina social y la salud colectiva destacan la organización de la comunidad, la cuestión del poder, la construcción de ciudadanía como elemento clave en la articulación del sector salud con la cuestión de los determinantes o desigualdades sociales, y se diferencian de los organismos internacionales (ALAMES, 2008; Laurell, 2008; Spinelli, 2008).

2.2.3 Gestión en salud y organización

A continuación, haremos foco en ciertos autores de la región en relación a gestión y organización, claves para entender en qué puntos se pueden identificar articulaciones entre gestión (local de salud) y desigualdades sociales.

En términos formales la gestión implica organizar la prestación de acciones y servicios en los sistemas de salud. Incluye los aspectos de trazar líneas de acción, planificación, financiamiento y contratación, coordinación de redes entre niveles, también el monitoreo de la oferta y acciones e instancias de evaluación (Vasconcelos & Giovanella, 2008).

Podríamos afirmar que la gestión en salud, constituye una relevante instancia del campo de salud. Tanto la gestión local, como la central y sus intercambios influyen en la configuración de este campo, de la situación de los equipos de salud y de la atención que se brinda. Y en el más amplio sentido, termina incidiendo en el modelo de atención, en el PSEA y en la *atención de salud*, como determinante social¹³.

Por otra parte, debemos tener en cuenta que la gestión en salud, reviste ciertas particularidades entre la gestión del nivel local y del nivel central.

...,- en el nivel local el acto inicial externo es una demanda de servicio, en tanto el interno es una decisión de poner en actividad un nuevo servicio, programa o proyecto [...]; en el nivel central el acto inicial externo es una demanda de política sectorial, proyecto, programa o servicio [...] y el interno una decisión acerca de lo mismo. (Testa, 1995, p. 139)

¹³ Dentro del actual esquema de determinantes sociales de salud, la atención de salud se configura como un determinante intermediario de salud (OMS, 2011a).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Sin embargo es importante considerar que la gestión implica conflictos de poder e intereses, tanto en ámbitos locales, como en ámbitos centrales, más asociados a las políticas, la asignación de recursos materiales, programas, y al conflictos con políticas de otros sectores que pueden colisionar con el derecho a la salud (Spinelli, 2008).

Otras cuestiones que nos pueden ayudar a delinear la complejidad del panorama, es tener en cuenta que la lógica de la gestión no deja de ser la de los administradores y que uno de sus objetivos es lograr una continuidad de actos administrativos dentro de un proceso (Testa, 1995). Esta lógica de los gestores/administradores implica tener en cuenta su (falta o no) de capacidades de gobierno, incluido el lidiar permanentemente con problemas o conflictos que muchas veces no se resuelven, sino que se reemplazan por otros, y sus aptitudes para los procesos relacionales (Spinelli, 2010; 2012). Asimismo, muchas veces se pierde de vista que la burocracia administrativa, y la búsqueda de la eficiencia, atentan contra la capacidad de ser eficaz y ello puede ir en detrimento de los objetivos genuinos de las instituciones de salud y de los gestores (Testa, 1995).

En su texto *El proyecto político y las capacidades de gobierno* (2012), Spinelli enumera ciertas capacidades, métodos y técnicas que el gestor debería manejar para enfrentar los desafíos de la tarea. Entre ellos encontramos: la agenda (la administración del tiempo), algún mecanismo de petición y rendición de cuentas (seguimiento mutuo de las tareas), gerencia por operaciones (grupos o estrategias momentáneas según el problema), un sistema de información y sala de situación (para monitoreo, supervisión, toma de decisiones), control de presupuesto, manejo de conflictos, construcción de grupos y nociones de macro y microorganización, así como tomar en cuenta aspectos de la comunicaciones y nunca perder de vista el proyecto de trabajo (Spinelli, 2012).

Otro referente de la salud colectiva de Brasil, Campos, en sus reflexiones (en general basadas en experiencias locales) acerca de la gestión en salud nos presenta propuestas que permitan reformar y mejorar los modelos de atención orientándolos a las necesidades de la población y la realización personal de los trabajadores. Plantea favorecer tanto la participación de la comunidad, como de los trabajadores de la salud, a fin de tender a la cogestión de colectivos, resaltando la perspectiva de derechos y de necesidades colectivas. En esa instancia, la tarea se llevará adelante permitiendo a los trabajadores sentirse realizados, favoreciendo la democratización de las organizaciones y permitiendo cierta autonomía de acción. Asimismo, destaca la importancia del trabajo interdisciplinario y el rol de la

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

comunicación. Un elemento a subrayar de sus aportes es la valoración de la subjetividad en la acción y en los vínculos, poniendo en discusión la *teoría general de la administración*, de donde deriva el taylorismo, que considera que gestionar es controlar elementos, y toma a las personas también como objetos. Como podemos percibir en su obra, él considera la gestión de la organización como algo construido entre todos los trabajadores, y nos señala que la red de conceptos y valores que estos manejan condicionan su producción (Campos, 2001).

Como vemos, existe un término muy asociado a gestión que es *organización*. Este término nos puede resultar de utilidad para comprender la distancia que existe entre la gestión y lo que efectivamente se lleva a cabo en una institución y/o efector de salud. Entre lo que plantean las normas formales y delinear los gestores en cuanto a políticas de salud, planificaciones y organigramas, y las prácticas de salud que llevan adelante los equipos y los trabajadores (Spinelli, 2010). Si bien éste concepto nos remite a lo “relativo a lo interno institucional” (Testa, 1995, p. 145), sus límites, y cómo enfrenta la misma los intercambios con lo externo también es parte del debate (Testa, 1995). Más adelante, en otro de sus textos, Testa nos advierte que un colectivo como organización es aquel donde “se reúnen para alcanzar algún objetivo en torno al que generan consenso” (Testa, 2005, p. 41), por lo tanto no toda institución funciona necesariamente como organización.

En relación a la organización en salud, señala Spinelli (2010):

Es así que la articulación de mística + narraciones + conversaciones de alta calidad, es central para que una organización se constituya como una red de conversaciones con alto impacto de sus acciones. Y cuando decimos que se constituya, la estamos entendiendo desde una concepción diacrónica con continuidades y rupturas, con conflictos y con procesos instituidos e instituyentes en una relación dialéctica. (p. 285)

El trabajo de gestionar y el devenir de la organización se encuentran en constante fluctuación, se están creando y recreando permanentemente, representan a políticas, normas e instituciones, pero a la vez son reflejo de reglas tácitas, prácticas de los trabajadores (incluidos los gestores), y de las *redes de conversaciones* (Campos, 2001; Spinelli, 2010).

En cuanto a la gestión en la salud pública, Campos resalta la necesidad de “recuperar la capacidad de protección social” de ésta (2001, p. 59). Nos recuerda que su rol central es justamente abordar el impacto que las desventajas sociales imprimen en la población, y trabajar en función de reducir el exceso de morbimortalidad que la desigual distribución de la renta, entre otras desigualdades, genera.

Hasta aquí podemos notar como diversos atravesamientos conceptuales hacen eclosión

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

en la gestión local, determinando la complejidad del campo y dejándonos la incertidumbre en cuanto a la posibilidad de que puedan en ese estado de cosas generar además intervenciones sobre las desigualdades sociales de la población usuaria.

... el territorio de las prácticas de salud es un espacio de disputa y de constitución de políticas, cuya característica es la multiplicidad, diseñando a partir de la acción de distintos sujetos colectivos, que conforme sus intereses y capacidades de actuar, se unen o se confrontan en la tentativa de afirmar, o de imponer, una cierta conformación del 'bien social'-la salud como objeto de acción intencional de políticas por tanto-, [...]

Tomar el foco de los usuarios de los servicios de salud, de ciertos trabajadores y mismo de los gobernantes y su tecnoburocracia, compone una base tensional y orgánica del juego de intereses, que da sentido direccional para las políticas de salud y que estará siempre presente como un interrogador, en potencia, de los arreglos instituidos a operar en la cotidianeidad de las prácticas. (Merhy, 2006, p.79)

Tal como nos plantean los referentes de la salud colectiva antes citados, consideramos de central relevancia esta exploración conceptual en cuanto a gestión y organización, posicionándonos en las lógicas de los diferentes actores, gestor, equipo de salud, comunidad para entender los desafíos que implican para la gestión local, reorientar prácticas, producción de cuidado, teniendo en cuenta las modificaciones de reglas codificadas e implícitas, las necesidades sociales de la población a cargo, y estas perspectivas de los diferentes actores. A continuación examinaremos algunos conceptos relacionados a la gestión del nivel local, entre ellos uno de gran peso y controversia, la APS.

2.2.4 Gestión del nivel local y atención primaria de la salud

El nivel local de salud es una instancia donde la gestión, los trabajadores y los efectores de salud en donde se desempeñan, se encuentran abocados a prestar cuidados de promoción, prevención, curación y rehabilitación de manera integral, cercana y accesible a las comunidades, con una perspectiva de población a cargo y con una pretensión de organizar la oferta de atención para ordenar la referencia a instancias de atención de mayor complejidad técnica. En términos generales, en el sector público u oficial, luego del fenómeno de la descentralización estatal, la gestión de este nivel ha quedado a cargo del gobierno local o municipal. Además, en municipios muy populosos donde el municipio se divide en áreas (básicas de salud, programáticas, etc.), la gestión suele ser compartida entre el gobierno local y gestores/coordinadores en cada una de ellas, o por efector (Giovanella & Magalhães de Mendoça, 2008).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

El nivel local de gestión y atención en salud, tal como lo conocemos actualmente en países de Latinoamérica, tiene características particulares, que difícilmente puedan ser entendidas por fuera del hito que ha marcado la estrategia de APS y la *Declaración de Alma Ata*. No es que no hayan existido dispositivos y efectores locales previamente a esto, ni que se haya descubierto en ese momento la importancia de acercar la atención y el cuidado en salud a la comunidad. Sin embargo, es en ese hito cuando confluyen experiencias más o menos exitosas de gestionar y ofrecer atención en salud por fuera del ámbito hospitalario, más cerca de donde viven y trabajan las poblaciones, incluso con prácticas de salud populares o no profesionales. Desde entonces, es indudable la impronta que han dejado y dejan las propuestas de organismos supranacionales (OMS, OPS, etc.) y regionales, basta pensar ejemplos como Sistemas Locales de Salud (SILOS), los agentes o promotores de salud¹⁴, etc. Por otra parte, como se verá más adelante, hoy en día la gestión del nivel local de salud es una de las caras más complejas de las reformas estatales en salud que ha sufrido nuestra región. En esta realidad se combinan la fragmentación en sectores públicos, de aseguramiento y privados, la descentralización y municipalización con la consiguiente escasez e inequidad en el financiamiento y otros recursos, la superposición de normativas y programas de diferentes niveles jurisdiccionales, y las variables posibilidades de contar con un equipo de salud adecuado, entre otras (Giovanella & Magalhães de Mendonça, 2008; Paim, 2011b; Spinelli, 2016).

Como decíamos, la historia de la APS se funde estrechamente con las corrientes sociales en salud. Y aunque inspirada en experiencias de las décadas de 1950 y 1960, fue a partir de la Conferencia de Alma Ata (1978) de la mano del entonces secretario de la OMS, Halfdan Mahler, que se instaló como estrategia. A partir de allí, la teorización y polisemia del término APS ha alcanzado tal amplitud, que las posibilidades de acción e intervención en su nombre han sido muy diversas. Testa señala que es difícil tomarlo como un “concepto totalizante”, con igual valor en los diferentes países y circunstancias (Testa, 1993, p.161).

Giovanella y Magalhães de Mendonça (2008) destacan que existen al menos tres acepciones muy extendidas de APS

¹⁴ Basados en experiencias como los médicos descalzos chinos y los misionarios en proyectos de salud en países en vías de desarrollo, una de las propuestas de la *Declaración de Alma Ata* es la inclusión de estos agentes como modo de articulación del conocimiento y la atención médica con saberes y prácticas populares, favoreciendo la participación de la comunidad (Giovanella & Magalhães de Mendonça, 2008).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

- 1) Programa focalizado y selectivo, con una canasta básica de servicios;
- 2) Uno de los niveles de atención, que corresponde a los servicios ambulatorios médicos no especializados de primer contacto, incluyendo un cierto espectro de acciones de salud pública y de servicios clínicos direccionados a toda la población;
- 3) De forma amplia, una concepción de modelo asistencial y de organización de sistema de salud. (p. 576)¹⁵

Y si bien el espíritu de la *Declaración de Alma Ata* se acerca mucho a las dos últimas acepciones de la cita anterior, su definición nunca ha dejado de ser equívoca. Esta amplitud ha generado que a lo largo de los años se aplicaran bajo su ejido políticas, programas e intervenciones aún contrarias entre sí (Giovanella & Magalhães de Mendonça, 2008; Paim, 2008a; Paim, 2011a; 2011b).

Es decir, la atención primaria de salud puede tener un significado concreto, el que le otorga su inserción en un sistema de salud, o tener un significado abstracto, el que corresponde a su definición ideológica, como la que puede observarse en los documentos de la OMS. (Testa, 1993, p. 161)

Luego de la *Declaración de Alma Ata* y del postulado de la *Meta Salud Para Todos en el Año 2000*, cada país emprendió un proyecto de APS particular con su consiguiente reflejo en el nivel local de atención en salud. De manera genérica, podríamos señalar que los países europeos occidentales adhirieron a un modelo donde la atención primaria está asociada a un primer nivel de atención eficaz y eficiente, de corte netamente asistencial e inserto en un sistema de salud con mayores niveles de complejidad, con referencia y contrarreferencia. Los países socialistas intentaron en mayor o menor medida poner en práctica una APS integral, también volcada al desarrollo de la comunidad. Mientras tanto, muchos países, especialmente los más pobres, más tarde o más temprano, sólo pudieron optar por programas de APS selectiva o focalizada¹⁶, muchas veces financiados por organismos multilaterales de crédito, por ejemplo el Banco Mundial; hecho coincidente con el auge de las políticas neoliberales en las décadas de 1980 y 1990 (Testa, 1989; Giovanella & Magalhães de Mendonça, 2008).

Tal disparidad de situación, y las crisis económico políticas persistentes, fueron resquebrajando la posibilidad de alcanzar la meta. Y esto fue leído para algunos como una falla de la estrategia de APS en sí misma (OPS, 2007).

¹⁵ Traducción libre de la autora.

¹⁶ APS selectiva o focalizada, se llama a una modalidad surgida algunos años luego de Alma Ata para ofrecer un paquete de servicios restringido y de bajo costo para muy pocas enfermedades en países pobres. Por ejemplo el GOBI (control de crecimiento, sales de rehidratación, promoción del amamantamiento e inmunizaciones).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Tratando de retomar la iniciativa y luego de la *Declaración del Milenio*¹⁷, en septiembre de 2003, desde la OMS se vuelve a recomendar fortalecer la APS con ciertos lineamientos generales (OMS, 2003). Años después y coincidiendo con esta idea, en 2007 la Organización Panamericana de la Salud relanza la APS en su documento *La renovación de la APS en las Américas* bajo el reconocimiento de que ésta tiene un rol preponderante en el trabajo por la equidad en salud, la intersectorialidad y el enfrentamiento de necesidades y desigualdades de la población. En el texto se destaca que la definición renovada de la APS sigue siendo la misma que en Alma Ata. No obstante, lejos de caer en controversias propone una serie de valores, principios y elementos a fin de que cada país la implemente sin caer en un único esquema rígido (OPS, 2007). En 2008, la OMS emite la declaración *APS, más necesaria que nunca* (OMS, 2008b).

Explorando el aspecto histórico, podemos señalar que en Latinoamérica, el desarrollo de la APS ha sido dispar, y ha experimentado cambios en todas estas décadas. Y aunque en sus comienzos hubo un intento de APS integral, rápidamente se derivó hacia la atención biomédica básica, con enfoque selectivo o focalizado, especialmente para controlar enfermedades infecciosas, y luego se incorporaron programas para enfermedades crónicas. Si bien se intentó adjudicar esto a la influencia de una suerte *transición epidemiológica*¹⁸, ciertamente a la morbimortalidad por eventos transmisibles que aún persiste, se agregaron los eventos no transmisibles, tanto crónico degenerativos, como lesiones, etc. (Menéndez, 1990).

En un contexto de una alta desigualdad social y sistemas de atención médica segmentados, con el tiempo y los cambios políticos se volvió a intentar la perspectiva de integralidad y el enfoque de derechos, con aportes de la medicina social, salud colectiva y perspectivas de pueblos originarios (o interculturalidad). De este modo se estima que,

¹⁷ La *Declaración del Milenio*, se llevó adelante el 13 de septiembre de 2000, y en el apartado sobre desarrollo se efectuó una serie de propuestas, por ejemplo erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la educación primaria universal, promover la equidad de género y empoderar a las mujeres, reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna; combatir la infección por el VIH, la malaria y otras enfermedades, velar por la sostenibilidad ambiental. Posteriormente, se afirmó la utilidad de la APS para contribuir a estos objetivos.

¹⁸ Se denomina transición epidemiológica a la teoría demo epidemiológica por la cual a medida que una sociedad se acerca al desarrollo económico se produce una transición en la morbimortalidad de la población y ésta pasa de presentar altas tasas de natalidad y mortalidad, especialmente por causas infecciosas, a tener una baja tasa de natalidad y mortalidad, pasando la mortalidad a ser causada mayormente por enfermedades no transmisibles y a edades más avanzadas. Esta teoría fue propuesta, a partir de la descripción de lo sucedido en la población europea durante los siglos XIX y XX.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

actualmente, en la región la mayoría de los usuarios de APS, con algún grado de integralidad, provienen de poblaciones marginadas, en situación de vulnerabilidad o son de pueblos originarios (Acosta Ramírez *et al.*, 2011). Esto podría tener que ver con la utilidad de la APS con perspectiva integral para contribuir al desarrollo del bienestar de comunidades en situación de vulnerabilidad, pero también algunos dirían que puede tener que ver con que solo acceden a una atención primaria, o básica o aún primitiva de salud (Testa, 1993).

Al poner el foco en la gestión del nivel local de salud se abren ciertas cuestiones que se presentan como desafíos y posibilidades ya que además de ser un medio para organizar el acceso a la atención asistencial y referenciar a niveles de atención más complejos, existe una gran potencialidad de implementar abordajes más integrales e intervenciones que contribuyan a abordar desigualdades sociales, permitiendo mejorar la equidad en salud (Paim, 2011a). Por lo tanto, conocer cómo se materializan esas propuestas y lineamientos, con qué logros y obstáculos, en la gestión cotidiana de los efectores del nivel local y cuál es el rol que desarrollan los gestores municipales y coordinadores locales, el equipo de salud y sus intervenciones, que hacen en definitiva al modelo de atención, es de gran relevancia. También, y dado que la APS es una estrategia y, por qué no, una política de salud que trasciende un nivel de atención, es importante cuál es la articulación con la gestión del nivel central, las políticas a las que éste adscribe, los programas y normativas que propone y el financiamiento que ofrece.

Retomando el tema de las desigualdades sociales y la equidad en salud, tanto estos principios y perspectivas, como la estrategia de APS, especialmente en su versión integral, interpelan a la gestión local en salud y a los mismos gestores. Resulta interesante cómo se operacionalizan, implementan y se llevan a la práctica desde la gestión estos conceptos.

2.2.5 Desigualdades sociales y gestión local de salud. Modelos de atención, procesos de producción de cuidado y territorio

Llegado este punto cabe la pregunta; ¿qué hace, y cómo, la gestión del nivel local de salud para aportar al abordaje de las desigualdades sociales, a la inclusión, a la equidad? ¿Hace algo?

Luego del año 2000, este refuerzo de las propuestas de atención primaria y equidad podrían ser un clara manifestación de la injusticia social en salud. Y como tal resulta ser una problemática intersectorial cuyas acciones exceden al sector salud (Spinelli *et al.*, 2004;

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Spinelli, 2016). En otras palabras, hoy en el siglo XXI, y desde diversas perspectivas, es importante (y necesario) tener en cuenta el aspecto social de la salud y las desigualdades sociales. En ese marco es fundamental, aprovechar las ventajas (actuales y potenciales) del nivel local de salud, del territorio cotidiano, para contribuir a este abordaje, pero continúa siendo de difícil implementación. Es claro que existe un terreno teórico, práctico y científico común, pero se abren múltiples variantes de interpretación, de operacionalización y de aplicación, y también conflictos (Spinelli, 2010; 2016; Testa, 2007).

En este sentido, se pone en discusión algo debatido tanto en las comisiones por los determinantes sociales de la salud y otras organizaciones como ALAMES. Si vamos a avanzar en función de reducir la inequidades y desigualdades injustas, y vamos a trabajar de manera intersectorial y las políticas públicas van a ser atravesadas por el eje de la equidad (y la justicia social), como propone Marmot por ejemplo; entonces, ¿vamos a modificar las estructuras sociales y las instituciones estatales? ¿Es viable una mayor participación de la comunidad organizada? ¿Alcanza con reglamentaciones, programas o aún con leyes que amplíen estos derechos sociales? ¿Puede la gestión local de salud con una perspectiva integral y de equidad contribuir a ampliar el acceso efectivo a estos derechos sociales y ampliar la ciudadanía? ¿Cómo implementarlo? (Campos, 2001; Fleury, 2003a; Marmot, 2005; 2007; 2013).

Actualmente existen corrientes en la salud que promueven la incorporación de la población, sus necesidades y condiciones de vida de una manera más integral en la atención, especialmente local. Por ejemplo, están aquellos que proponen el concepto de prácticas centradas en el usuario-ciudadano (Giovannella, 2008; Merhy, 2006). Otros destacan el hecho de incluir a los usuarios en alguna medida en el proceso de gestión de salud en el municipio o en los efectores, como se intenta en el SUS de Brasil (Campos, 2001).

También en este sentido encontramos la *APS orientada hacia los derechos*, tal como describen Ase y Burijovich (2009), donde se hace foco en la defensa de todos los derechos relacionados a la salud, la inclusión y participación de la comunidad en diversas instancias de la gestión (rendición de cuentas, acción intersectorial, aspectos comunicacionales, etc.) y por último en el nivel microsocial el empoderamiento de los usuarios como sujetos de derecho a nivel de los servicios de salud.

Estos conceptos, propuestas, y experiencias, abren posibilidades diferentes de intervención y de prácticas sociales para el nivel local de salud, ya que los individuos o

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

familias dejan de ser enfermos para ser usuarios, y dejan de ser pacientes para ser ciudadanos. Es decir sujetos de derecho, donde la misión de la gestión y de la organización de los efectores del nivel local de salud, es garantizar el acceso al derecho a la salud y el bienestar facilitando el acceso a otros derechos, así como incluirlos más activamente en las instancias de gestión del nivel local. Van también en el sentido de la justicia social, de los derechos sociales. Siguiendo esta línea se torna mucho más clara también la dimensión poblacional o comunitaria de las intervenciones, el principio de integralidad y su relación con los determinantes sociales de salud, donde los usuarios son tomados como colectivo (muchas veces organizado) y los representantes del nivel local de salud se presentan como un par en la acción intersectorial o comunitaria/territorial. Esto conlleva a permanentes desafíos para los gestores (Campos, 2001; Testa, 2005; Paim, 2011b; Spinelli, 2016).

Con respecto a la participación y la ciudadanía Fleury (2003a) en su artículo *La expansión de la ciudadanía*, reflexiona:

En otros términos, la participación ciudadana, si no altera la distribución de poder y de riqueza social, al tiempo que alcanza a transformar las estructuras estatales y societarias, traduciendo institucionalmente la inclusión de los nuevos sujetos en construcción, es apenas movilización y construcción de identidad social. [...] Podemos afirmar que existe actualmente una reivindicación de la participación directa de las poblaciones excluidas, que se constituye en un derecho de quinta generación y requiere una nueva institucionalidad democrática, deliberativa en la gestión pública compartida. (p. 18 -19)

Y en relación a la construcción de ciudadanía y la búsqueda de la igualdad nos señala.

En sociedades donde la ciudadanía, como dimensión igualitaria y cívica, no fue generalizada y en las que, por tanto se convive con altos niveles de exclusión y desigualdades, el papel del Estado es crucial en la inducción de procesos sociales que promuevan procesos de innovación e inclusión social. No obstante la posibilidad de emancipación y diferenciación solo puede ser asegurada a través de la complejización del tejido social, en un doble movimiento de construcción de identidades y formas orgánicas autónomas y de inserción de sus intereses en la arena pública. (p. 20)

Con respecto a la participación social, también debemos considerar los aportes de Menéndez & Spinelli, en su texto *Participación social: ¿para qué?* (2008), donde se llama la atención en torno a la real capacidad transformadora de la participación comunitaria, toda vez, como señala también Fleury, que si se convierte en un paso burocrático y no en una instancia que le dé real capacidad de decisión a los colectivos locales, pierde el sentido emancipador de las condiciones de vida.

Otro movimiento estrechamente relacionado a la equidad y a la mejora del PSEA y

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

también con el nivel local de salud y la APS es: la Promoción de la Salud. Surgió en la década de 1970 y su conceptualización fue sufriendo cambios y debates internos que también cayeron en contradicción.

Si bien el concepto de promoción de la salud ha sido acuñado durante el siglo XX, este no es un concepto estático. Se comenzó a esbozar en publicaciones de Sigerist y Leavell y Clark¹⁹, y fue modificándose con la sucesivas conferencias internacionales (Buss, 2008; Carvalho & Besserman, 2004).

Cabe resaltar que mientras la prevención es entendida usualmente por la salud pública como intervención dirigida para evitar la ocurrencia de un problema específico, la promoción de la salud, es definida más ampliamente, pues no está dirigida hacia una determinada enfermedad o agravio, si no que sirve para incrementar la salud y el bienestar. Esta distinción se hace necesaria para repensar y redirigir las prácticas en salud. [...] (Paim, 2008b, p. 194)

Todas las propuestas anteriores, ponen en cuestión los modelos de gestión y de atención, más tradicionales, y tensionan el rol del nivel local de salud en los sistemas de atención médica que se brindan a las poblaciones, especialmente los de gestión estatal, públicos y/o gratuitos a los que acceden las poblaciones con peores condiciones de vida. En el ámbito local, esto se traduce ante los usuarios-ciudadanos como modelo de atención. En su capítulo *Modelos de Atención de Salud en Brasil*, Jairnilson Silva Paim (2008a) propone un complejo e interesante panorama al respecto. Este autor define modelo de atención “como combinaciones tecnológicas estructuradas para la resolución de problemas y para la atención de necesidades de salud, individuales y colectivas” (Paim, 2008a, p. 554).²⁰

A modo de ejemplo citamos un esquema confeccionado por este mismo autor, sobre modelos de atención en Brasil (Cuadro 2). Éste nos permite ver cómo se articulan los conceptos que guían normas y políticas de salud, que a su vez inciden en la organización, gestión, y confluyen en los modelos de atención, que no dejan de ser reflejo de todo lo anterior y de las prácticas de los trabajadores.

¹⁹ La propuesta de los niveles de prevención de Leavell y Clark (1953) se refiere a las posibilidades de atenuar los efectos de una enfermedad actuando en diferentes estadios de su evolución natural. En la prevención primaria (período pre patogénico) se actúa evitando la enfermedad mediante una acciones inespecíficas (promoción de la salud) y específicas, en la prevención secundaria (período patogénico) se intenta el diagnóstico precoz cuando es asintomática, o cuando es sintomática que sobreviva con la menor secuela, en la prevención terciaria se actúa para favorecer la rehabilitación completa de la enfermedad (Buss, 2008).

²⁰ Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Cuadro 2. Orientación de la prestación de atención, modelos de atención hegemónicos y alternativos en Brasil.

Prestación de atención	Modelo hegemónico	Propuesta alternativa
Demanda	Modelo médico hegemónico	Oferta organizada
	Modelo médico asistencial privatista	Acogimiento
	Modelo de atención gerenciada	
Necesidades	Modelo sanitarista	Acciones programáticas en salud
	Campañas sanitarias	Vigilancia de la salud
	Programas especiales	Estrategia de salud de la familia
	Vigilancia sanitaria	Promoción de la salud (políticas públicas saludables)
	Vigilancia epidemiológica	
	PACS/PSF	

Fuente: Extraído de Paim, 2008a (p. 568).

PACS= Programa de agentes comunitarios de salud.

PSF= Programa de salud de la familia.

Cabe señalar, además, que tal como Brasil muchos países de Latinoamérica presentan, en mayor o menor medida, este nivel de superposición de modelos de atención, producto de una pluralidad de modalidades de protección social, normativas, organizativas, de financiamiento, etc. Con respecto al tema de la inclusión de las desigualdades sociales en la gestión local de salud, podemos observar que los modelos de atención volcados hacia las *necesidades* de la población son los que más se relacionan a esta idea, especialmente las propuestas alternativas como Acciones programáticas en salud, Vigilancia de la salud, Estrategia de salud de la familia y Promoción de la salud (Cuadro 2) (Fleury, 2005; Paim, 2008a).

Como decíamos, las prestaciones asociadas a las *necesidades* están estrechamente relacionadas al enfoque de desigualdades sociales, equidad y los principios del nivel local de salud y de APS. Sin embargo, éstas variantes provienen de diferentes políticas de salud que influyen, más o menos, sobre la gestión local y por otra, los enfoques conceptuales de los propios gestores locales y el equipo de salud que terminan por delinear el modelo de atención, las intervenciones o prácticas de salud, que se ofrecen en el efector. Mucho más si entendemos intervención, no como procedimiento o receta a seguir, si no como “práctica social” (Hartz & Vieira de Silva, 2009, p. 18). Estas intervenciones como prácticas sociales comprometen tanto al gestor como al resto de los trabajadores de la salud en cuestiones de intersubjetividad, interdisciplina, acción comunicativa (Campos, 2001). En cierto modo se realiza un “trabajo colectivo asistencial” ante la población (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 2000, p. 44). Se va delineando ese rol de captador de demandas y diagnosticador

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

de necesidades estrechamente relacionadas con las condiciones de vida, que durante años se tildó de atención de baja complejidad (Schraiber, Nemes & Mendes-Gonçalves, 2000).

Merhy, en su texto *Cartografía del trabajo vivo* (2006) propone para esta particularidad del trabajo en salud, que suele darse especialmente en el ámbito local asociado a la *producción de cuidado*, el concepto de *tecnologías blandas*. Estas tecnologías blandas, las relaciona a cuestiones intersubjetivas donde se crea el producto del trabajador de la salud o del gestor en el momento mismo de realizarla (trabajo vivo) y enumera ciertos ejemplos de tecnologías blandas “como en el caso de las tecnologías de relaciones del tipo producción de vínculo, autonomización, acogimiento, gestión como una forma de gobernar procesos de trabajo” (Merhy, 2006, p. 19).

A estas acciones que las llama de *trabajo vivo en acto* las explica como:

El trabajo vivo en acto, opera con las tecnologías blandas como un doblez, por un lado, como un cierto modo de gobernar organizaciones, de dirigir procesos construyendo sus objetos, recursos e intenciones; por el otro lado, como una cierta manera de actuar para la producción de bienes/productos, siendo una de las dimensiones tecnológicas captoras que da la ‘cara’ de un cierto modelo de atención. (p. 20)

Consideramos como vital [...] comprender que el conjunto de los trabajadores de salud presentan potenciales de intervenciones en los procesos de producción de la salud y de la enfermedad, marcados por la relación entre sus núcleos de competencia específicos asociados a la dimensión de cuidador que cualquier profesional de salud posee, sea médico, enfermero o un portero (vigilante) de la puerta de entrada de un establecimiento de salud. Creemos que una de las implicancias más serias del actual modelo médico hegemónico [...] es disminuir mucho esta dimensión (cuidadora) [...] del trabajo en salud. (p.55)

En su texto él señala el conflicto, la tensión que se genera, tanto por parte de los gestores locales como de los trabajadores de la salud (del nivel local) en general, frente a las muchas veces ponderadas *tecnologías duras* (equipamientos, tecnologías organizacionales) que predominan en los centros de alta complejidad médica y que son sostenidas por una ideología y un modo de hacer neoliberal de gerenciamiento. Esto también se deja entrever en la tensión entre la relevancia que se le da a lo curativo, a lo basado en la evidencia, al algoritmo o lo novedoso en tecnologías, en muchos efectores locales de salud, y el espacio para prácticas de salud relacionadas a las desigualdades sociales, los determinantes sociales, vinculadas al cuidado y al trabajo comunitario, en equipo, donde pesan más las relaciones intersubjetivas (Merhy, 2006; Testa, 2005; Spinelli, 2016).

Para quien desea explorar las tensiones constitutivas del campo de la salud, a fin de desenvolver nuevos poderes, que puedan demarcar una dirección para el modelo de atención centrada en las necesidades de los usuarios, no hay, dentro del campo de la

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

gestión, como ignorar el desafío de intervenir en: 1. Producir el cuidado en salud, de modo centrado en el usuario -que moviliza estratégicamente el territorio de las tecnologías blandas y blandaduras sin descartar la utilización de los procesos de producción de procedimientos movilizados de tecnologías duras y blandaduras, y, en general centrada en lo profesional; 2. Producir el cuidado en salud, que está siempre inscripto en una dimensión pública de juegos de intereses y representaciones, sin eliminar el ejercicio privado de las producciones intersectorias, base de constitución de cualquier acto de salud, pero tomando el territorio particular del usuario, como eje de “publicización” de los otros; 3. Actuar en ambientes organizacionales asentados en muchos grupos de intereses, pactando el del usuario como el de todos, en modos colectivos de expresión de las varias intencionalidades. (Merhy, 2006, p.78-79)

Por otro lado, como destacamos antes, las desigualdades, en tanto sociales, tienen que ver pero no son de la exclusiva acción de gestores locales y trabajadores del nivel local, están implicadas también articulaciones intersectoriales, programáticas y también propuestas desde en nivel local de salud, trabajo con organizaciones comunitarias y aportes interdisciplinarios. En ese contexto los gestores locales son fundamentales para articular políticas intersectoriales con los diversos actores sociales (Vasconcelos & Giovanella, 2008; OPS, 2007).

Es observable como señalábamos, una clara ventaja del nivel local, primer nivel, de atención básica o atención primaria, ya que dentro del campo de la salud son los efectores con condiciones más favorables para trabajar de manera territorial, en el cotidiano, con los diversos actores sociales que también están comprometidos con las condiciones de vida de la población. Nos señala Jairnilson Silva Paim (2011b), “el carácter histórico de ese espacio lo transforma en un ‘territorio vivo’ en el que expresan intereses, división del trabajo, radicación de capitales, movimientos sociales, residencia de personas, tiempo libre, cultura y poderes diversos” (p. 48). El *territorio* como legitimación de la lógica local/municipal, nos lleva en cierto modo a pensar a un concepto central de esta discusión de trabajar más allá de la institución local de salud, este es el término intersectorialidad.

La intersectorialidad, conceptualizada como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida, forma parte importante de esa respuesta social organizada. (Castell-Florit, 2007, p. 14)

Ya que en cuanto al territorio son múltiples los sectores y organizaciones políticas, sociales y comunitarias interesadas. Nos señala Fleury (2005) que “es imposible imaginar una ciudadanía concreta que prescindiera del componente territorial, en el que la igualdad de los ciudadanos supone un acceso semejante a los bienes y servicios mediante una adecuada gestión del territorio” (p. 120). También al respecto de esto, en su artículo *Vigilancia en salud*

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

y territorio utilizado, posibilidades teóricas y metodológicas, Monken & Barcellos (2005) subrayan que más allá de los aspectos administrativos, el concepto de territorio posee un gran potencial, por un lado para pensar intervenciones que tengan en cuenta el abordaje en comunidad, acciones colectivas, y por otro para entender desde lo territorial qué se juega en ese espacio donde la población presenta ciertas desigualdades sociales (ej. segregación).

La atención orientada a la producción social de salud de las poblaciones genera la necesidad de esclarecer las mediaciones que operan entre las condiciones reales en que ocurre la reproducción de los grupos sociales en el espacio y la producción de salud y enfermedad. (Monken & Barcellos, 2005, p.899)²¹

Por otra parte nos señalan aspectos de relevancia tanto para interpretar los aspectos del PSEA, así como organizar y gestionar las intervenciones y prácticas de cuidado.

Así, la escala geográfica operativa para la territorialización emerge, principalmente de los espacios de la vida cotidiana, comprendiendo desde el domicilio (de los programas de salud de la familia) a las áreas de cobertura (unidades de salud) y territorios comunitarios (de los distritos sanitarios y municipios). Esos territorios incluyen, por eso, un conjunto indisociable de objetos cuyos contenidos son usados como recursos para la producción, vivienda, circulación, cultura, asociatividad y placer. (Monken & Barcellos, 2005, p.901)²²

Una vez señalada la importancia de la territorialidad para la gestión y la intervención en salud, rescataremos algunos aportes del autor Milton Santos, que nos transmite también ciertos conceptos de relevancia, para entender qué hay detrás de la importancia del territorio.

Es el uso del territorio, y no el territorio en sí mismo, el que hace de él un objeto de análisis social. Se trata de una forma impura, un híbrido, una noción que por eso mismo, carece de constante revisión histórica. Lo que tiene de permanente es ser nuestro cuadro de vida. Su entendimiento es, por lo tanto, fundamental para alejarse del riesgo de alienación, el riesgo de pérdida del sentido de la existencia individual y colectiva. [...] (Santos, 2005, p.255)

Existe un conflicto que se viene agravando entre el espacio local, el espacio vivido por todos los vecinos, y el espacio global, habitado por un proceso racionalizador y un contenido ideológico de origen distante y que llega a cada lugar con los objetos y las normas establecidos para servirlos. De ahí el interés de retomar la noción de espacio banal, esto es, el territorio de todos, frecuentemente contenido en los límites de trabajo de todos; y de contraponer esa noción a la noción de redes, esto es, el territorio de aquellas formas y normas al servicio de algunos. Contraponen, así, el territorio todo y algunas de sus partes, o puntos, esto son, las redes. (Santos, 2005, p. 259)²³

Por lo tanto, la manera de ocupar el territorio por parte de sus habitantes sería un

²¹ Traducción libre de la autora.

²² Traducción libre de la autora.

²³ Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

reflejo de su lugar en las relaciones sociales, el poder, de manera histórica y socialmente construido, que permite dar cuenta de la desigualdades que sufren, pero también de la posibilidad de incorporar su conflicto a la vida social y hacerse presentes en la vida política (Albuquerque, 2000; Porto-Gonçalves, 2006).

Partimos del presupuesto de que no existe sociedad a-geográfica así como no existe espacio geográfico a-histórico.

Si una sociedad se constituye a partir de las relaciones de producción que canaliza los excedentes (que bien puede ser la plusvalía) hacia uno de los polos de la relación, su geografía acusará 'barrios pobres' y 'barrios ricos'. Es importante señalar que esas configuraciones espaciales se constituyen en espacios de conformación de las subjetividades de cada cual. (Porto Gonçalves, 2006, p.9)²⁴

Con respecto a la tensión entre los fenómenos sociales de territorialidad global o transnacional y los locales, donde se registra la constitución de actores colectivos, durante mucho tiempo invisibilizados nos apunta.

...se ve, en los años 80 y 90 (del siglo XX) que el Estado es capturado por una nueva configuración del poder mundial cuando pasan a ser desterritorializados y comandados una vez más por una dinámica dictada por otra territorialidad (Imperio/imperialismo) lo que quiere decir por sectores/clases/estamentos/grupos que se hacen por medio de otra territorialidad que no es la de Estado-Nación. Es más interesante todavía observar que esa desnacionalización, esa desdemocratización, viene ensayando la emergencia en la escena política exactamente de aquellos sectores que, desde siempre, quedaron al margen de la formación de los Estados: los indígenas (los mapuches en Chile), en Ecuador y Brasil; [...]; los campesinos, como el caso de los Movimientos de los Trabajadores Rurales Sin-Tierra (MST) de Brasil y Ecuador; los afrodescendientes [...] en Colombia (Pacífico Sur) o [...] Brasil, ahora reconocidos con derecho a la territorialidad en las Cartas Magnas de los dos países. (Porto Gonçalves, 2006, p. 14-15)²⁵

Parte de estos procesos se captan o se podrían captar en las experiencias de acción intersectorial y territorial incluidos en la tarea del gestor y el equipo de salud del nivel local de salud en un modelo de atención integral como el que proponen los autores citados aquí.

En este panorama, en este espacio regional, la problemática de las desigualdades sociales, convoca al sector salud, especialmente en el territorio local. El cual, atravesado permanentemente por conflictos y oportunidades, por condiciones estructurales y ambientales, por modos de vinculación social, donde viven, estudian y trabajan las comunidades, es el área de trabajo de los efectores de APS. Y es en este nivel de atención, en definitiva, donde se anudan derechos, normas, programas, gestión, usos y costumbres y

²⁴ Traducción libre de la autora.

²⁵ Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

prácticas de salud. Lugar donde se juega la propuesta de integralidad y equidad, y una parte relevante del enfoque de determinantes sociales, derechos y justicia social. Es el lugar donde el Estado toma contacto directo con las necesidades de la población. Este es el espacio donde se puede dar la posibilidad de inclusión, donde los sectores populares podrían llegar a organizarse y participar (Fleury, 2005; Spinelli, 2016). Como nos señala Testa, tener voz ante las instituciones formales, introducir sus necesidades “en la agenda del Estado” (Testa, 2007, p. 251).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

3. METODOLOGÍA

La estrategia metodológica aplicada en este trabajo fue construida a partir de una etapa exploratoria que consistió tanto en indagar en la literatura respecto al tema de elección, como en aquella referida a estrategias de revisión bibliográfica y análisis cualitativo; a fin de que se posibilite la objetivación a través de la propuesta metodológica construida (Minayo, 2009 p. 305-306). De esta manera, se apuntó a que el objeto de estudio y la pregunta central se pudieran reflejar en los términos de búsqueda a fin de que las citas bibliográficas obtenidas y seleccionadas para el corpus pudieran contribuir a responder y analizar la pregunta propuesta, y los objetivos planteados. Por otra parte, la amplitud y complejidad del tema seleccionado nos condujo a la situación de proponer una revisión bibliográfica de tipo cualitativa, que incluyera en su corpus documental artículos de diversos tipos, tanto de índole investigativa (cuantitativa y cualitativa) como teórica²⁶, acercándonos a una propuesta de revisión integral o integrativa (Minayo, 2009; Lima & Miotto, 2007; Botelho, 2011; The Joanna Briggs Institute, 2014). La metodología de análisis elegida para clasificar los artículos fue el análisis de contenido temático (documental) cualitativo, dado que coincidía con el propósito de nuestro trabajo en la búsqueda por describir, inferir algunas condiciones relativas a la producción de los documentos (paso intermedio facilitado por el análisis de contenido) e interpretar ciertos significados de nuestro corpus (Bardin, 1979, p. 29-30). Luego se procedió a identificar y analizar avances, obstáculos y propuestas en cada una de las categorías.

Se llevó adelante una revisión de artículos científicos del período 2005-2015 acerca de Argentina y Brasil, siendo la pregunta central:

¿Qué avances, obstáculos y propuestas se pueden identificar en artículos de Argentina y Brasil acerca de intervenciones en gestión local de salud con relación a desigualdades sociales, en el período 2005-2015?

Con respecto al recorte temático, se propuso realizar un estudio exploratorio sobre la producción científica en cuanto a la gestión local de salud en relación a intervenciones y abordajes de las desigualdades sociales. Entendiendo que la gestión del nivel local de salud es una tarea compartida entre los gestores del nivel municipal y los gestores y/o trabajadores de

²⁶ Incluimos los artículos de tipo teórico (opinión de expertos, debates, etc) que aparecieran en las búsquedas en revistas indizadas dado que consideramos que para el tema propuesto podía aportar reflexión y análisis a partir de la experiencia y conocimientos de los autores (Botelho, 2011; The Joanna Briggs Institute, 2014).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

los efectores locales de salud. El trabajo buscó identificar y analizar, en artículos de diversos tipos, los diferentes aspectos en que las conceptualizaciones sobre desigualdades sociales (inequidad, determinantes sociales) inciden, se articulan, aportan o motivan decisiones, estrategias y/o intervenciones en la gestión local de salud.

En cuanto al recorte geográfico, se seleccionaron Argentina y Brasil. Ambos países presentan características comunes, por ejemplo núcleos poblacionales con marcadas desigualdades sociales, diversos niveles de gestión que inciden sobre el nivel local de salud, y un rol protagónico del sector público de salud en el abordaje integral de salud con vistas a incorporar las desigualdades sociales en sus intervenciones. Sin embargo, las características diferenciales que adopta la gestión y el proceso de organización del nivel local de salud en cada uno de ellos, la variable incorporación de la problemática de desigualdades y determinantes sociales -y la inequidad en salud que esto genera- nos muestra una rica variedad de escenarios. Además el reflejo de estos procesos en la producción científica también es particular, siendo diferente el volumen y desarrollo de la temática entre estos dos países.

En relación con el recorte temporal, se tomaron artículos publicados en el período 2005-2015, es decir, los primeros 10 años luego de la conformación de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS, como hito que refleje toda una serie de procesos y movimientos dentro del campo de salud a fin de incorporar la cuestión tanto en el plano científico, como en los debates de políticas públicas y en la gestión e intervenciones en salud. En este período de tiempo, también se han dado en la gestión local de salud y en los debates en torno a la APS, replanteos y debates en cuanto a la integralidad de los abordajes y a la incorporación de los determinantes sociales de salud en el modelo de atención.

Para tal fin se estudiaron artículos científicos de revistas indizadas en bases de datos. Las bases de datos elegidas fueron Biblioteca Virtual en Salud (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), PubMed y Scopus. En la etapa inicial exploratoria se buscaron, probaron y evaluaron diversos términos libres, descriptores en ciencias de la salud (DeCS), MeSH terms (*medical subject headings terms*/términos de encabezado de temáticas médicas) y combinaciones a fin de conformar una estrategia de búsqueda y una muestra que fuera lo más representativa posible del objeto de estudio. En este sentido se pusieron a prueba términos y combinaciones, tanto asociados a nivel local de salud, gestión y desigualdades sociales. En relación a desigualdades sociales, se probaron los términos *social inequalities*,

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

social determinants of health, social determinants, inequity, equity, social disparities, de estos se seleccionaron *social inequalities, social determinants* e *inequity* dado que los artículos encontrados con estos, fueron más adecuados con un cierta proporción de solapamiento. En cuanto a gestión, los términos evaluados fueron *management, organization, administration, government, strategies, interventions* de estos se optó por los dos primeros, -ya que los restantes términos dieron resultados muy similares a *management*, al igual que *manager* y *managing-*, y por *strategies* e *interventions*. Por otra parte, los términos asociados a nivel local de salud fueron *local health services, primary health care, first level of health* y *basic health services*. Finalmente los descriptores y términos libres seleccionados, que se aplicaron en combinaciones (con el operador lógico AND), fueron *local health services* (término libre), *first level of health* (término libre), *primary health care* (MeSH Term/DeCS), *basic health services* (DeCS), *management* (DeCS), *organization* (término libre), *strategies* (término libre), *interventions* (término libre), *inequity* (DeCS), *social inequalities* (término libre), y *social determinants* (DeCS), junto con los países seleccionados. Se eligieron combinaciones de términos libres/descriptores, que se aplicaron por igual en las cuatro bases de datos, junto con cada uno de los dos países seleccionados, esquematizadas en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Cuadro descriptivo de las combinaciones de términos utilizadas.

Términos de búsqueda (descriptores y términos libres) utilizados en todas las bases de datos

Local Health Services (TL) AND Management (DeCS) AND Argentina/Brazil
Local Health Services (TL) AND Organization (DeCS) AND Argentina/Brazil
First Level of Health (TL) AND Management (DeCS) AND Argentina/Brazil
Primary Health Care (MeSHTerm) AND Management (DeCS) AND Argentina/Brazil
Primary Health Care (MeSHTerm) AND Organization (TL) AND Argentina/Brazil
Primary Health Care (MeSHTerm) AND Social Determinants (DeCS) AND Argentina/Brazil
Primary Health care (MeSHTerm) AND Strategies (TL) AND Argentina/Brazil
Basic Health Services (DeCS) AND Management (DeCS) AND Argentina/Brazil
Basic Health Services (DeCS) AND Organization (TL) AND Argentina/Brazil
Social Inequalities (TL) AND Management (DeCS) AND Argentina/Brazil
Social Inequalities (TL) AND Organization (TL) AND Argentina/Brazil
Social Determinants (DeCS) AND Management (DeCS) AND Argentina/Brazil

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.

Social Determinants (DeCS) AND Organization (TL) AND Argentina/Brazil

Social Determinants (DeCS) AND Interventions (TL) AND Argentina/Brazil

Inequity (TL) AND Management (DeCS) AND Argentina/Brazil

Inequity (TL) AND Organization (DeCS) AND Argentina/Brazil

Inequity (TL) AND Interventions (TL) AND Argentina/Brazil

Fuente: Elaboración propia.

TL=término libre.

DeCS=descriptores en ciencias de la salud.

MeSH=Encabezados de Temáticas Médicas.

Los campos de búsqueda fueron Resumen en las bases de datos BVS y Scopus, mientras que en PubMed fue Título/Resumen -salvo en primary health care que es MeshTerm- y en Scielo fue Subject (que sería un equivalente a Título/Resumen). Con respecto al año de publicación se aplicó el filtro 2005-2015. Presentamos cuadros más detallados en Apéndices, donde figura cada una de las combinaciones de los términos libres, descriptores, junto con la cantidad de artículos obtenidos (ver Apéndices). A continuación en la Tabla 3 se presentan el número de citas bibliográficas obtenidas en cada base de datos.

Tabla 3. Tabla descriptiva abreviada con los resultados de las búsquedas definitivas.

Base de datos	Cantidad de citas bibliográficas por base de datos
BVS	1063
Scopus	973
SciELO	1033
PubMed	263

Fuente: Elaboración propia.

BVS=Biblioteca Virtual en Salud.

SciELO=Biblioteca Científica En Línea.

A partir de esta muestra, para la construcción del corpus de estudio se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión: artículos científicos en soporte electrónico publicados con fecha 2005 a 2015 acerca de los países seleccionados, centrados en la gestión del nivel local de

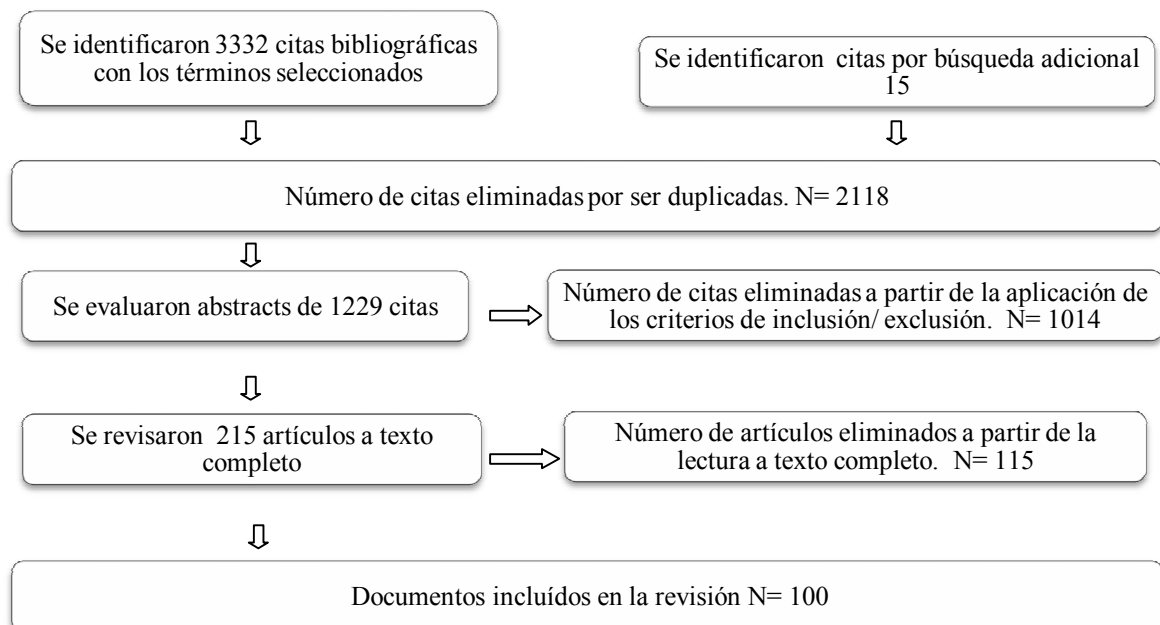
Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

salud (municipio y/o efectores locales de salud) en relación a las desigualdades o determinantes sociales y su abordaje, que puedan responder a la pregunta central de este trabajo.

Criterios de exclusión: libros, tesis, papers de conferencias, monografías – artículos que si bien sean de algún/os de los países seleccionados se refieran a estos de manera genérica como Latinoamérica/Sudamérica – artículos que habiendo sido publicados dentro del período elegido se refieran exclusivamente a un período de tiempo por fuera del elegido, por ejemplo artículos históricos – artículos que no estén centrados en el nivel local de salud.

Luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se realizó una lectura a texto completo de los artículos restantes, eliminándose una porción de estos por no coincidir con la temática propuesta a pesar de cumplir con los pasos preliminares. Además en este procedimiento se incorporaron artículos por búsqueda adicional. De esta manera el corpus documental a analizar quedó finalmente conformado por 100 artículos científicos (ver Figura 2).

Figura 2. Esquema descriptivo de la conformación del corpus documental.



Fuente: Elaboración propia.

Pasando a la etapa de procesamiento del corpus documental, en relación al primer objetivo específico, etapa de caracterización, se tomaron y analizaron ciertas variables

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

descriptivas a fin de ubicar y contextualizar los artículos del corpus: el país al que se referían, con el supuesto de que encontraríamos diferencias y particularidades al compararlos entre sí; el año de publicación, para conocer cómo había trascendido la aparición de artículos, en nuestro corpus, en torno a esta temática a lo largo del período elegido; el tipo de artículo, ya que nos resultaba relevante comprender los diferentes abordajes encontrados desde donde se trató esta temática; la revista donde aparecía, a fin de averiguar si encontrábamos particularidades en nuestro corpus en relación cuanto al sitio de publicación; y por último, la dimensión territorial a la que se refería el artículo, que ya creemos que el punto de vista territorial al que apunta cada artículo va en relación a la posibilidad de analizar los procesos locales a través de ellos.

En la fase analítica, en relación al segundo objetivo específico, de clasificar los artículos del corpus, recurrimos al análisis de contenido temático documental cualitativo. Dado que ya desde el ejercicio exploratorio y el preanálisis, nos aparecía como variable (teórica) 'el enfoque temático del artículo en relación a gestión local de salud e intervenciones relacionadas a desigualdades sociales', se construyó una codificación que nos permitiera analizar las contribuciones de cada artículo como unidad de análisis.

Como adelantábamos, con respecto a las técnicas de análisis en esta fase, se utilizó el análisis de contenido documental, tomando como referencia a Bardin y otros autores.

La categorización es una operación de clasificación de elementos constitutivos de un conjunto, por diferenciación y, a continuación, por el reagrupamiento según el género (analogía), con los criterios definidos. Las categorías son rúbricas o clases, las cuales reúnen un grupo de elementos (unidades de registro, en el caso del análisis de contenido) con un título genérico, agrupamiento este efectuado en razón de los caracteres comunes de estos elementos. El criterio de categorización puede ser semántico (categorías temáticas). (Bardin, 1979, p. 117)

De esta manera, se estableció como unidad de análisis las contribuciones de cada artículo y se llegó a una codificación que permitió asignarles alguna de las tres categorías a cada uno (Bardin, 2002; Minayo, 2009). Como decíamos, las unidades de análisis fueron las contribuciones (los párrafos de discusión y conclusiones o sus equivalentes) de cada uno de los artículos del corpus dado que son los apartados comparables entre sí (Minayo, 2009; The Joanna Briggs Institute, 2014). Teniendo en cuenta reglas del análisis de contenido -homogeneidad, exhaustividad, exclusividad, objetividad, pertinencia- se construyó un protocolo de análisis, con el objetivo de categorizar los artículos en los tres categorías señalados previamente, estructuras: reglas y recursos, procesos de producción de cuidado,

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

resultados demoepidemiológicos, identificando frases, oraciones o párrafos (unidades de registro) de las unidades de análisis que permitieran clasificarlos (Bardin, 1979; Marradí, Archenti & Piovani, 2010; Cáceres, 2003).

Como comentábamos en capítulos previos, las categorías temáticas seleccionadas para dar cuenta y analizar los artículos, nos han remitido al abordaje de estructuras, procesos y resultados (Donabedian, 1966; Hartz & Vieira Da Silva, 2009). Cabe señalar, que así como existen en la literatura diversas propuestas modificatorias del original (Handler *et al.*, 2001), en nuestro caso, y dado que se trata de una revisión de artículos, esta clasificación también ha sido redefinida y adaptada en cuanto al significado de cada categoría, que nos permitiera agrupar y analizar los artículos seleccionados.

La primera de estas categorías se denominó *Estructuras: reglas y recursos* donde agrupamos artículos que relacionaban a la gestión local de salud y las desigualdades sociales con ordenamientos institucionales diferentes al nivel local con influencia en éste a través de reglas y recursos de asignación y autoridad, como factores de poder, y que inciden en su producción y reproducción de manera dinámica (Giddens, 2006).

Otra categoría se denominó *Procesos de producción de cuidado* donde se trataban temáticas en torno a los trabajadores de la salud, las prácticas de salud y el modelo de atención, siempre desde la perspectiva de la gestión y teniendo en cuenta las desigualdades sociales, incluyendo las experiencias de gestores locales y equipos de salud con respecto a programas de otros niveles, y también procesos de trabajo con la comunidad, relaciones entre actores (Merhy, 2006; Arouca, 2008; Franco & Merhy, 2016).

La tercera categoría fue *Resultados demoepidemiológicos*, de artículos en que se analizaba la incidencia de las desigualdades sociales en diversos aspectos del PSEA, así como el impacto de ciertas acciones de la gestión, intervenciones o abordajes, en la mejoría de ciertas desigualdades y en la equidad en salud redundando en mejoras de los resultados demográficos y/o epidemiológicos (Hartz & Vieira Da Silva, 2009).

Entonces, con respecto a este protocolo, se procedió a revisar cada uno de los artículos del corpus. Se focalizó en los párrafos de contribuciones (discusión, conclusiones y equivalentes). Se estableció una codificación por documento (artículo) que permitiera detectar el punto de vista general de cada uno de ellos y así asignarle una categoría. Esta consistió en tres códigos: estructuras, procesos o resultados (Bardin, 1979; Piñuel Raigada, 2002; Cáceres, 2003). Se definió cada una de las categorías en ese orden, de la manera que se

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

detalla a continuación en los Cuadros 4,5 y 6.

Cuadro 4. Protocolo de codificación de la categoría Estructuras: reglas y recursos

Código	Estructuras
Definición breve	Estructuras, reglas y recursos
Definición completa	Se refieren a ordenamientos institucionales diferentes al nivel local con influencia en éste a través de reglas y recursos de asignación y autoridad, como factores de poder, y que inciden en su producción y reproducción de manera dinámica.
Cuándo se usa	Se utiliza cuando el texto se refiera a factores u ordenamientos estructurales, incluidas cuestiones asociadas a legislaciones, sistemas, planes y programas nacionales, financiamiento con una visión general sobre el nivel local y las desigualdades sociales.
Cuándo no se usa	No se utiliza cuando el texto se refiera a procesos y acciones locales, tanto de gestores como del equipo de salud en general. O cuando el foco del artículo sea cómo influyen o se vivencian en los procesos locales algunos aspectos estructurales.
Ejemplos	Se han implementado programas que si bien han surgido desde una concepción de Atención Primaria en Salud (APS) incluyen importantes componentes de DSS. El Programa Médicos Comunitarios busca transformar el modelo de atención en salud mediante el establecimiento de equipos básicos de salud interdisciplinarios que estimulan la participación activa de la comunidad y la interculturalidad en salud. 'Salvavarda Indígena' es una estrategia de inclusión social basada en la interculturalidad y focalizada en las comunidades con alta densidad de pueblos originarios en el país; busca que a partir de una evaluación social y participativa se construya un Plan para los pueblos indígenas, específico para la atención en salud en esta comunidades. Finalmente el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables ha buscado incentivar el desarrollo de políticas intersectoriales e institucionales en los municipios del país, que actúen sobre determinantes socioeconómicos mediante estrategias de participación comunitaria. (García-Ramírez & Vélez-Álvarez, 2013, p. 735).

Fuente: Elaboración propia.

APS=Atención Primaria en Salud.

DSS=Determinantes sociales de salud.

En cuanto a la segunda categoría inicial, *Procesos de producción de cuidado*, se definió la siguiente codificación:

Cuadro 5. Protocolo de codificación de la categoría Procesos de producción de cuidado.

Código	Procesos
Definición breve	Procesos de producción de cuidado.
Definición completa	Se refieren a todos los aspectos y acciones del equipo de APS, incluidos los gestores locales, y al modelo de atención que deriva de estos.
Cuándo se usa	Se utiliza cuando el texto se refiera a las características, percepciones, acciones e intervenciones de gestores locales y/o trabajadores de la salud de APS, las prácticas de salud, las redes y el modelo de atención. Incluye experiencias con la comunidad, y la influencia en experiencias o aplicaciones en el ámbito local, de políticas y otras

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.	cuestiones estructurales.
Cuándo no se usa	Cuando el texto no esté centralizado en el quehacer del gestor local y/o el equipo de salud y/o la comunidad.
Ejemplos	Según percibimos, el proyecto tuvo espacios de vivencia y formación pedagógica integral y participativa. Las referencias pedagógicas esenciales de nuestra práctica son la educación popular en salud y la educación permanente en salud. Ambas permiten el diseño de metodologías participativas en el proceso de trabajo. De esta experiencia surgieron muchos avances. Entre ellos nos gustaría resaltar el trabajo en equipo, el protagonismo de los integrantes y de la comunidad en la construcción de actividades y la ampliación de una mirada crítica sobre la realidad social y el trabajo en salud. Destacamos también como avance para los saberes y prácticas en el contexto de la salud de la familia el énfasis en la perspectiva de trabajo comunitario. (Barreto <i>et al.</i> , 2012, p. 91). ²⁷

Fuente: Elaboración propia.

APS=atención primaria de la Salud

La última categoría fue *Resultados demoepidemiológicos*, a continuación se detalla (Cuadro 6).

Cuadro 6. Protocolo de codificación de la categoría Resultados demoepidemiológicos.

Código	Resultados
Definición breve	Resultados demoepidemiológicos
Definición completa	Se refieren a la asociación o impacto en resultados demoepidemiológicos de intervenciones que incluyan o puedan incluir desigualdades sociales desde el nivel local de salud.
Cuándo se usa	Se utiliza cuando el texto se refiera a la asociación y/o impacto de ciertas acciones de la gestión, intervenciones o abordajes, en la mejoría de ciertas desigualdades y en la equidad en salud, llevadas adelante con o desde el nivel local de salud.
Cuándo no se usa	Cuando el texto no está centrado en resultados demoepidemiológicos.
Ejemplos	Como era esperable, existió una alta prevalencia en trastornos mentales comunes (TMC) ²⁸ entre los pacientes que concurrían a los centros del Programa de Salud de la Familia (PSF) en la municipalidad de Petrópolis. [...] La interacción entre género e ingreso llevó a multiplicar por tres el riesgo de TMC en las mujeres viviendo en extrema pobreza. Esto es de particular importancia cuando se planifican intervenciones de salud pública, especialmente cuando ya es sabido que las madres de niños desnutridos tienen alta prevalencia de TMC. [...] El hecho de que los TMC estén asociados con problemas sociales y familiares representa una importante razón para que el sistema de salud introduzca estrategias para mitigar el sufrimiento de estos pacientes. [...] (Fortes <i>et al.</i> , 2011, p. 152-154). ²⁹

Fuente: Elaboración propia.

TMC= trastornos mentales comunes.

PSF= Programa de Salud de la Familia.

²⁷ Traducción libre de la autora.

²⁸ En el artículo se define como trastorno mental común (TMC) a la presencia de depresión y/o ansiedad.

²⁹ Traducción libre de la autora

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Por último, en cuanto al tercer objetivo específico, de identificar, analizar y discutir avances, obstáculos y propuestas contenidos en los artículos en relación a las desigualdades sociales y la gestión local de salud, se procedió a realizar una descripción y discusión, de los mismos en cada categoría temática. Este análisis fue de tipo explicativo narrativo, siguiendo la propuesta metodológica de revisiones integrativas, analizando el corpus a fin de construir una síntesis crítica en base a publicaciones de diversas metodologías (Lima & Miotto, 2007; Botelho, 2011; The Joanna Briggs Institute, 2014).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Caracterización del corpus documental: ubicación e identificación

Con respecto al primer objetivo, la descripción de ciertos aspectos de los artículos del corpus documental conformado en nuestra búsqueda, procedimos a caracterizarlos en relación a ubicación e identificación. Las variables incluidas fueron país, año de publicación, tipo de publicación, revista y dimensión territorial de estudio.

En relación a los tipos de publicaciones encontradas, construimos una clasificación que organiza a los artículos en: investigativos cuantitativos, investigativos cualitativos, investigativos cualicuantitativos, estudios evaluativos, teóricos y relatos de experiencia.

Dentro de los artículos investigativos cuantitativos se incluyeron tanto los agregados como individuados (ver Cuadro 7).

Cuadro 7. Metodología o diseños de investigaciones epidemiológicas cuantitativas.

Tipo	Posición del investigador	Referencia temporal	Otras denominaciones
Agregado	Observacional	Transversal	Estudios Ecológicos
		Longitudinal	Estudios de tendencia o series temporales
Individuado	Intervención	Longitudinal	Ensayos comunitarios
	Observacional	Transversal	Entrevistas
		Longitudinal	Prospectivos o cohortes Retrospectivos o caso control
	Intervención	Longitudinal	Ensayos clínicos

Fuente: Modificado de Almeida Filho & Rouquayrol, 2008.

Por otro lado, entre los artículos investigativos cualitativos, se encontraron de diversas metodologías de recolección de datos tales como entrevistas, grupos focales, observación participante, etc., y de análisis, por ejemplo, de contenido, de discurso, hermenéutico dialéctico, etc. (ver Cuadro 8).

Cuadro 8. Ejemplos de metodologías de recolección de datos y análisis cualitativo.

Etapa	Tipos
Recolección de datos	Entrevistas
	Revisión documental
	Grupos focales

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.

	Observación participante
Análisis	De Contenido
	De discurso
	Hermenéutico-Dialectica

Fuente: Elaboración propia basado en Minayo, 2009.

Se incluyó la dimensión territorial de estudio, dado que se encontró cierta relación con el tipo de publicación y el enfoque del artículo. Las dimensiones construidas fueron: país, estado/provincia, ciudad/municipio, barrio/comunidad/distrito de salud.

En este apartado, en segundo plano, decidimos también agregar algunos comentarios acerca de las temáticas expuestas en los artículos, más allá de que todos tienen alguna relación con nuestra propuesta de trabajo, intervenciones en relación a desigualdades sociales y gestión local de salud, ya que consideramos de interés conocer las temáticas específicas que circularon en el corpus, como reflejo la articulación de la temática de nuestra tesis con las diversas problemáticas del PSEA tratadas en las publicaciones.

4.1.1 Argentina

Con respecto a los artículos referidos a Argentina, en dos casos también se referían a varios países, Brasil y otros –de Latinoamérica- que no han sido incluidos en la tesis (Bursztyń *et al.*, 2010; García-Ramírez & Vélez Álvarez, 2013) (ver Apéndice B para más detalles).

Las publicaciones encontradas sobre nuestro país, fueron más numerosas de 2010 en adelante, pudiendo estar esto relacionado con la relevancia teórico-conceptual creciente de los términos de búsqueda elegidos, y su influencia tanto sobre el ámbito científico como en los diversos niveles de la gestión en salud, y que no parece ser privativo únicamente de nuestro país.

Por otra parte, con respecto a los artículos del corpus sobre nuestro país, se encontraron diferentes tipos de publicaciones, estudios investigativos cuantitativos, cualitativos, cualicuantitativos, estudios evaluativos y también teóricos, sin predominar ninguno en especial. Un poco más de la mitad de los artículos fueron publicados en revistas no argentinas. Entre los artículos, las dimensiones territoriales de referencia fueron barrios/comunidades/distrito de salud, ciudades/municipios, provincia y en otros el país en general. Es decir que la unidad territorial de análisis o dimensión territorial más pequeña

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

encontrada ha sido la de barrios, comunidades o distrito de salud. En el apartado de Apéndices se presenta un cuadro de síntesis con las características señaladas aquí.

La poca cantidad de artículos obtenidos sobre nuestro país –con respecto al total del corpus- nos lleva a preguntarnos acerca de la existencia de sistematización de experiencias, producción y publicación de artículos (especialmente en publicaciones indizadas) que den cuenta, acerca procesos de trabajo en relación al modelo de gestión local y al modelo de atención de los equipos de salud con foco en las desigualdades/determinantes sociales en el contexto local. Particularmente se encuentran pocos artículos referidos a experiencias en comunas, barrios o áreas territoriales de las áreas programáticas o distritos de salud. ¿Existe esa producción científica, ese interés por describir y analizar el abordaje de las desigualdades sociales en APS? ¿Esas producciones y experiencias en realidad existen pero quedan ajenas a las publicaciones indizadas?

Con respecto a las temáticas circulantes en lo hallado, algunos artículos apuntaban al análisis de diferencias en cobertura y acceso a servicios de atención de salud en relación a situaciones de desigualdad social y sus determinantes y posibles intervenciones al respecto. También se encontraron publicaciones que abordaban el funcionamiento de la atención primaria desde el punto de vista estructural del sistema de salud. A la vez otros, analizaban la cuestión en relación a las características de los diferentes subsectores de salud. Se encontraron también artículos acerca de los procesos de trabajo y el modelo de atención en efectores de atención primaria del subsector público, haciendo foco en ciertas problemáticas. Finalmente, también se encontraron artículos que realizaban un análisis de las desigualdades sociales y su relación con la gestión de la atención primaria a través de temáticas de salud puntuales como parasitosis, Chagas, tuberculosis y salud de la mujer, entre otros, analizando la influencia de los determinantes sociales en la aparición de estos eventos y en su incidencia en el acceso y modelo de atención para abordarlos.

4.1.2 Brasil

Entre los artículos referidos a Brasil, algunos fueron acerca de Argentina (en dos casos), y otros países (Bursztyn *et al.*, 2010; García-Ramírez & Vélez Álvarez, 2013; García-Subirats *et al.*, 2014; Marten *et al.*, 2014).

Se encontraron publicaciones fechadas en cada uno de los años del período y mayor cantidad que los de Argentina. También se encontraron tipos de artículos diversos, estudios

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

investigativos cuantitativos, cualitativos, estudios evaluativos y también teóricos, en proporciones similares. Además se agregaron relatos de experiencias. En cuanto a las revistas o sitios de publicación predominaron las publicaciones en sitios brasileños. Entre las publicaciones brasileñas las que se destacaron fueron *Revista Saúde Pública*, *Ciência e Saúde Coletiva* y *Cadernos de Saúde Pública*. Con respecto a las publicaciones no brasileñas sobresalen la *Revista Panamericana de Salud Pública* (OPS) y *The Lancet*.

En cuanto a la dimensión territorial de referencia acerca de este país, se encontró un grupo importante de artículos referidos a barrios, comunidades o distritos de salud dentro de ciudades, o en las periferias de éstas, dónde se explora más específicamente lo territorial en relación a intervenciones en relación a desigualdades sociales que involucran a la gestión local de salud. En estas predominó el tipo de publicación investigativa, en su mayoría cualitativa (con diversas metodologías de recolección de datos y análisis) y algunas cuantitativas, también hallamos relatos de experiencias. Cabe señalar que, excepto aquellos artículos investigativos cuantitativos, el resto estaban enfocados en analizar procesos de producción de cuidado, tanto desde las percepciones, como del análisis de la gestión y organización de prácticas, o desde la acción comunitaria e intersectorial.

Entre los artículos referidos a municipios y ciudades se destacan los artículos investigativos cuantitativos -especialmente los epidemiológicos con metodología descriptiva- e investigativos cualitativos, y también estudios evaluativos, en menor medida teóricos y relatos de experiencia.

En el otro extremo, los artículos que se refieren al tema con respecto a Brasil en general, fueron en su mayoría teóricos y en mucha menor medida investigativos cuantitativos. Los artículos enfocados desde la dimensión territorial país aludieron a nuestro tema de estudio desde aspectos estructurales, normas, asignación de recursos, etc. Por otra parte, fueron muy pocos los artículos que analizaban territorialmente por estado. En Apéndice B se resumen las características de los artículos encontrados.

Dada la importante cantidad de artículos, las temáticas encontradas fueron muy diversas. Como señalábamos previamente, algunos artículos focalizaron en el abordaje de las desigualdades sociales desde la perspectiva de la gestión local de salud, su impacto en el proceso de producción de cuidado y en los modelos de atención, el trabajo de los equipos de salud en relación a esto y la participación de la comunidad, resultando muy adecuados con respecto a nuestra propuesta de estudio y nuestro referencial teórico. Mientras que otro grupo

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

de artículos se refirieron a esto desde otro punto de vista, centrándose aspectos estructurales -normativos, de asignación de recursos, programáticos- y su incidencia en la gestión local de salud, o en aspectos demoepidemiológicos relacionados con ciertos eventos transmisibles (lepra, tuberculosis), salud mental, salud bucal y/o la incidencia de las desigualdades sociales en relación a estos eventos y los desafíos para los gestores de salud en cuanto a intervenciones.

4.2 El enfoque de los artículos en relación a intervenciones orientadas a desigualdades sociales y gestión local de salud: categorización

En este capítulo, se presenta la categorización documental que realizamos, acorde al segundo objetivo específico, teniendo en cuenta las contribuciones (discusión y conclusiones, y equivalentes) de los artículos. La variable que nos guió fue *el enfoque del artículo en relación a intervenciones orientadas a desigualdades sociales desde o con participación de la gestión local de salud*.

Como comentábamos previamente, las categorías que nos resultaron más adecuadas para clasificar los artículos -luego de revisarlos-, nos han remitido a un abordaje clásico, estructuras, procesos y resultados (Donabedian, 1966; Hartz & Vieira Da Silva, 2009). Por otra parte, tal como en nuestro caso, han existido en la literatura diversas adaptaciones y modificaciones del original (Handler *et al.*, 2001).

Esta categorización puede resultar muy amplia y a la vez conducirnos a un análisis reduccionista, sin embargo dada la amplitud y complejidad del tema propuesto ha resultado la más idónea. Además en nuestro caso, el propósito dista del mucho de ser una evaluación de servicios de salud, ya que nuestro objetivo es clasificar los artículos del corpus en categorías que nos permitan analizarlos críticamente, aunque dado que nos centramos en la gestión local de salud los puntos de contacto que tienen la han hecho útil para nuestro propósito.

La primera de las categorías se denominó *Estructuras: reglas y recursos* donde agrupamos y analizamos artículos que relacionaban a la gestión local de salud y el enfoque en las desigualdades sociales con propiedades estructurales de ordenamientos de salud y protección social por fuera del nivel local de salud con influencia en éste a través de recursos de asignación y autoridad, como factores de poder, y que inciden en su producción y reproducción de manera dinámica, es decir estructuras en el sentido de constricciones y habilitaciones que devienen de acciones recursivas que permiten la reproducción social de

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

cierto ordenamiento (Giddens, 2006).

Otra categoría se denominó *Procesos de producción de cuidado* donde se trataban temáticas en torno al gestor local y a los trabajadores de la salud de APS, las prácticas de salud, las redes y el modelo de atención en torno a las desigualdades sociales, incluyendo las experiencias de gestores y equipos de salud con respecto a programas de otros niveles, y también procesos de trabajo con la comunidad y otros sectores.

La tercera categoría fue *Resultados demoepidemiológicos*, de artículos, donde desde la epidemiología, se analizaba la asociación de las desigualdades sociales en diversos aspectos del PSEA y el nivel local de salud, así como el impacto de ciertas acciones de la gestión, intervenciones o abordajes, en la mejoría de ciertas desigualdades y en la equidad en salud (Hartz & Vieira Da Silva, 2009).

Cabe resaltar que, inicialmente, dado que cada uno de los artículos encontrados presentaba un punto de vista general o predominante en relación a las categorías, éstas fueron propuestas para clasificarlos, sin perjuicio de que en algunos casos fuera más trabajoso determinar el foco predominante. Este aspecto fue tenido en cuenta a lo largo de todo el proceso analítico a fin de confirmar si los hallazgos del análisis reforzaban o debilitaban la categorización inicial.

4.2.1 Estructuras: reglas y recursos

Dentro del corpus hallamos artículos que, particularmente en sus contribuciones, ponían el foco en ordenamientos institucionales diferentes al nivel local con influencia en éste a través de reglas y recursos de asignación y autoridad, dando cuenta de la influencia o condicionamiento que esto genera en la gestión local de salud y en las desigualdades sociales de los usuarios/beneficiarios.

En relación al tema que nos convoca, algunos artículos resaltaban aspectos que condicionaban desde la legislación nacional y las políticas sociales y de salud -nacionales, estatales o provinciales, y locales-. En tanto otros centraban sus trabajos en torno a la asignación de recursos materiales (financiamiento, insumos, etc.) de diversa índole y la ampliación de cobertura, como forma de buscar la equidad, y también recursos de autoridad como otra forma de generar control o dominación. De todas maneras tal como señala el autor, a fin de comprender el planteo de estructuras o propiedades estructurales de sistemas sociales, es importante remarcar la interrelación de estos conceptos como “formas de

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

dominación y poder”, que no solo limitan sino que también se presentan como facilitadores de la reproducción de estos sistemas sociales, instituciones, etc. (Giddens, 2006, p.54).

Una vez más resaltamos que no nos referimos aquí a estructuras en el término estricto de niveles de gestión, ni de organigramas, sino a acciones (propiedades estructurales) que se producen y reproducen generando la estructuración de sistemas sociales (Giddens, 2006).

Con el término “estructura” no me refiero, como es usual en el funcionalismo, al análisis descriptivo de las relaciones de interacción que “componen” organizaciones o colectividades, sino a sistemas de reglas generativas y recursos. (Giddens, 2001, p. 155)

“Estructura” se puede conceptualizar abstractamente como elementos normativos y códigos de significación: dos aspectos de reglas. También son dos las clases de recursos: recursos de autoridad, nacidos de la coordinación de la actividad de agentes humanos, recursos de asignación, que provienen del control sobre productos materiales o sobre aspectos del mundo material. (Giddens, 2006, p.32)

Teniendo en cuenta cómo estas constricciones y habilitaciones generan modificaciones en la estructuración de los sistemas sociales, por ejemplo en la protección social y de salud a la que pueden acceder, y a las desigualdades sociales que presentan, las poblaciones; señalaremos aquí algunos pasajes de éstos artículos, para en el siguiente capítulo profundizar el análisis desde la perspectiva avances, obstáculos y propuestas.

Como señalábamos antes, pudimos ubicar artículos referidos a normas y ordenamientos, tanto aquellas codificadas como tácitas, por ejemplo leyes y derechos, planes, políticas y prácticas institucionales informales relacionadas a salud, protección social y APS, que atraviesan e inciden de manera directa o indirecta en las intervenciones desde la gestión local de salud, en múltiples aspectos. Se verá más adelante, que algunos de estos fenómenos también son tomados en los artículos sobre procesos, pero en este apartado categorial han sido agrupados los artículos que se centran en el análisis eminentemente teórico-conceptual que abordan la temática centralmente desde una dimensión nacional, regional o provincial, encontrándose solo una referencia genérica a la experiencia de los gestores locales o del nivel local de salud. En ese sentido hemos encontrado artículos acerca de las políticas de salud, de APS y de protección social de ambos países. También en relación a los ordenamientos (legales y usuales) para la participación social en salud y con respecto al abordaje programático de ciertas problemáticas del PSEA (ver Cuadro 9).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Cuadro 9. Temáticas jerarquizadas en la categoría Estructuras: reglas y recursos.

Temáticas	Referencias
Políticas de salud, APS y protección social	Ase, 2006
	Paganini, 2006
	Sousa, 2008
	Ase & Burijovich, 2009
	Chiara, De Virgilio & Moro, 2009
	Göttems & Pires, 2009
	Mendonça, 2009
	Bursztyn <i>et al.</i> , 2010
	Alves & Escorel, 2013
	García-Ramírez & Vélez Álvarez, 2013
Soratto <i>et al.</i> , 2015	
Políticas y ordenamientos en torno a la participación social	Becker <i>et al.</i> , 2007
	Costa <i>et al.</i> , 2009
Políticas y ordenamientos en torno al abordaje de la Salud Mental	Di Nanno, 2008
	Gerlero <i>et al.</i> , 2010
Políticas y ordenamientos en torno al abordaje de la salud nutricional	Jaime <i>et al.</i> , 2011
	Santos, 2005
Financiamiento, cobertura, accesibilidad y protección social a nivel país	Mesa-Lago, 2007
	Penchaszadeh, Leone & Rovere, 2010
	Paim <i>et al.</i> , 2011
	Chiara, 2012
	Marten <i>et al.</i> , 2014
	Tesser & Norman, 2014

Fuente: elaboración propia.

Nota: ver Apéndices para citas bibliográficas completas.

APS=Atención Primaria de la Salud

Con respecto a estos artículos citaremos ciertos fragmentos referidos a las políticas de APS, que nos han permitido categorizar los artículos. Nos resulta de relevancia para el tema propuesto notar cómo operan tensiones en los ordenamientos institucionales del sector salud y protección social, básicamente a nivel estatal nacional y provincial que termina actuando como un condicionante de los procesos de gestión y atención en el nivel local. Quizás sea en esta dimensión donde se hace más notorio el límite que el ordenamiento político y económico nacional (y por qué no global) le impone a la propuesta de APS integral y a la inclusión de las desigualdades sociales dentro de la misma, así como de los planes intersectoriales de protección social para abordarlos.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Para modificar las condiciones de pobreza, educación, trabajo, ingresos, poder, y por tanto, salud, en una nación democrática, es necesario más que sistemas de salud centrados en la APS. Se ratifica la necesidad de interferir en las lógicas desiguales de la acumulación capitalista, buscando mayor equidad en el acceso a las políticas sociales. Esa tarea es por demás compleja para ser confinada al idealismo de los valores, principios y elementos de la propuesta de renovación de la APS. Aunque el espacio de la política sea esencial para pactar las cuestiones de interés público, este no transcurre sin el poder y los intereses privados, en especial en el capitalismo. Para una lucha de tal envergadura, se ha de fortalecer el sentido del bien común y de la ciudadanía en la sociedad civil, situación todavía lejana en países como Brasil. (Göttems & Pires, 2009, p. 195)³⁰

En 2004 empezó (en Argentina) una reforma anunciada en el Plan Federal de Salud que plantea un nuevo modelo sanitario basado en redes de atención, reconociendo su base en la APS. La estrategia apunta a asegurar la cobertura de ciudadanos que no la tienen, articulando sistemas y flexibilizándola según necesidades. La APS es asumida como prioridad y las acciones de promoción y prevención deberán tener una asignación creciente de recursos a cargo de los gobiernos locales y plantear un fondo nacional de asistencia a los Centros de Atención Primaria. Las provincias son responsables del sistema de salud y, a pesar de esta reciente Política de Atención Primaria en Salud formulada a nivel nacional, permanecen grandes diferencias entre provincias y entre los propios municipios de una misma provincia, además de las diferencias de cobertura con los cotizantes de las Obras Sociales. (Bursztyń *et al.*, 2010, p. 82)

En general en los artículos de esta categoría, *Estructuras: reglas y recursos*, notamos la influencia de las propuestas teórico conceptuales nacionales, e internacionales, que convertidas en derechos, legislaciones, políticas, prácticas establecidas (reglas) o a través de priorizaciones presupuestarias (asignación de recursos) o programáticas (recursos de autoridad) buscan incidir en la gestión del nivel local. Se percibe el intento por revertir las inequidades entre barrios, ciudades, regiones, pero también enfrentar las desigualdades sociales presentes en ciertas poblaciones, con dispar posibilidad de concreción. Como bien notamos en una de las citas anteriores, estos planteos no están exentos de debates y críticas, a la APS, a la participación social, al concepto de universalidad, etc. Entendemos que esto tendría que ver tanto con las particularidades de cada país y sus sistemas políticos, las cuestiones coyunturales, como con la profundidad de las reformas y políticas analizadas.

En relación a los artículos más orientados a la temática de *recursos* centralmente materiales (de asignación), económicos, financieros, pero también de autoridad, dominación en la reproducción de las instituciones estudiadas, se agruparon aquellos artículos dedicados a esta cuestión, los cuales -muchos de ellos- analizaban las vías para favorecer la accesibilidad,

³⁰ Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

la ampliación de cobertura y la equidad a través de la disponibilidad de programas, equipos de salud, insumos, medicamentos y equipamientos, etc.

A continuación se cita un ejemplo de acerca de Brasil y otro de Argentina, donde se resalta la interrelación entre recursos (asignación, autoridad), fortalecimiento o no de la protección social y de salud, y su impacto en las desigualdades sociales, por ejemplo en la búsqueda por reducir gastos de bolsillo de los usuarios o la transferencia de recursos a través de programas especiales.

En una evaluación del ordenamiento de Brasil realizado por la OMS fueron contrastados los mecanismos a favor y en contra de la solidaridad. Entre los primeros:

- El SUS atiende a la población empobrecida y de bajos ingresos, financiado por la contribución de empresas, impuestos y transferencias del gobierno federal;
- Los programas Piso de Atención Básica, Programa de Salud Familiar y Programa Bolsa Alimentación contribuyen a la reducción de la pobreza, mejorando la salud y la nutrición;
- Los dos fondos de compensación disminuyen las desigualdades regionales;
- El financiamiento del SUS es transferible para aquellos que se pasan al sector privado. (Mesa-Lago, 2007, p. 125-126)³¹

Recientemente se ha reavivado la estrategia de APS en el Ministerio de Salud nacional, el cual financia un programa de entrenamiento de médicos para la salud comunitaria, con el objetivo de formar parte de los centros de salud existentes. La atención primaria ha sido reforzada por el Programa Remediar del Ministerio de Salud, el cual suministra medicación gratuita a todos los 6,290 centros del país. (Penchaszadeh, Leone & Rovere, 2010, p. 354)³²

En los artículos anteriormente citados, podemos percibir la problematización en torno a los recursos de asignación y autoridad, fondos, presupuestos, planes, programas que favorezcan la accesibilidad a los servicios de salud, especialmente locales, y a la cobertura integral -incluso los más costosos-, así como a otros recursos de protección social, de los grupos poblacionales con mayores desigualdades sociales. En el capítulo de avances, obstáculos y propuestas se profundizará acerca de cada artículo.

A continuación en la siguiente categoría, *Procesos de producción de cuidado*, se agruparán los artículos que presentan, desde una lógica territorial local, el foco en cuestiones procesuales y relacionales.

³¹ Traducción libre de la autora.

³² Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

4.2.2 Procesos de producción de cuidado

En esta categoría se agruparon los artículos en torno a los gestores locales y trabajadores de la salud de APS y la comunidad. Los artículos se centran en las prácticas e intervenciones de salud, las redes y articulaciones implementadas y el modelo de atención, teniendo en cuenta el foco en las desigualdades sociales. Aquí también se incluyeron aquellos trabajos referidos a las experiencias de gestores locales y equipos de salud con respecto a gestión y organización de programas de otros niveles, lineamientos, y también procesos de trabajo con la comunidad.

Indagaremos por un momento que encierra esta propuesta de *procesos de producción de cuidado*, desde lo conceptual. Partamos de una concepción más tradicional, como el *cuidado médico*, al respecto de éste Sergio Arouca señala:

...involucra una relación entre dos personas. Una de ellas transforma un sufrimiento, una inseguridad, en síntesis un sentir en necesidad, que solamente puede ser satisfecha por alguien externo a ella, socialmente determinado y legitimado. (Arouca, 2008, p.207)

En ese proceso lo que se consume es el propio cuidado, o sea, el propio trabajo y no el producto de ese trabajo, en otras palabras el resultado del cuidado es la intervención (normativa o transformadora). [...] (Arouca, 2008, p.208)

El cuidado médico está determinado por las necesidades vitales creadas en los modos de vida y determina necesidades al definir socialmente su espacio de coberturas. (Arouca, 2008, p.209)

Dentro del movimiento de Salud Colectiva, y luego de la presentación de la Tesis *El dilema preventivista* de Sergio Arouca (1976), de donde provienen los párrafos anteriores, muchos autores continuaron indagando en torno a la cuestión del cuidado, tan emparentado al modelo de atención. Se han producido conquistas en este terreno, y tienen que ver con que hoy en día se asume con mayor consenso que el cuidado en salud, no es sólo médico, que puede (y suele) ser multi e incluso interdisciplinario, y que esas intervenciones *transformadoras* a las que quizás se refería Arouca, tienen que ver con prácticas comunitarias, de participación, interculturales e intersectoriales, teniendo como eje, a las necesidades de salud (incluyendo la enfermedad), desde una perspectiva social (y de desigualdades sociales), de acción colectiva (Arouca, 2008).

En ese sentido, otros autores que analizan en profundidad las implicancias del proceso de producción de cuidado son Emerson Merhy y Túlio Franco. En los textos *Cartografía del trabajo vivo* (Merhy, 2006) y *Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud* (Franco & Merhy, 2016) proponen para esta particularidad del trabajo en salud, que suele darse especialmente en el ámbito local, el concepto de *tecnologías blandas*. Estas tecnologías

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

blandas, las relacionan a cuestiones intersubjetivas donde se aplica el trabajo vivo en acto para generar lazos con los usuarios/familias, favorecer la construcción de autonomía, gestionar procesos de trabajo, etc.

...en el campo de la salud, el objeto no es la cura o la promoción y protección de la salud, sino la producción de cuidado, por medio del cual, se cree que se podrá alcanzar la cura y la salud, que son de hecho, los objetivos a los que se desea llegar. Creo que poder pensar en moldes para los procesos de trabajo en salud, en cualquier tipo de servicio, que consigan combinar la producción de actos cuidadores de manera eficaz con conquistas de los resultados, cura, promoción y protección, es un nudo crítico fundamental a ser trabajado por el conjunto de los gestores y trabajadores de los establecimientos de salud. (Merhy, 2006, p.52-53)

..., buscamos reflexionar sobre los procesos instalados al interior de las instituciones de salud como ejercicios de gobierno que el conjunto de los agentes realizan y que operan como mecanismos instituyentes en el cotidiano dentro de un determinado modo de gestionar el conjunto del trabajo en salud, trazando el perfil de un modelo tecnoasistencial y abriendo, por lo tanto, la posibilidad de comprender estos diversos autogobiernos, [...], sometiéndolos a un “control” por parte del colectivo de interesados, presentes al interior del espacio “publicizado”³³ de gestión, tanto de los establecimientos institucionales como de los procesos de trabajo en salud. (Franco & Merhy, 2016, p.58)

En definitiva el término procesos de producción de cuidado, nos remite en toda su complejidad al actuar cotidiano tanto del gestor (local de salud), como del equipo de APS, y las interrelaciones de y con usuarios, comunidad organizada u otros actores sociales, en función del trabajo por la mejoría del PSEA de la población local.

Los artículos hallados estuvieron referidos en general al modelo de atención, donde se exploraron diversos aspectos de la adecuación de la gestión del nivel local de salud para el abordaje de las desigualdades sociales o en el contexto de estas.

Se halló un grupo de artículos donde el acento estuvo en la descripción y evaluación de la gestión y organización centralmente en aspectos asistenciales (individuales, familiares, grupales) y generales del nivel local de salud, los lineamientos de la APS integral en relación al proceso de producción de cuidado en las instituciones del nivel local; y otro centrado en el análisis de intervenciones con foco en el abordaje comunitario, participación social e intersectorialidad.

En este sentido citaremos algunos pasajes que ponen de manifiesto, esta amplia concepción de la producción de cuidado, destacada especialmente por Merhy donde -más allá de lo disciplinar-, lo vincular, las acciones intercesoras generan ese plus necesario para el

³³ En estos autores, el término publicizado hace referencia a que quienes no pertenecen al equipo de salud, en general los usuarios, puedan tener conocimiento y participación en los procesos de trabajo que se dan a interior de la institución.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

abordaje integral (Merhy, 2006); y por otra resaltan la necesidad, tal como propone Marmot, por ejemplo, de incorporar la perspectiva de equidad, en todas las acciones tanto individuales como colectivas, tanto asistenciales como de promoción de la salud (Marmot, 2003; 2008).

Cuadro 10. Temáticas jerarquizadas en la categoría Procesos de producción de cuidado.

Temáticas	Referencias
Enfoque asistencial, integralidad y adecuación a lineamientos	Canesqui & Spinelli, 2006
	Oliveira & Marcon, 2007
	Melo <i>et al.</i> , 2008
	Marin, Silberman & Etchegoyen, 2008
	Marin & Silberman, 2009
	Giovanella <i>et al.</i> , 2009
	Veras & Vianna, 2009
	Traverso-Yépez, Morais & Cela, 2009
	Yavich, Báscolo & Haggerty, 2010
	Fausto <i>et al.</i> , 2011
	Onoko-Campos <i>et al.</i> , 2012
	Trad, Castellanos & Guimarães, 2012
	Kitajima & Moreira, 2012
	Silva & Benito, 2013
	Dowbor & Westphal, 2013
	Ellery, Pontes & Loiola, 2013
	Alencar <i>et al.</i> , 2014
	Silva & Fracoli, 2014
	Casanova, Teixeira & Montenegro, 2014
	Buyayisqui, Bordoni & Garbossa, 2015
Lima <i>et al.</i> , 2015	
Santos <i>et al.</i> , 2015	
Barros <i>et al.</i> , 2015	
Modelo de atención y salud de la mujer	Figueira <i>et al.</i> , 2009
	Coelho <i>et al.</i> , 2009
	Tavares, Mendonça & Rocha, 2009
	Paolino <i>et al.</i> , 2011
Pereira-Gomes <i>et al.</i> , 2015	
Modelo de atención y salud de los niños	Vanderlei & Vázquez Navarrete, 2013
	Ferreira, Costa & Andrade, 2015
Modelo de atención y salud de los varones	Silva, Vasconcelos & Vidal, 2013
Modelo de atención y salud del adulto mayor	Motta, Aguiar & Caldas, 2011

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.

Modelo de atención y salud mental	Dalla Vecchia & Martins, 2009 Camurí & Dimenstein, 2010 Cruz <i>et al.</i> , 2013 Gryschek & Pinto, 2015
Modelo de atención y salud bucal	Nascimento <i>et al.</i> , 2009 Kusma, Moysés & Moysés, 2012
Modelo de atención en salud sexual y ITS	Ferraz & Nemes, 2013
Modelo de atención en enfermedades transmisibles	Hino <i>et al.</i> , 2011
Intervenciones de promoción de la salud, comunitarias, intersectoriales y de participación social.	Cesar-Vaz <i>et al.</i> , 2007 Heidemann & Almeida, 2010 Faria & Bertolozzi, 2010 Martins <i>et al.</i> , 2010 Addum <i>et al.</i> , 2012 Cruz <i>et al.</i> , 2012 Barreto <i>et al.</i> , 2012 Moreira & Dwyer, 2013 Prasad <i>et al.</i> , 2013 Fracolli, Gomes & Gryschek, 2014 Silva <i>et al.</i> , 2014 Oliveira, Silva & Souza, 2014 Londero, Ceccim & Bilibio, 2014 Barroso & Silva, 2015

Fuente: Elaboración propia.

Nota: ver Apéndices para citas bibliográficas completas.

ITS= infecciones de transmisión sexual.

Citaremos un artículo, que evalúa a la gestión de la implementación de la APS, y la población y el abordaje de las desigualdades sociales, donde tal como pudimos ver en otros pasajes y es señalado por autores como Paim se ponen en tensión diversos modelos de atención (Paim, 2008).

El proyecto desarrollado en el presente trabajo permitió a los Centros de Salud del primer nivel de atención del municipio de Ensenada identificar la población que habita en sus respectivas áreas geográfica. En este punto subyace la idea de cambiar el concepto de área programática (área geográfica de desarrollo de programas) en área geográfica de responsabilidad. Esta denominación denota un mayor compromiso del equipo de salud para con el futuro sanitario alcanzado por la población que se encuentra a su cargo [...]

Asimismo, permite crear condiciones objetivas para pasar de un enfoque orientado solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para enfrentar los desafíos de salud más prevalentes, a un enfoque de salud como un derecho y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma, que solo se consigue conociendo la realidad de la totalidad de la población. (Marin, Silberman & Etchegoyen, 2008, p. 211)

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Con respecto a la temática de salud mental en el contexto del nivel local de salud, no se puede soslayar el impacto que generan las desigualdades sociales en la salud mental de las personas y familias, así como en la perpetuación de su marginación social por no poder sobreponerse a éstas, y requiriendo por parte del equipo de salud de mayores intervenciones para su protección social y mayor compromiso. Esta apreciación se aplica tanto para los padecimientos de salud mental en general como para las adicciones en particular. A continuación presentamos una cita que se refiere a esto.

La propia apertura a otros recursos más allá del encuadre clínico de una consulta posibilitada por la forma de organización de trabajo en la ESF ha contribuido a esta percepción ampliada, al paso que el equipo busca diversificar las estrategias de asistencia ofreciendo, además de las consultas, actividades en grupo u otras actividades comunitarias, por ejemplo incorporando cotidianamente las visitas domiciliarias como estrategia de asistencia. Tomar conciencia de las innumerables dificultades que la población atendida vive en este proceso es también una fuente de sufrimiento para los profesionales, lo cual queda en evidencia cuando, en las entrevistas, se refieren a la salud mental del propio equipo. (Dalla Vecchia & Martins, 2009, p. 191)³⁴

Como vemos en este grupo se rescatan interesantes reflexiones de los diferentes actores en torno a diferentes aspectos de la producción de cuidado y el rol del equipo de APS.

Por otra parte encontramos un significativo grupo de artículos donde se discute el modelo de atención en el nivel local, desde la descripción y evaluación de la implementación y promoción de intervenciones comunitarias e intersectoriales desde la gestión local de salud, hasta la incorporación de los efectores locales de salud como un actor más promovidos desde políticas públicas intersectoriales, o incluso desde otros actores extrasectoriales. En este grupo de artículos eje es en torno a las intervenciones del equipo de salud con otros actores, comunitarios, de otros sectores, etc.

...esta experiencia nos permite afirmar la potencialidad transformadora de la participación popular en los servicios locales de salud. Aún a pesar de las dificultades antes citadas, varios profesionales, gestores y usuarios utilizan el espacio con creatividad y propositividad, abriéndose al diálogo y el aprendizaje mutuo. Muchos problemas cotidianos de la Unidad de Salud Familiar (USF) logran ser enfrentados a través de la negociación en el espacio de diálogo, y la integración de estos actores permite, en algunos casos, la creación de vínculos y asociaciones, imprescindibles para la efectivización cotidiana de mejoras en las acciones de la salud de la familia. (Cruz *et al.*, 2012, p. 1098)³⁵

³⁴ Traducción libre de la autora.

³⁵ Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Entre los artículos que tratan sobre la acción intersectorial promovida desde las políticas públicas, en general desde el ámbito municipal, notamos la circulación de los conceptos de protección social, construcción de la ciudadanía, y enfoque de derecho en relación a la salud, propuesto desde nuestro marco conceptual por Fleury y Ase & Buriyovich (Fleury, 2003a; 2003b; Ase & Buriyovich, 2009).

La categoría siguiente agrupa aquellos artículos que desde el análisis de resultados demoepidemiológicos, contribuyen a explorar también la problemática de las desigualdades sociales y el PSEA, y el rol o la posibilidad de afrontarlas desde el nivel local de salud.

4.2.3 Resultados demoepidemiológicos

El último conjunto de artículos se caracterizó por presentar el tema que nos convoca desde un discurso y perspectiva epidemiológica, teniendo como factor común que centran la discusión en resultados demográficos y/o epidemiológicos, como manera de objetivar la realidad, proponer intervenciones o de describir efectos de intervenciones con participación del nivel local de salud. Poniendo en el centro del debate el proceso salud enfermedad atención de individuos y poblaciones, estos aluden a la asociación de las desigualdades y los determinantes sociales en el proceso salud enfermedad atención o a la objetivación del impacto de intervenciones sobre desigualdades sociales y cambios en el modelo de atención en APS en los resultados demoepidemiológicos de la población destinataria.

Como señalábamos más arriba, históricamente estudios similares a los incluidos aquí, formaron parte de la fundamentación científica para avanzar en la propuesta de tener en cuenta las desigualdades y determinantes sociales en la gestión de salud, por ejemplo el *Black Report*, los trabajos de Whitehead, Marmot, Wilkinson, etc. (Whitehead, 1990; 1992; Wilkinson, 1997; Marmot, 2013).

Cuadro 11. Temáticas jerarquizadas en la categoría Resultados demoepidemiológicos.

Temáticas	Referencias
Desigualdades y determinantes sociales de uso, acceso y cobertura del nivel local de salud	Turci <i>et al.</i> , 2010
	Cardoso <i>et al.</i> , 2011
	Jahangir, Irazola & Rubinstein, 2012
	Macinko & Lima Costa, 2012
	García-Subirats <i>et al.</i> , 2014
Desigualdades y determinantes sociales en salud bucal	Baldani, Almeida & Antunes, 2009
	Llompart <i>et al.</i> , 2010

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.	Baldani <i>et al.</i> , 2011 Palmier <i>et al.</i> , 2012 Bueno <i>et al.</i> , 2014 Soares, Chaves & Cangussu, 2015
Desigualdades y determinantes sociales en salud de la mujer	Paolino, Sankaranarayanan & Arrosi, 2013
Desigualdades y determinantes sociales en salud mental y adicciones	Fortes <i>et al.</i> , 2011
Desigualdades y determinantes sociales en enfermedades transmisibles	Parker <i>et al.</i> , 2012 Garbossa <i>et al.</i> , 2013 Pinheiro <i>et al.</i> , 2013 Herrero, Ramos & Arrosi, 2015
Desigualdades y determinantes sociales en enfermedades crónicas no transmisibles	Mills <i>et al.</i> , 2014
Impacto en salud del niño	Aquino, Oliveira & Barreto, 2009 Rasella <i>et al.</i> , 2013
Impacto en expectativa de vida	Rasella, Aquino & Barreto, 2013
Impacto en enfermedades transmisibles	Llovet, Dinardi & De Maio, 2011 Nery <i>et al.</i> , 2014

Fuente: elaboración propia.

Nota: ver Apéndices para citas bibliográficas completas.

Ciertos artículos incluso, se centran, a la luz de los resultados demoepidemiológicos, en estudiar propuestas y alternativas para mejorar aspectos del nivel local de salud, como la accesibilidad, la equidad, etc. Como el concepto de PSEA y de determinantes intermediarios de la salud lo resaltan, las características de la cobertura, acceso, gestión y modelo de atención de los servicios de salud tienen asociación con los resultados demoepidemiológicos de las poblaciones, y desde esa perspectiva deberían ser tenidos en cuenta en una propuesta como la nuestra (Menéndez, 1994; OMS, 2007; 2011). A continuación citamos algunos ejemplos.

Por otro lado, los resultados muestran importantes desigualdades sociales en el uso de servicios, relacionadas con el modelo de salud en cada país.[...]En Brasil, los datos revelan que una situación económica desfavorable (rentas bajas y sin seguro privado) incrementa el uso del SUS para todos los niveles asistenciales, [...]. En relación a los factores que capacitan para el uso de servicios, los resultados coinciden con otros estudios en que tener una fuente regular de atención se asocia positivamente con la utilización de la atención primaria,... (García-Subirats *et al.*, 2014, p. 487)

Como se desprende del cuadro anterior además de la temática de acceso, uso y

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

cobertura, se encontraron otros tales como desigualdades y determinantes sociales en salud bucal, de la mujer, mental, y enfermedades transmisibles y crónicas no transmisibles. En los mismos se buscan asociaciones entre estas desigualdades y los resultados demoepidemiológicos en tales temáticas, a la vez de relacionarlos con la atención o el abordaje brindado en el nivel local, o evaluando a la población usuaria de APS. A continuación se brindan dos ejemplos uno de salud mental y otro de enfermedades transmisibles.

Como era esperable, existió una alta prevalencia en trastornos mentales comunes (TMC)³⁶ entre los pacientes que concurrían a los centros del Programa de Salud de la Familia (PSF) en la municipalidad de Petrópolis. [...]

La interacción entre género e ingreso llevó a multiplicar por tres el riesgo de TMC en las mujeres viviendo en extrema pobreza. Esto es de particular importancia cuando se planifican intervenciones de salud pública, especialmente cuando ya es sabido que las madres de niños desnutridos tienen alta prevalencia de TMC. [...]

El hecho de que los TMC estén asociados con problemas sociales y familiares representa una importante razón para que el sistema de salud introduzca estrategias para mitigar el sufrimiento de estos pacientes. (Fortes *et al.*, 2011, p. 152-154)³⁷

A nuestro saber, esta es la primera vez que las características del proceso de atención de salud se incluyen en el análisis de los determinantes sociales de adherencia al tratamiento de la tuberculosis en Argentina. Nuestros resultados mostraron que la carga de los costos de transporte y el tipo de efector de salud son los factores explicativos más importantes. [...]

La descentralización del tratamiento de la tuberculosis a los centros de atención primaria y las medidas de protección social para pacientes en condiciones de vulnerabilidad social deben ser consideradas prioridades dentro de las estrategias de control de la tuberculosis. (Herrero, Ramos & Arrosi, 2015, p. 295-297)

Por otra parte, otro grupo de artículos hace referencia a las modificaciones en los resultados (efectos) demoepidemiológicos a raíz del abordaje de las desigualdades o determinantes sociales y las estrategias e intervenciones aplicadas desde nivel local de salud. Cabe resaltar aquí, que el impacto o efecto de las intervenciones medido a través de resultados demoepidemiológicos, no es la única manera de evaluar o conocer cómo funciona la gestión o el modelo de atención en APS. De hecho, los artículos de tipo estudio evaluativo o cualitativos encontrados han apuntado más que nada a evaluar procesos de trabajo y no resultados demoepidemiológicos. Mientras que, en la presente dimensión, los artículos agrupados al categorizar sus contribuciones son investigativos cuantitativos, y dan cuenta centralmente, como decíamos, de resultados demoepidemiológicos de las intervenciones en

³⁶ En el artículo se define como trastorno mental común (TMC) a la presencia de depresión y/o ansiedad.

³⁷ Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

APS o desde la gestión local de salud.

En estos artículos se da cuenta del impacto de esas intervenciones, algunas surgidas desde programas o por reformas promovidas desde el nivel central, y aplicadas en el nivel local en articulación intersectorial, hasta artículos que dan cuenta de intervenciones generadas propiamente desde el nivel local. A continuación citamos algunos párrafos al respecto.

El Programa de Salud de la Familia (PSF) aumenta la accesibilidad a la atención de salud, lo cual, acorde a nuestros resultados, refuerza el efecto del Programa Bolsa Familia (PBF) en los beneficiarios del PSF comparado con beneficiarios del PBF que se atienden en efectores de salud tradicionales, que generalmente son más distantes y no se involucran en actividades comunitarias y visitas domiciliarias. (Rasella *et al.*, 2013, p. 63)³⁸

A continuación pasaremos a analizar con mayor profundidad los artículos, en relación con cada una de las dimensiones descriptas aquí, haciendo foco en avances, obstáculos y propuestas. Buscando los puntos de contacto entre la gestión local de salud y las estrategias para abordar las desigualdades sociales.

4.3 Análisis de avances, obstáculos y propuestas

En este apartado presentamos el análisis avances, obstáculos y propuestas que identificamos en los artículos categorizados, correspondiente al tercer objetivo de nuestro trabajo. Cabe recordar que, fueron organizados por categoría de acuerdo al enfoque de sus contribuciones, en el apartado anterior.

Se intentó captar y analizar aportes de los artículos que fueran en relación al devenir de la cuestión de las intervenciones en relación a desigualdades sociales, determinantes sociales e inequidad en salud desde la gestión del nivel local de salud -o con la participación de esta- en el período propuesto. En relación a esto aclaramos, que dado que se han incluido artículos que hagan referencia a, al menos un año del período 2005-2015, puede haber referencias a, por ejemplo, avances instaurados desde fines de la década de 1990 hasta los primeros años de nuestra etapa de estudio.

Como era de prever, nuestro foco de atención, no ha coincidido plenamente con muchos de los artículos hallados, siendo variable el aporte de cada uno de ellos a nuestro estudio. Sin embargo, nuestra motivación, fue justamente, construir un análisis y síntesis que

³⁸ Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

nos permitiera conocer desde qué puntos de vista y temas se publicó acerca de intervenciones en relación a desigualdades sociales y gestión del nivel local, y en ese contexto tratar de identificar, si fuese posible, aportes en relación a avances, obstáculos y propuestas de período elegido en los países seleccionados.

4.3.1 Estructuras: reglas y recursos

En estos artículos se hace referencia a la gestión del nivel local de salud, de manera indirecta. Justamente, entendemos que reglas y recursos en este sentido son elementos que a veces quedan por fuera de la discusión de lo que ocurre en (la gestión de) el nivel local de salud, y sin embargo, dado que su análisis nos invita a pensar cómo se dan estas relaciones de condicionamiento, dominación y poder entre instituciones, revisten suma relevancia.

Con respecto a los avances, obstáculos y propuestas identificados en relación a los artículos que han puesto en discusión las políticas de salud, APS y protección social, notamos que emerge también el derecho a la salud (integral) y su relación con los derechos humanos. También se percibe la problematización de la segmentación y fragmentación del campo de salud y protección social que generan las leyes y políticas existentes en los países y su aplicación, constituyéndose en determinantes estructurales e intermediarios que conllevan o perpetúan las desigualdades sociales.

Políticas de salud, Atención Primaria de la Salud y protección social

Entre los artículos de Argentina encontramos tres que analizaban las políticas de salud y de APS desde sus realidades provinciales, dando cuenta de las diferentes lógicas políticas que terminan haciendo eclosión en el nivel local de salud (Ase, 2006; Ase & Buriyovich, 2009; Chiara, De Virgilio & Moro, 2009).

En el artículo de Ase (2006), se da cuenta del proceso de descentralización del nivel local de salud en la provincia de Córdoba -que se inició a fines de la década de 1980-, así como de la situación al momento de la publicación. Destaca como avances, el refuerzo de este nivel del Programa de Salud Familiar sostenido por el gobierno provincial para zonas de mayor vulnerabilidad social, poniendo énfasis en la prevención y promoción de la salud. También destaca la generación de ciertas acciones de promoción de salud promovidas desde el nivel local de salud en relación con otros actores locales. Sin embargo, señala mayormente los obstáculos y dificultades que ha generado la descentralización (en muchos casos abrupta),

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

lo cual ha profundizado la desigualdad de lo que cada municipio puede ofrecer a sus habitantes, y ha empujado a debates en torno de la viabilidad de la universalidad y gratuidad de los servicios locales de salud. Por otra parte, señala que en lugar de favorecerse la participación de la comunidad en las actividades de salud locales, se ha reforzado el rol asistencial y se ha profundizado el poder del gestor local del municipio en la gestión local de salud.

En relación a las políticas que rigen la APS y el quehacer en el nivel local de salud, Ase & Buriyovich (2009), llaman la atención sobre la posible regresividad en materia legal sanitaria en la provincia de Córdoba. Asimismo, refuerzan la propuesta de la APS con enfoque de derechos, donde prime la acción interinstitucional e intersectorial, con una visión integral de las acciones en salud. Teniendo la salud como derecho humano y evitando la regresividad sobre los logros alcanzados.

Una situación similar plantean, Chiara, Di Virgilio & Moro (2009), con respecto a la descentralización y gestión local de salud en el Gran Buenos Aires (GBA). Dentro de esta inequidad que se da entre municipios en la atención brindada y los límites a una prestación integral, señalan que en muchos de estos, los efectores locales se tornan expulsivos con usuarios que no habitan allí, los fondos se dirigen prioritariamente a los hospitales y las condiciones de contratación también son desiguales entre municipios. Como cuestión positiva destacan la transferencia de recursos y jerarquización del nivel local de salud que representa la llegada de programas nacionales como REMEDIAR y Médicos Comunitarios a estos efectores. Como propuesta, refuerzan la necesidad de dar coherencia en la atención entre municipios y reforzar las redes regionales, y sostienen que el rol del Ministerio de Salud de la Nación puede contribuir a esto.

Refiriéndose al sistema de salud en general, Paganini (2006), elabora ciertas propuestas para enfrentar las desigualdades sociales y la inequidad en salud que esto genera. Entre ellas propone, fortalecer las políticas de salud como derecho humano, monitorear situaciones de inequidad y aplicar políticas intersectoriales para enfrentarlas, jerarquizar el nivel local y la programación local participativa.

Por otra parte, en el artículo *Notas para el estudio de la Atención primaria en contextos de sistemas de salud segmentados*, Bursztyn et al. (2010) analizan ciertos aspectos de la implementación de la APS en Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay (estos dos últimos no se encuentran en nuestra selección). Con respecto a Argentina, reconocen avances como el

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Plan Federal de Salud (2004) que propone un nuevo modelo centrado en la APS y redes de atención, con un fondo nacional de asistencia a los CAPS, el Programa de Salud Familiar (2009) que intenta unificar varios programas ministeriales, también señalan que el Estado nacional intenta recuperar capacidad de rectoría a través de estos programas de implementación local a los que le asignan recursos (Bursztyn *et al.*, 2010). Avances similares destacan García-Ramírez & Vélez Álvarez (2013), con respecto a programas del Ministerio de Salud de la Nación –Médicos Comunitarios, *Salvaguarda Indígena* y Municipios y Comunidades Saludables-, señalando que en todos ellos se busca promover el abordaje intersectorial e intercultural de determinantes sociales que influyen en la salud.

Cuadro 12. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de Argentina sobre políticas de salud, atención primaria de la salud y protección social.

Referencias	Avances	Obstáculos	Propuestas
Ase, 2006	Programa de Salud Familiar para fortalecer el nivel local con recursos provinciales. En algunos municipios se generaron acciones intersectoriales de promoción de la salud.	La descentralización generó mayor desigualdad en el nivel local de salud entre municipios. Tensiones en torno a la universalidad y gratuidad de la atención. Ha aumentado la injerencia del gestor local del municipio y ha generado mayor clientelismo. Han disminuido los fondos provinciales.	
Paganini, 2006			Salud como derecho humano. Monitorear situaciones de inequidad y aplicar políticas intersectoriales para enfrentarlas. Programación local participativa.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.

Ase & Buriyovich, 2009

Nuevas legislaciones provinciales representan regresividad en cuanto a la integralidad y universalidad de la política de APS.

APS con enfoque de derechos, trabajo intersectorial e interinstitucional. Derecho a la salud como derecho humano. Evitar regresividad en derechos adquiridos.

Chiara, De Virgilio & Moro, 2009

Transferencia de recursos con programa REMEDIAR y Médicos Comunitarios buscó incentivar desplazamiento de consultas hacia el primer nivel de atención, redujo gastos de municipios y usuarios.

Inequidad en la organización de cada municipio, restricción a usuarios de otros municipios, diferencias en contratación de profesionales.

Fortalecer redes regionales para equiparar modalidades de atención. Ministerio de salud de la nación capacidad de rectoría para coordinar mejoras locales.

Transferencia de recursos provinciales prioriza hospitales y no prevención.

Bursztyn *et al.*, 2010

Plan Federal de Salud centrado en APS (desde 2004). Asistencia a CAPS. Plan de Salud Familiar (coordina programas de APS) (2009).

Autonomías provinciales dificultan implementación de políticas de salud como derecho. Segmentación de salud (publico, obra social, privado).

García-Ramírez & Vélez Álvarez, 2013

Programas del MSAL para el abordaje local de determinantes sociales: Médicos Comunitarios, Salvaguarda Indígena y Municipios y Comunidades Saludables

Fuente: Elaboración propia.

Nota: ver Apéndices para citas bibliográficas completas.

APS= atención primaria de la salud.

CAPS= centros de atención primaria de la salud.

GBA= Gran Buenos Aires.

MSAL= Ministerio de Salud de la Nación.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Con respecto a los obstáculos, identifican las autonomías provinciales como amenaza para la implementación uniforme de las políticas de salud como derecho, además de las desigualdades en los recursos con los que cuenta cada una para hacer frente a la atención local y provincial de salud; la fragmentación también es percibida en los años de programas focalizados llevados adelante en diferentes provincias. Otro elemento de relevancia que obstaculiza la implementación de la APS es la segmentación de las políticas de protección social (estatal, obras sociales y privados), que conlleva a la estratificación según poder adquisitivo (Burzstyn *et al.*, 2010).

En muchos casos, las autonomías provinciales dificultan la implementación uniforme de políticas de Estado que garanticen el derecho de la población a la salud y la educación, entre otros. Esta situación, sumada a la secuela dejada por las políticas de corte asistencial y focalizado de la década de los 90, conforma un panorama en el que la aplicación de políticas públicas universales se encuentra fragmentada, con grados de desarrollo parciales en términos geográficos y sociales, a menudo incompatibles con elementales criterios de necesidad y equidad. (Bursztyn *et al.*, 2010, p. 81)

Como bien se señala en el pasaje anterior, en nuestro país las reglas formales, pero también las tácitas, imponen constreñimientos a la universalización del derecho a la salud y limitan el avance en cuanto a la equidad en la misma. Quizás sea por esto, que la política nacional en cuanto a APS en el período estudiado, consistió como se señala también en el artículo, en un empoderamiento del nivel local, del sector público, a través de la transferencia de recursos programáticos, que redundaron en cierta redistribución de poder dentro del campo de salud, al decir de Giddens (2006), facilitada desde el Ministerio de Salud de la Nación. Sin embargo, teniendo en cuenta el impacto que esto haya podido tener en la salud, y la reducción de desigualdades sociales asociadas en el período señalado, estos avances o conquistas resultan fácilmente reversibles al cambiar, por ejemplo, el signo político de gobierno o al confrontar con las políticas de cada jurisdicción (Therborn, 2015a).

Como podemos observar, a pesar de los avances en el fortalecimiento del nivel local, la consolidación no se ha dado. Es así que se presenta como avance la voluntad del nivel central de contribuir a la política de APS a través de programas nacionales, aunque a lo largo de los años esta iniciativa no se ha formalizado. Debemos remarcar que, si bien todas las provincias y CABA tienen un nivel local de salud, no se han implementado leyes nacionales (reglas explícitas) que formalicen, por ejemplo, el rol del nivel central en la distribución de recursos para la reducción de la inequidad entre las diferentes provincias y municipios en cuanto el nivel local de salud, ni tampoco se ha discutido a nivel legislativo (nacional y

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

provincial) darle una coherencia a las diferentes normas que regulan la organización y financiamiento de la salud a nivel local.

Una vez más estas propiedades estructurales, que incluso limitan el alcance de ciertas reglas explícitas, hacen que las políticas de salud, APS y protección social queden muy a merced de los vaivenes políticos y reformas del Estado. En este contexto el *derecho a la salud* queda, como un sello vacío apto incluso para fuertes reformas neoliberales de ajuste y privatización como pueden ser la CUS.

Con respecto a políticas de salud, APS y protección social, en el caso Brasil, al contar con artículos de varios años a lo largo del período pudimos detectar modificaciones, correcciones, y el desarrollo de sucesivas políticas de protección social y salud superadoras.

En un artículo del año 2008, Sousa resalta que gracias a las sucesivas reevaluaciones y a la implementación del PSF como política de salud, incluso en grandes centros urbanos, ya se encontraban, para ese momento, equipos del PSF en 5.131 municipios de Brasil. Este artículo toma como avance especialmente la aceptación y buenas prácticas de los equipos del programa en pequeños municipios (Sousa, 2008).

En el año 2009, Mendonça también destaca la política de refuerzo de la atención básica a través del PSF, remarcando el trabajo de los agentes comunitarios y la profesionalización de su formación, la incorporación de la atención en salud bucal y la priorización de poblaciones más vulnerables, tales como comunidades afrobrasileñas³⁹, rurales, pueblos originarios, y municipios con bajo IDH. Señalando, asimismo, que diversos estudios encuentran que tanto usuarios, como gestores y equipos de salud refieren conformidad con la implementación de esta política (Mendonça, 2009).

Por otra parte, Alves y Escorel (2013) resaltan los avances logrados por la articulación de políticas/programas como PSF con el *Programa Bolsa Familia*, de transferencia de ingresos condicionados, a través de la inclusión social que genera el acceso a la atención básica y el abordaje familiar en el territorio local por parte de los equipos de salud. Una vez más, allí se destaca la labor de los agentes comunitarios, dado que el abordaje integral de sus necesidades de salud ha permitido articular con gestores, y con otros niveles del sector salud, teniendo cuenta las dificultades para el acceso al transporte y a la medicación. Otros avances identificados en el artículo por esta conjunción de políticas, han sido favorecer la equidad en la familias por ejemplo en cuanto a la alimentación, la igualdad de género por disponer de

³⁹ *Populações quilombolas* en el original.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

ingresos sin depender de otros, contribuir a los circuitos comerciales locales (que pueden reducir, en alguna medida, desigualdades cuanto a lo laboral) (Alves & Escorel, 2013). En este mismo sentido se expresan García-Ramírez & Vélez Álvarez (2013) y Soratto *et al.* (2015), que destacan el abordaje que incluye los determinantes sociales de salud y la reducción de la inequidad en el acceso, por ejemplo (ver Cuadro 13).

Cuadro 13. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de Brasil sobre políticas de salud, atención primaria de la salud y protección social.

Referencias	Avances	Obstáculos	Propuestas
Sousa, 2008	Extensión de política de PSF en ámbito urbano. Gran aceptación del PSF en pequeños municipios.	La tradición hospitalocéntrica, la resistencia en la atención básica tradicional y falta de compromiso a nivel estado (subnacional) amenazan el nuevo modelo del PSF.	Favorecer consolidación del nuevo modelo a través de financiamiento y capacitación del equipo de salud. Alianza gestor-equipo de salud-usuarios.
Mendonça, 2009	Priorización de poblaciones marginalizadas. Mejoras en capacitación del equipo de salud e incorporación de salud bucal.		Favorecer consolidación del nuevo modelo a través de financiamiento y capacitación del equipo de salud.
Göttems & Pires, 2009		La consolidación del modelo es amenazada por políticas liberales y de mercado en el sector salud.	Políticas para articulación entre niveles de atención. Controlar prestadores privados. Modificar normas presupuestarias.
Bursztyn <i>et al.</i> , 2010	Aumento progresivo de población cubierta por el PSF.	Inequidades regionales en referencia a otros niveles de atención.	
Alves & Escorel, 2013	Articulación intersectorial con otros programas mejoró inclusión social.	Persisten dificultades en acceso a atención y participación social. Insuficiente articulación	Articulación con sector laboral para mejorar inclusión social.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.		con sector laboral.	
García-Ramírez & Vélez Álvarez, 2013	Reducción en desigualdad de acceso a la salud. Comisión DSS.		
Tesser & Norman, 2014	Política de acogimiento ⁴⁰ o recepción	Persisten limitaciones en acceso a prácticas de cuidado, especialmente demanda espontánea.	Políticas explícitas de acceso acorde a la atención, adecuar el personal a las necesidades. Reducir las inequidades sociales y de salud favoreciendo acceso a atención.
Soratto <i>et al.</i> , 2015	Política de ESF como innovación tecnológica abordaje integral que incluye los determinantes sociales.		

Fuente: Elaboración propia.

Nota: ver Apéndices para citas bibliográficas completas.

PSF= Programa de Salud Familiar.

ESF= Estrategia de Salud Familiar.

DSS= Determinantes Sociales de la Salud.

En el texto de Sousa (2008) se identifican obstáculos para implementar la política en grandes ciudades, donde aún la cobertura del PSF es baja, y también destaca la dificultad de implementar esta política, tanto por parte de los gestores municipales (no necesariamente los de salud) como desde los usuarios. Asimismo, encuentra falta de compromiso del nivel estado (subnacional), y dificultades en integrar la política de PSF en las instituciones de atención básica que funcionaban previo a ella (Sousa, 2008).

Al igual que las dos autoras anteriores, Göttems & Pires, identifican como obstáculo y contradicción, esta propuesta del PSF, de una APS orientada a la comunidad, al abordaje participativo de las desigualdades sociales y las necesidades de salud, en un contexto político que sostiene las políticas económicas y laborales de mercado, sometiéndose a las determinaciones de los organismos multilaterales de crédito y otros organismos

⁴⁰ *Acolhimento* en el idioma original

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

internacionales (Göttems & Pires, 2009). En relación a esto señalan:

La elección de un sistema “híbrido” entre el modo liberal y el socializante de organizar el cuidado de la salud, en que la contratación de prestadores privados de servicios hospitalarios convive con la oferta de atención básica eminentemente pública y gestionada por el Estado, ha limitado la consolidación del acceso universal y a la atención integral. La opción del Estado brasileño de asumir la APS como la estrategia para la “revolución social”, en un contexto marcado por extremas desigualdades sociales típicas de países periféricos, no han sido suficientes para redistribuir el ingreso ni el poder. (Göttems & Pires, 2009, p. 195)⁴¹

Por otra parte, Alves & Escorel (2013), en su trabajo acerca de la articulación de las políticas de protección social, PBF y PSF, remarcan obstáculos para el acceso a la atención básica y la referencia a otros niveles, pero también de estos aspectos más relacionados a el abordaje de las desigualdades sociales, por un lado encontraron dificultades en la implementación de las políticas de participación social y construcción de la ciudadanía previstas en los programas, y por otro detectaron una falta de articulación con políticas de acceso al empleo, inclusión productiva, que podría ser una vía para reasegurar la inclusión social de las familias (Alves & Escorel, 2013).

Estos mismos autores, señalan propuestas en dirección a modificar reglas básicas que conlleven a cambios político-gerenciales que garanticen las modificaciones en el modelo de atención buscadas permitiendo, sin embargo, que la organización local o microrregional se dé teniendo en cuenta las diversas realidades. En los artículos Sousa (2008) se propone, tener en cuenta las políticas de financiamiento y de educación permanente de los trabajadores de la salud como vía para estas modificaciones, así como la construcción de alianzas con entre gestores y equipo de salud, y de estos con los usuarios, estos dos últimos puntos también propuestos por Mendonça (2009). Esto podría tener que ver con lo que nos plantea Giddens de transferir poder a través de recursos de asignación y autoridad a una política, la de APS - vista como redistributiva-, e incidir también en el quehacer cotidiano (normas tácitas) desde la capacitación poniendo en discusión entre otras cosas el modelo hospitalocéntrico asistencial y el enfoque biomédico (Sousa, 2008; Mendonça, 2009).

En el artículo de Göttems & Pires, se remarca que desde las políticas públicas se debería tener como punto estratégico la relación entre los niveles de atención, así como regular mejor a los prestadores privados. Otra manera de incidir en aspectos económicos que tiendan hacia la universalización del acceso a la salud propuesto sería rever la legislación de

⁴¹ Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

presupuestos, básicamente la Enmienda Constitucional 29/2000- ley fundamental del financiamiento del SUS- a fin de mejorar regulación a prestadores privados, la inversión en conocimiento y tecnologías, planes y seguros de salud, gastos públicos y resultados en salud, etc. (Göttems & Pires, 2009).

Como señalábamos previamente, Alves & Escorel, destacan la importancia de la integralidad en las políticas de acción social, remarcando la falta de políticas de inclusión laboral en relación a los PSF y PBF, como forma de mejorar la política de protección social en general (Alves & Escorel, 2013).

Por otra parte, si bien destacan la política de *acogimiento o recepción*, Tesser & Norman (2014), ponen en discusión la necesidad de políticas que den mayor importancia al acceso al cuidado (especialmente la atención espontánea), dando cuenta de las inequidades en el acceso que presentan los usuarios del ESF y el SUS, con respecto a usuarios, por ejemplo, de la salud suplementar (privada). Si bien destacan la finalidad de la ESF y la atención básica en promover la salud y generar abordajes que tengan en cuenta los determinantes sociales de salud, alertan sobre la desigualdad social que implica ser usuario del SUS y tener un acceso restringido a la atención, especialmente en casos de eventos agudos. Proponen una política explícita de acceso a la atención y una adecuación de personal a la necesidades en este sentido (Tesser & Norman, 2014).

Con respecto a Brasil, en un artículo enfocado a comparar cuatro países de Sudamérica, Bursztyn *et al.*, señalan avances y obstáculos en las políticas de APS, similares a los analizados más arriba, especialmente el aumento progresivo de la cobertura poblacional del PSF, las inequidades en el acceso de la atención básica a niveles de atención más complejos, dada la desigualdad entre municipios, la dificultades para implementar el PSF en grandes ciudades, y la sobrecarga del SUS con demanda de prestaciones costosas por parte de los beneficiarios de planes privados (Bursztyn *et al.*, 2010).

Políticas y ordenamientos en torno a la participación social

En relación a esta categoría, encontramos artículos acerca de las políticas de participación y control social. Se encontraron dos artículos donde se identifican avances, obstáculos y propuestas en torno a las políticas y reglamentaciones sobre participación social, describiendo la experiencia en dos ciudades Río de Janeiro y Belo Horizonte.

En barrios vulnerables de Río de Janeiro, Becker *et al.* (2007) destacan la

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

implementación de la política de Municipios Saludables/Promoción de la Salud promovidas por la OMS, OPS, Ministerio de Salud federal y ONG, lo cual ha generado la constitución de un movimiento llamado Red de Comunidades Saludables, que organiza diversas actividades de abordaje de los determinantes sociales y articulan la participación en foros y consejos locales estatales de salud, educación, etc.

En el otro artículo, se destacan legislaciones y políticas locales (Belo Horizonte) y nacionales de participación social formal. En este caso se hace foco en los avances logrados por la implementación comités municipales que articulan demandas en el área de salud, educación, transporte, medioambiente y saneamiento, urbanización, etc., tomando como ejemplo la política de gestión del agua potable. Sin embargo, señala ciertos obstáculos para la participación popular y el control social, el uso de lenguaje técnico en la reuniones, parcial acceso a los documentos e informaciones, dificultades para presenciar las reuniones, por parte de los ciudadanos, además en la mayoría de los comités la participación de los ciudadanos es minoritaria a la hora de votar, aunque a veces los ciudadanos solo pueden opinar y no tienen peso decisorio, en el caso del artículo también se señala la escasa articulación entre los comités que ante ciertas políticas deberían intercambiar (Costa *et al.*, 2009).

Si bien la temática de la participación social se retomará más adelante cuando se analicen artículos sobre experiencias de participación social, en el apartado de procesos de producción de cuidado, queremos remarcar aquí el efecto de redistribución de poder que generan las políticas de participación social, tales como las descritas arriba. Pero tal como señala Giddens cuando habla de “constreñimiento y reificación” (2006, p. 210), y remarcan algunos artículos, en realidad la irrupción de la mismas, puede tender a legitimar las prácticas habituales donde la participación social sea un paso burocrático más. O por el contrario, consistir en un empoderamiento de los ciudadanos/usuarios, especialmente cuando se les admite peso en las decisiones que del proceso devienen. En este mismo sentido van las apreciaciones de Menéndez & Spinelli (2008), cuando se preguntan participación social para qué. Y podríamos agregar: ¿cómo?

Políticas y ordenamientos en torno a la Salud Mental

En este eje temático se encontraron dos artículos, acerca de Argentina fechados previamente a la sanción de la nueva Ley de Salud Mental (fines de 2010). En ellos justamente se discuten, desde diferentes realidades en jurisdicciones provinciales, la

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

necesidad de una nueva ley y que ésta se oriente hacia la APS y el abordaje comunitario y de rehabilitación social dentro del padecimiento mental. Como obstáculos señalan, las pocas excepciones existentes entre legislaciones acordes a nivel provincial y nacional, la escasez de oferta de atención de salud mental en el nivel local de salud, salvo en grandes ciudades (Di Nanno, 2008; Gerlero, 2010). Como avances se señala que las pocas legislaciones acordes existentes demuestran interés en fortalecer el abordaje de la salud mental de manera comunitaria y en el nivel local. Además se destacan algunos ejemplos de reinserción social y laboral para personas con problemas de salud mental (Gerlero *et al.*, 2010).

Políticas y ordenamientos en torno a la Salud Nutricional

Se encontró un artículo acerca de la política y las reglamentaciones federales en cuanto a la salud nutricional y cómo eso se traduce en el nivel local de salud y las propuestas pendientes. Se destacan las acciones intersectoriales para abordar el acceso a la alimentación y la alimentación saludable, por ejemplo Programa Salud en la Escuela y Bolsa Familia, así como la inclusión de nutricionistas en los equipos de apoyo matricial, para acciones intra y extramurales comunitarias. Como propuestas se identifican, consolidar esta políticas y mejorar la vigilancia nutricional desde el nivel local de salud (Jaime *et al.*, 2011).

Financiamiento, cobertura, accesibilidad y protección social

En un artículo sobre esta temática acerca de Argentina, Penchaszadeh, Leone & Rovere (2010), señalan como avances la transferencia de recursos desde el nivel federal al nivel local a través de programas creados para este fin, que además contribuyen a reducir los gastos de bolsillo de los usuarios, por ejemplo REMEDIAR, Médicos Comunitarios. Sin embargo, recalcan la inequidad en la inversión de recursos entre el sector público -cuyos usuarios presentan situaciones de mayor desigualdad social- frente a los otros sectores.

El segundo artículo acerca de Argentina, efectúa un análisis de las particularidades que adoptan las modalidades de financiamiento en salud en un municipio del Conurbano Bonaerense (Malvinas Argentinas). Examina los fenómenos de descentralización y autonomía local, en conjunto con las modalidades de financiamiento (coparticipación provincial, mecanismos de facturación a obras sociales, arancelamientos selectivos, programas nacionales), que han permitido con el tiempo contar con recursos para desarrollar la APS y desde los efectores locales de salud implementar programas municipales integrales

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

de salud, educación y seguridad, alimentación, etc., destinados a pobladores con mayores desigualdades sociales (Chiara, 2012).

En los artículos sobre recursos de asignación y autoridad en los sistemas de atención de salud y protección social acerca de Brasil, se identifican como avances del período, el crecimiento del PSF, remarcando que desde 2004 cuenta con equipos de salud bucal y que en 2010 el programa tenía presencia en el 85% de las municipalidades de Brasil contando con 33.000 equipos y brindando cobertura a 98 millones de ciudadanos, aumentado así el uso de la atención básica y disminuyendo en ese período el uso habitual del hospital por parte de los usuarios. Para ampliar la cobertura y mejorar la referencia en red, en 2006 se crearon los Núcleos de Apoyo de la Salud Familiar (NASF). Como se comentaba en el apartado anterior, en el contexto de la descentralización el Ministerio de Salud en este período también se promovió la participación y control social sobre la cuentas relacionadas al SUS, especialmente en el ámbito local/municipal (Paim *et al.*, 2011).

Además de los anteriores, en el artículo de Mesa-Lago (2007) se destacan otros avances como el sostenimiento del acceso universal y gratuito al SUS, la incorporación de otros programas de protección social (por ejemplo, *Programa Bolsa Alimentación*⁴²). En cuanto a los fondos y financiamiento destaca la existencia de fondos nacionales/federales de compensación que garantizan equidad en las prestaciones mínimas y en parte de los recursos de la atención básica en todos los estados del país (30% de recursos de PSF y fondos del Piso de Atención Básica per cápita a los municipios), y que los ingresos para el SUS provienen en gran medida de impuestos progresivos, y los aportes de quienes tienen también un seguro privado no pueden ser transferidos a estas empresas, sino que quedan en el SUS (Mesa-Lago, 2007). El artículo de Marten *et al.* (2014), remarca los mismos avances (ver Cuadro 14).

En estos mismos artículos se detectan importantes obstáculos y desafíos, por ejemplo en el artículo de Paim *et al.* (2011) se señala la subejecución de los fondos recaudados a través de los impuestos destinados a financiar la salud, lo que ha contribuido a la disminución del porcentaje de inversión del PBI en salud si se ajusta por inflación y del gasto público en salud, que por ejemplo en 2007 fue del 41% (más bajo que México y EUA), siendo esta la principal amenaza identificada, cabe destacar que esta misma situación también fue identificada en el artículo de Santos (2005).

⁴² Programa que provee de ingresos condicionados a embarazadas y niños menores de 6 años para adquirir alimentos (Mesa-Lago, 2007).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Cuadro 14. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de financiamiento, cobertura, accesibilidad y protección social.

Referencias	Avances	Obstáculos	Propuestas
Penchaszadeh, Leone & Rovere, 2010	Reafirmación de la APS a través de transferencia de recursos, medicamentos gratuitos, médicos comunitarios, etc.	Inequidad en la inversión entre el sector público y privado/seguridad social.	
Chiara, 2012	Particular administración de recursos provinciales y nacionales permitió implementar programa local de APS y protección social en un municipio.	Acceso limitado a beneficios del mismo. Arancelamiento selectivo en APS.	
Santos, 2005		Subejecución presupuestaria en salud. Aumento progresivo de responsabilidad financiera local. Precarización laboral del equipo de salud.	Favorecer la gestión local de recursos. Promover la participación social en la gestión de recursos. Disminuir la precarización laboral.
Mesa-Lago, 2007	Fondos federales para equidad en PSF y PABpc. Acceso gratuito y universal al SUS. Programas de protección social como Bolsa Alimentaria.	Dificultad de acceso a medicamentos en poblaciones de muy bajos ingresos. Dificultad en contratación y mantenimiento del equipo de salud.	Estudiar las áreas con mala cobertura y su perfil socioeconómico para hacer más efectiva la inversión. Favorecer la gestión local de recursos. Disminuir la precarización laboral.
Paim <i>et al.</i> , 2011	Aumento de equipos del PSF. Equipos de salud bucal (2004). NASF (2006). Presencia en 85% de las	Subejecución presupuestaria en salud, disminución del PBI destinado a salud.	Reforzar la decisión política para mejorar el financiamiento y regular relaciones público-privadas.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.	municipalidades (2010).	
Marten <i>et al.</i> , 2014	Aumento de accesibilidad y equidad en salud. El uso de APS disminuyó las internaciones.	Restricción presupuestaria. Persisten altos gastos de bolsillo. Persisten lugares con falta de trabajadores y/o infraestructura.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: ver Apéndices para citas bibliográficas completas.

PSF= Programa de Salud Familiar

PABpc= Piso de Atención Básica per cápita

SUS= Sistema Único de Salud

NASF= Núcleos de Apoyo a la Salud Familiar

PBI= Producto Bruto Interno

APS= Atención Primaria de la Salud

Además, todavía se encuentran dificultades para articular recursos regionalmente. Por ejemplo, los habitantes que viven en municipios sin hospitales de segundo y tercer nivel tienen más dificultades en acceder a estos. También persisten dificultades en recursos y acceso a salud bucal. Además de estas inequidades Mesa Lago (2007), resalta el costo que genera sobre el SUS que las poblaciones con cobertura privada lo utilicen para prestaciones de alto costo. Por otra parte, los ciudadanos más vulnerables no cuentan con ingresos suficientes para adquirir medicamentos, dado que si bien son de bajo costo muchas veces no son gratuitos (Mesa Lago, 2007; Marten *et al.*, 2014). Otro obstáculo que se identifica es la existencia de múltiples agencias de control, tanto del SUS como de los privados, que se superponen en los tres niveles de gestión, y que a veces dificultan la gestión local de salud, incluso en los ámbitos participativos. En cuanto al PSF/ESF aún se presentan dificultades para contratar médicos y agentes comunitarios y para implementarlo en nuevos lugares (Mesa Lago, 2007).

En el artículo de Santos (2005), enfocado a analizar obstáculos en la reglamentación de la Enmienda Constitucional 29 –que es la ley que rige el financiamiento del SUS- ya se remarcaban estas inequidades que se daban entre los usuarios de SUS con mayores desigualdades que recibían asistencia en territorios locales y municipios menos favorecidos también en el financiamiento, mientras que los usuarios con seguro privado también utilicen recursos del SUS (recargando la demanda). Otro fenómeno que complica la equidad es que la disposición de fondos federales se ha ido reduciendo y ha ido aumentando el que proviene de cada estado y de los municipios, cuestión que amenaza a los gestores locales en los

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

municipios que muchas veces tienen que compartir presupuesto con programas de acción social o saneamiento, la falta de mecanismos claros para facturarle prestaciones onerosas a los seguros privados, cuestiones que dificultan la inversión en la atención básica y en la ampliación del modelo de atención integral enfocado a la promoción de la salud. La contratación de trabajadores en general es muy precaria, lo que genera alta rotatividad.

El artículo apunta a proponer modificaciones a esta ley que permita enfrentar los desafíos presupuestarios en el contexto del plan de descentralización, regionalización e integralidad, favoreciendo la gestión local de recursos y los mecanismos de participación social al respecto, intentando también a través de las mejoras disminuir la precariedad laboral del equipo de salud (Santos, 2005).

Por otra parte, en relación a las propuestas en los otros artículos, se refuerza la implementación de la APS integral y la promoción de la salud y la perspectiva de determinantes sociales, así como se remarca la importancia de la decisión política para asegurar el financiamiento del SUS y regular las relaciones público-privado que se dan en el sector (Paim *et al.*, 2011).

Mesa Lago (2007) en función de mejorar la equidad y reducir las desigualdades sociales en relación a la salud, propone elaborar estadísticas de zonas y características de las poblaciones que aún no cuentan con cobertura efectiva del SUS, articular mejor los recursos provenientes de los programas federales (ej PSF, PAB, etc.), realizar una evaluación de cómo las variaciones en inversión en salud modifican la distribución del ingreso en la población, permitir que el SUS facture a los seguros privados el uso de ciertas prestaciones e impedir que deduzcan impuestos de la factura del plan de salud privado, flexibilizar reglamentaciones federales para que los municipios adapten su administración a las necesidades de salud locales (Mesa Lago, 2007).

Muchas de estas propuestas se repiten en el artículo de Santos (2005), en cuanto a mejorar la inversión para la atención básica incluida la contratación y formación de los trabajadores de la salud, favorecer la autonomía administrativa de los gestores locales y la participación social en los consejos de salud, además propone estipular valores de las prestaciones preventivas y curativas -no inferiores al costo-, contratos con metas con remuneración por producción y responsabilidad sanitaria (Santos, 2005).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

4.3.2. Procesos de producción de cuidado

Como explicamos anteriormente, dentro de esta categoría ubicamos los artículos obtenidos que desplegaban su temática en torno al hacer (y pensar) cotidiano tanto del gestor local de salud, como del equipo de APS y la población en torno a intervenciones relacionadas a desigualdades sociales. Así como también de las interrelaciones del gestor y/o equipo de salud de APS con usuarios, comunidad organizada u otros actores sociales, en función de la mejoría del PSEA de la población local.

Los artículos hallados estuvieron referidos en general a vastas cuestiones del modelo de atención en APS, lo cual nos permitió explorar diversos aspectos de la adecuación de la gestión del nivel local de salud para el abordaje de las desigualdades sociales o en el contexto de estas. Se analizaron según temáticas en común.

Enfoque asistencial, integralidad y adecuación a lineamientos

Los artículos de esta temática estuvieron orientados a los procesos de producción de cuidado relacionados al enfoque asistencial y la incorporación de los lineamientos de la APS integral, indagando en la distribución de tareas y acciones, observaciones y percepciones del equipo de salud (incluidos los gestores) y los usuarios. Se pone en discusión el modelo de atención y cómo se incluyen otras perspectivas de trabajo más orientadas a, o que contemplen, las desigualdades y determinantes sociales de salud.

En un artículo de 2008, Marin & Silberman dan cuenta de una experiencia de diagnóstico y acción comunitaria, Programa de Atención Personalizada y Nominal de la Salud (PANDELAS). En el mismo, se implementaron ciertos cambios en el modelo de atención de los equipos de salud de APS de un municipio. A partir de esta intervención se tomó conocimiento de situación y necesidades de sectores de la comunidad que no concurrían a los centros de salud, así como la identificación de familias en situación de vulnerabilidad social. Además aumentaron las intervenciones comunitarias, por ejemplo acciones conjuntas para mejoramiento de viviendas y acceso al agua potable. Durante la intervención se detectó como obstáculo, la resistencia inicial de algunos equipos de salud a la modificación del modelo de atención, así como la inequidad en la distribución geográfica de la oferta del nivel local de salud. La propuesta de esta experiencia se basa en un cambio de modelo de atención local, de un conjunto de acciones específicas de alto impacto en un área programática (área de programas) a un enfoque de salud y derechos humanos en un área geográfica de responsabilidad. En otro artículo de 2009, Marin, Silberman & Sanguinetti, en un estudio

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

sobre la calidad de los centros de salud local identifican otros obstáculos para los abordajes comunitarios y el enfoque en desigualdades sociales y promoción de la salud. Ellos refieren que el financiamiento presupuestario a los efectores locales se hace en base a número de consultas, lo cual desalienta los procesos de producción de cuidado enfocado a intervenciones colectivas.

En el artículo de Yavich, Báscolo & Haggerty (2010), se intentaba evaluar la implementación de APS integral en los tres subsectores comparativamente, a través de un instrumento basado en lineamientos del Ministerio de Salud de Canadá y la OPS. Como avances se identifican en los efectores públicos la gestión colegiada de muchos de ellos, y el intercambio en los lineamientos entre los centros y la secretaria de salud del municipio en cuestión, también se destacan los trabajos territoriales en equipo y el desarrollo de mecanismos de gestión participativa. En cuanto al subsector de la seguridad social, destaca que los efectores de APS de esa obra social son propios y funcionan con una perspectiva familiar que incorpora la prevención, y facilita la derivación a otros niveles de complejidad. Con respecto a los obstáculos, en los efectores públicos estudiados las dificultades para responder a las demandas de salud, y paradójicamente la dificultad de favorecer el acceso a aquellos en peores situaciones de vulnerabilidad social, y también la coordinación con otros niveles de atención. En los efectores de la seguridad social, los obstáculos se relacionan con que la gestión de la APS es llevada adelante por una consultora, que regula y monitorea los procesos de trabajo, que regula la modalidad de trabajo, monitorea los costos, accesibilidad, etc. En cuanto a la implementación de la APS en efectores privados estudiados, los obstáculos que se identifican es que los trabajadores de salud de disciplinas básicas (clínicos, pediatras, psicólogos, etc.), atienden en sus consultorios particulares, con total autonomía en el modelo de atención, los gestores se ven preocupados por contener costos y a la vez ofrecer prestaciones de alta tecnología y garantizar el acceso (Yavich, Báscolo & Haggerty, 2010).

La conducción de los centros de salud es responsabilidad de la dirección de APS. En espacios de gestión colegiada la dirección de APS y los equipos de los centros de salud se reúnen para discutir los problemas y las estrategias de acción de la organización. [...]. Bajo este marco cada centro tiene libertad para definir su propia modalidad de trabajo.

Las principales dificultades que enfrenta la estrategia de APS de la secretaria se relacionan con: la contención de una creciente demanda de servicios, la coordinación de los distintos niveles de atención y la captación de aquella población que por sus condiciones socioeconómicas y/o características culturales experimentan mayores barreras de acceso a los servicios.

Las estrategias utilizadas para el logro de sus objetivos son: el desarrollo de

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

mecanismos de gestión participativa (dirigidos hacia los trabajadores y la comunidad), la consolidación de equipos multidisciplinarios con fuerte vocación comunitaria y el fomento de la responsabilización de los equipos sobre su población (Haggerty, Yavich & Báscolo, 2010, p. 41).

Desde el punto de vista de nuestro trabajo, que son las desigualdades sociales, y dada la segmentación social que presenta en nuestro país la atención de salud, no es de extrañar que el único subsector que refiriera intentar realizar un abordaje integral con algún trabajo territorial fuera el público. Sin embargo, se vuelve a identificar esta amplia distancia entre el ideal, planteado aquí por los autores y asociado a los lineamientos de OPS, del abordaje de la salud también relacionada a lo social, y la realidad en la cual persisten las limitaciones en el proceso de producción de cuidado y las estrategias para acercarse a las poblaciones más vulnerables (ver Cuadro 15).

Por otra parte, se nota en la descripción este movimiento descrito por Merhy y Campos, donde la gestión local del proceso de producción de cuidado se democratiza hacia *adentro*, por ejemplo a través de la gestión colegiada y los equipos interdisciplinarios, y a la vez la gestión local se democratiza hacia *afuera*, al incorporar la participación de la comunidad y su mirada en la misma (Campos, 2000; Merhy, 2006).

Cuadro 15. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de Argentina sobre enfoque asistencial, integralidad y adecuación a lineamientos.

Referencias	Avances	Obstáculos	Propuestas
Marin, Silberman & Etchegoyen, 2008	Acciones para conocer comunidad que no concurre a centro de salud, identificación de familias vulnerables. Acciones comunitarias junto al equipo de APS. Acciones conjuntas para mejoramiento de vivienda y agua.	Inequidad en la distribución territorial del nivel local de salud en los municipios. Resistencias al cambio de modelo en equipo de salud.	Renominar las <i>áreas programáticas</i> en <i>áreas geográficas de responsabilidad</i> . Pasar de un enfoque de pocos servicios de alto impacto en un enfoque de salud y derechos humanos.
Marin & Silberman, 2009		Los fondos para centros de salud local son en base a consultas y no en función de acciones comunitarias o de promoción de la salud.	

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.

Yavich, Báscolo & Haggerty, 2010	En sector público se implementa APS integral. Se promueve participación de trabajadores y comunidad en la gestión y trabajo en territorio. En sector obra social APS preventiva/ asistencial.	En sector público persisten dificultades para incorporar a la población más vulnerable. En sector obra social gerenciamiento privado de los efectores de APS, sin acción comunitaria. En sector privado primer nivel de atención son consultorios privados.	
Buyayisqui, Bordoni & Garbossa, 2015	El vínculo con el equipo de APS especialmente agente comunitario contribuyó a la intervención.		Utilizar herramientas de comunicación en salud que tengan en cuenta las desigualdades sociales.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: ver Apéndices para citas bibliográficas completas.

APS= Atención Primaria de la Salud

Se encontró asimismo un artículo acerca de intervenciones de comunicación en salud incluyendo las desigualdades sociales (económicas, étnicas, educativas) en la estrategia. Se constató que tanto las acciones inclusivas en cuanto a lo comunicacional como el vínculo con el equipo de salud local, en algunos casos agente comunitario, permite realizar intervenciones de prevención y promoción de la salud incluso en situaciones de gran desigualdad social, por ejemplo comunidades de pueblos originarios (Buyayisqui, Bordoni & Garbossa, 2015).

Se hallaron diversos artículos sobre esta temática acerca de Brasil. Casi todos ellos hacían referencia a prácticas y procesos de gestión y atención en el marco de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) –anteriormente llamado Programa de Salud Familiar (PSF), y los lineamientos que orientan la atención básica y la promoción de la salud en ese país.

En uno de ellos, donde se entrevista a un equipo de salud del PSF, estos refieren estar de acuerdo con el cambio de modelo asistencial en el nivel local, la idea de promoción de la salud y la construcción de ciudadanía. Además los mismos refirieron que evaluaban como elevado el grado de implementación de acciones asistenciales de APS orientados a la prevención (atención por grupos etéreos, salud sexual, control prenatal, etc.) (Canesqui &

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Spinelli, 2006). En otro artículo, donde se describe la tarea de enfermeros -con un rol central en esta estrategia-, se analizan como avances actividades extramurales realizadas (en centros comunitarios, iglesias, etc.), aunque son netamente orientadas a prevenir enfermedades (Oliveira & Marcon, 2007). También Melo *et al.* (2008) identifican incipientes acciones de equipo e intervenciones sobre desigualdades sociales en algunas ciudades de Mato Grosso, así como Santos *et al.* (2015) en municipios de Bahía. Resultados similares identificaron Giovanella *et al.* (2009) y Dowbor & Westphal (2013) al estudiar la implementación de la ESF en cuatro municipios grandes (capitales de estados), y en estos últimos municipios también se estudió el quehacer de los agentes comunitarios (AC) (Fausto *et al.*, 2011). Se identificaron mejoras en la integración de los AC al equipo de salud a través de actividades de equipo (Onocko-Campos *et al.*, 2012). Dowbor & Westphal (2013), identificaron muchas experiencias de trabajos con determinantes sociales aunque estas fueron poco regulares y sustentables en el tiempo, muchas de ellas sostenidas por la voluntad del propio equipo y del AC en especial. En otro estudio de características parecidas en municipios pequeños de Paraíba (noreste de Brasil), también se identificaron incipientes acciones de conocimiento territorial y de condiciones de vida de la población, mayormente por parte de los AC (Veras & Vianna, 2009). También en el artículo de Lima *et al.* (2015), se destaca la labor de los AC dentro del marco del ESF para reducir las barreras de acceso a la APS dadas por las desigualdades sociales (vivienda, educativa, laboral, etc.) que enfrenta la población beneficiaria. En este mismo sentido, en el artículo de Fausto *et al.* (2011), se identificó como avance que los AC realizaban una tarea integral (monitoreo, prevención y promoción de la salud), asimismo estos refirieron como avance que en poblaciones con alta desigualdad social, tienen menos familias a cargo para desarrollar mejor su tarea (ver Cuadro 16).

En las cuatro ciudades estudiadas, los agentes comunitarios de salud son personal con tareas generales con una función híbrida que oscila entre un perfil técnico y uno político. Su acción política se centra en la mediación, intentando forjar un vínculo entre el servicio de salud y la comunidad, y en menor medida hacia la acción comunitaria. Estos resultados se suman a los de otros estudios que indican que los agentes comunitarios de salud se han incorporado a los equipos de salud familiar, desarrollando una serie de deberes sociales y competencias y jugando un rol de mediadores entre la comunidad que ellos representan y cuidan y la posta o centro de salud municipal. (Fausto *et al.*, 2011, p. 351).⁴³

Entre los obstáculos, en muchos casos, los trabajadores de APS no refieren realizar

⁴³ Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

trabajo de reconocimiento del territorio local ni de la población, ni contar con estrategias de abordaje familiar, mientras que las actividades en el territorio local no se llevan adelante o se limitan a actividades educativas preventivas tradicionales (Oliveira & Marcon, 2007; Lima *et al.*, 2015; Santos *et al.*, 2015). También se identifican referencias de los equipos de salud de cierta desorganización en las UBS, contratos precarios y alta rotatividad de zonas de trabajo (Canesqui & Spinelli, 2006; Melo *et al.*, 2008; Onocko-Campos *et al.*, 2012; Lima *et al.*, 2015). Asimismo, se observa como dificultad la escasez de prácticas relacionadas a la promoción de la salud y el abordaje desde la perspectiva de las desigualdades sociales, predominaron también las intervenciones nucleadas a partir de alguna patología, donde se encuentra muy legitimado el discurso de la multicausalidad y basado en el accionar individual (Giovanella *et al.*, 2009; Onocko-Campos *et al.*, 2012). Otros obstáculos identificados fueron la incompleta capacitación de los equipos de salud, las dificultades en referenciar a otros niveles y las limitaciones presupuestarias (Giovanella *et al.*, 2009; Ellery, Pontes & Loiola, 2013; Lima *et al.*, 2015).

En este mismo sentido se señaló la necesidad de rever las metas y lineamiento del PSF, incluso extrasectorial, dado que lo referido lleva a pensar que se está aplicando un modelo asistencial con poco lugar para el abordaje comunitario de las desigualdades sociales, alejado de las propuestas y políticas de atención básica (Oliveira & Marcon, 2007; Veras & Vianna, 2009; Dowbor & Westphal, 2013; Ellery, Pontes & Loiola, 2013; Lima *et al.*, 2015). En este mismo sentido va el artículo de Fausto *et al.* (2011) y Onocko-Campos *et al.* (2012), donde se identifican pocas intervenciones intersectoriales y poca movilización de los usuarios ante convocatoria a participar. En parte se atribuye a que los usuarios también estarían acostumbrados y demandarían un modelo médico-asistencial.

Como otras dificultades, el artículo de Onocko-Campos *et al.* (2012), identifica la distancia social entre los agentes comunitarios y el resto del equipo de salud que obstaculiza el trabajo conjunto y la valoración del trabajo territorial que éstos realizan. Asimismo, se identifica preocupación en algunos integrantes del equipo de salud por la medicalización de las problemáticas sociales que presentan los usuarios a través de la prescripción, por ejemplo, de psicofármacos. Este artículo refuerza como propuesta jerarquizar la tarea territorial de los AC para las metas de la ESF y el mecanismo de apoyo matricial para articular el trabajo del equipo de salud mental con el básico (médico generalista, enfermera, agente comunitario). En un sentido similar, Dowbor & Westphal (2013) proponen jerarquizar las acciones sobre

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

determinantes sociales en el contexto del ESF, favoreciéndolas en las agendas, financiamiento, capacitación, etc. (ver Cuadro 16).

En artículos donde se registra tanto la percepción del equipo de salud y gestor como de los usuarios, se identificó un registro dispar de cómo evalúan, especialmente la integralidad de las prácticas como las acciones comunitarias. Mientras que el equipo de salud y los gestores destacan como avance las acciones extramurales e intervenciones comunitarias, los usuarios señalan que ésta es escasa o nula. Además los usuarios señalan que no perciben que sus necesidades sean tenidas en cuenta en los efectores de APS, y no son convocados a participar. En ambos casos, se propone incorporar la perspectiva del usuario y profundizar el conocimiento de la comunidad usuaria (Alencar *et al.*, 2014; Silva & Fracolli, 2014).

Cuadro 16. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de Brasil sobre enfoque asistencial, integralidad y adecuación a lineamientos.

Referencias	Avances	Obstáculos	Propuestas
Canesqui & Spinelli, 2006	Equipo de salud refiere alta implementación de acciones asistenciales y acordar con modelo de atención orientado a promoción de la salud.	Equipo de salud refiere que no realiza intervenciones territoriales ni de conocimiento de la población. Precarización laboral.	
Oliveira & Marcon, 2007	Enfermeros refieren realizar actividades extramurales (preventivas).	Enfermeros refieren que no realizan abordajes familiares, las actividades en territorio son curativas o preventivas.	Rever metas del PSF a fin de reforzar las acciones territoriales y de promoción de la salud.
Melo <i>et al.</i> , 2008	Incipiente trabajo en equipos e intervenciones con foco en DS. Reuniones de cogestión. Participación comunitaria a través de Consejos de Salud.	Alta rotatividad de los equipos.	
Giovanella <i>et al.</i> , 2009	Acceso facilitado a ESF. Múltiples proyectos intersectoriales	Límites en acceso a otros niveles de atención, formación de	

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.	favorecidos por coordinación de municipios.	equipos y recursos financieros.	
Veras & Vianna, 2009	En algunos municipios trabajo territorial, conocimiento de población a cargo. Consejo Municipal de Salud.	Escasas actividades de conocimiento de condiciones de vida de población e intervenciones. Dificultad en participación social.	
Traverso-Yépez, Morais & Cela, 2009	Identificación de desigualdades sociales que atraviesa población a cargo.	Dificultades para el trabajo intersectorial. Insuficiente conocimiento de los usuarios acerca de qué es el PSF. Priorización de poblaciones especiales limita el tiempo para promoción de la salud e intervenciones integrales. Uso del Consejo de Salud para fiscalización y no para desarrollar intervenciones comunitarias.	
Fausto <i>et al.</i> , 2011	En poblaciones con alta desigualdad social cada AC y equipo de ESF tienen menos familias a cargo. Trabajo integral monitoreo de pacientes, acciones de prevención y promoción de la salud	Capacitación parcial en cuanto a aspectos sociales para intervenir. Realizan pocas intervenciones intersectoriales. Refieren poca movilización de los usuarios ante actividades participativas o convocadas por ESF, mucha carga de trabajo.	
Onoko-Campos <i>et al.</i> ,	Mejoras en integración	Dificultad en	Los AC imprescindibles

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.

2012	de AC con otros trabajadores del equipo de salud. Favorecido por actividades de equipo. Mejor acceso a atención en salud mental. Articulación en red en casos de alta vulnerabilidad social.	reconocimiento de trabajo de AC. Distancia entre AC y resto del equipo, en parte por diferencias sociales. Incipiente instauración de apoyo matricial y de acciones de promoción de la salud e intersectorial. Carga de tareas asistenciales. Alta rotatividad de profesionales. Preocupación por medicalización de problemáticas sociales a través de psicofármacos. Dificultad en convocar a usuarios a espacios comunitarios (atribuido a modelo asistencial). Usuarios refieren que la que la mala atención en APS se debe a que son discriminados por ser pobres.	para articular el trabajo territorial. El trabajo matricial permite integrar el equipo de salud mental con el básico.
Trad, Castellanos & Guimarães, 2012			
Kitajima & Moreira, 2012	Coordinación de APS y Consejo de Salud con representantes de salud indígena (por ser los usuarios en su mayoría de pueblos originarios), reduce barreras lingüísticas y culturales. Articulación con organizaciones de la comunidad para brindar atención itinerante.	Alta rotatividad de los profesionales.	Profundizar el estudio de los determinantes sociales y la adecuación a la realidad local.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.	Acciones intersectoriales como red de protección social.		
Silva & Benito, 2013	Brindar atención en horarios equitativos para trabajadores.	Gestores centrados en organizar atención individual. Escasa participación social. No se problematiza el trabajo en promoción de la salud.	Utilizar espacio participativos, p. e. consejos de salud para aplicar modificaciones propuestas al modelo de atención, incorporando usuarios y trabajadores.
Dowbor & Westphal, 2013	Múltiples actividades de PS relacionadas a DS. Fueron favorecidas por AC, compromiso de los usuarios locales y del equipo de salud y el conocimiento del territorio.	Actividades poco sustentables, con escasa regularidad. Sostenidas por voluntas del equipo en especial el AC. Dificultadas por condiciones socioeconómicas, falta de recursos, poca conexión con la población.	Repensar la lógica de organización de los efectores y el trabajo con DS, entre coordinación y equipo de salud. Plantear el trabajo con DS como política de salud, con financiamiento, capacitación, etc.
Ellery, Pontes & Loiola, 2013	La instauración de los NASF (2008) ha permitido el abordaje interdisciplinario de problemáticas de desigualdades sociales incluso de manera intersectorial. Algunos integrantes aportan más conocimiento del trabajo con la comunidad y en el territorio, p. e. AC o trabajador social. Incorporación de la perspectiva de protección social.	Falta de capacitación formal para el trabajo en equipo.	Orientar el trabajo interdisciplinario en función de las necesidades de los usuarios.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.

Alencar <i>et al.</i> , 2014	Gestores y equipo de salud refieren enfoque comunitario y frecuentes intervenciones enfocadas a desigualdades sociales.	Usuarios refieren escasas ocasiones donde se contemplen cuestiones sociales y/o comunitarias. Usuarios desconocen espacios de participación social y de acción intersectorial.	Incorporar perspectiva de los usuarios a fin de adecuar el modelo de atención.
Silva & Fracoli, 2014	Usuarios reconocen que el equipo de salud realiza frecuentemente visitas domiciliarias y tiene en cuenta problemas de salud comunitarios.	Usuarios refieren que el acceso y la oferta de los efectores de APS no se basan en sus necesidades, el abordaje familiar es poco frecuente al igual que la participación comunitaria.	Orientar el trabajo a través del conocimiento integral de la comunidad, mejorar herramientas de intervención comunitaria y comunicación.
Casanova, Teixeira & Montenegro, 2014	Equipo de salud cuenta con un grupo de apoyo institucional (colegiado de cogestión) que colabora en intervenciones comunitarias, intersectoriales y actividades participativas.		
Lima <i>et al.</i> , 2015	La ESF y los AC han ayudado a reducir las barreras de acceso determinadas por condiciones de vida de los usuarios.	Cambio frecuente de programas y prioridades en financiamiento. Intencionalidad política del Consejo de Salud y de líderes comunitarios. Desigualdad de acceso a salud por falta de equipos de salud. Dificultad en accesibilidad geográfica algunos usuarios (por	Incluir a los usuarios a través de la participación social para pensar mejorías al modelo.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.		costos). Poco tiempo para visitas domiciliarias y otras estrategias comunitarias.
Santos <i>et al.</i> , 2015	Realización de diversas actividades comunitarias propuestas por la ESF: visitas domiciliarias, educación para la salud, acciones intersectoriales.	Persiste la perspectiva biomédica y es relativa la profundización en la temática de desigualdades sociales al intervenir con la comunidad.
Barros <i>et al.</i> , 2015	Equipos de NASF centrados en acciones colectivas, especialmente intersectoriales.	Desencuentros entre prioridades del ESF y los equipos NASF.

Fuente: elaboración propia.
Ver Apéndices para citas bibliográficas completas.
PSF=Programa de Salud de la Familia.
DS= Determinantes Sociales.
PS= participación social.
ESF= Estrategia de Salud de la Familia.
AC= Agentes Comunitarios.
NASF=Núcleos de Apoyo a Salud Familiar.

En otro artículo donde se indaga sólo la percepción de gestores en torno al trabajo del ESF, llama la atención que priorizan un enfoque netamente asistencial donde no estuvo presente la salud como derecho ni la participación social para trabajar con necesidades de salud, y remarcan el avance de ampliar el horario de atención para facilitar equidad en atención para trabajadores (Silva & Benito, 2013).

Se encontró otro artículo que trabajaba esta temática desde la percepciones de los trabajadores acerca de los usuarios (Traverso-Yépez, Morais & Cela, 2009). En este, reconocían a los usuarios como en una situación de marcada desigualdad social, pudiendo identificar los elementos estructurales que dificultaban intervenir o mejorar dicha situación, por ejemplo para el trabajo intersectorial. Además refirieron otros obstáculos, por ejemplo el desconocimiento de los usuarios acerca de qué es el PSF. El hecho de que este programa/estrategia priorice poblaciones especiales (diabéticos, lactantes, etc.) limitaba el tiempo para promoción de la salud e intervenciones integrales. Otra dificultad fue que refirieron el uso del Consejo de Salud para fiscalización y no para desarrollar intervenciones comunitarias.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Otro artículo, indagó cómo las desigualdades sociales étnicas (población que se identificaba como *negra*), modificaban el acceso a la APS y generaban inequidad en salud. Estos usuarios refirieron que la discriminación era marcada por la desigualdad económica - mala calidad de atención por ser *pobres*- y relacionada a la filiación religiosa (discriminación especialmente por parte de AC) (Trad, Castellanos & Guimarães, 2012) (ver Cuadro 16).

Con respecto a la instauración de la ESF en un área geográficamente particular, como puede ser un municipio del litoral del Amazonas, Kitajima & Moreira (2012), destacan que desde el municipio se procuró la coordinación de la APS y el Consejo de Salud con representantes de salud indígena (por ser los usuarios en su mayoría de pueblos originarios), lo cual ha favorecido la reducción de barreras lingüísticas y culturales. Asimismo dada la dispersión de la población se ha logrado la articulación con organizaciones de la comunidad para brindar atención itinerante. Y se viene llevando adelante acciones intersectoriales (derechos ciudadanos, culturales, deportivas, etc.) como red de protección social. Dado el relativo aislamiento del municipio refieren dificultades para contratar y retener profesionales médicos. Como propuestas, se identifican profundizar la investigación en torno a los determinantes sociales de la población usuaria y las particularidades sociales del territorio.

Dos de estos artículos, Ellery, Pontes & Loiola (2013) y Barros *et al.* (2015), trataban acerca del aporte a las intervenciones del equipo de APS logrado a través de los Núcleos de Apoyo a la Salud Familiar (NASF), se destaca el aporte a los abordajes colectivos y las acciones intersectoriales, centradas en diversas temáticas de desigualdades sociales. Se resalta como obstáculo la escasa capacitación formal para el trabajo en equipo (Ellery, Pontes & Loiola, 2013), y las diferencias en prioridades de tareas entre el equipo básico y el NASF (Barros *et al.*, 2015). Se propone centrar las acciones interdisciplinarias en las necesidades de la población (Ellery, Pontes & Loiola, 2013). Otro de los artículos encontrados, cuyos autores eran Casanova, Teixeira & Montenegro (2014), hacían referencia a una estrategia especial instaurada en los equipos de ESF del barrio Manginhos de Río de Janeiro. En el mismo se implementó una estrategia de apoyo institucional colegiada, que propiciaba la supervisión y acompañamiento tanto de los equipos básicos como de los NASF, especialmente en las acciones colectivas, espacios de participación como los consejos de salud y articulaciones intersectoriales, a fin de fortalecer la perspectiva ampliada, incluyendo desigualdades y determinantes sociales.

Así como lo vimos en los artículos acerca de Argentina también en los de Brasil, se

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

identifican obstáculos internos (formación, prácticas e intervenciones tradicionales) como externos (estructuración del campo de la salud, sistema económico-político). Estas cuestiones parecen ser las que dificultan tanto la profundización del modelo de atención más preventivo promocional como la asunción del equipo de salud de su rol en el abordaje o enfoque de desigualdades sociales y en acciones colectivas. Si bien hemos rescatado en los artículos avances importantes en el abordaje comunitario e intersectorial de las desigualdades sociales de los usuarios, así como la problematización de las condiciones de vida para adaptar la tarea asistencial a sus necesidades; tanto gestores y equipo de salud, como los usuarios identifican - en diferente medida en cada artículo- la marcada brecha entre las aspiraciones programáticas y la posibilidad de modificar el modelo de atención en la realidad cotidiana. Entre los autores citados, encontramos un ánimo propositivo en el sentido de profundizar la estrategia de conocimiento de la comunidad beneficiaria y del territorio a fin de continuar adaptando el proceso de producción de cuidado a un modelo más integral centrado en la salud. Así como una valoración positiva de los avances –en algunos artículos pequeños con respecto a las expectativas- y de las estrategias innovadoras.

Modelo de atención y salud de la mujer

Hemos hallado cuatro artículos acerca de la temática de intervenciones en torno a la salud de la mujer donde se problematiza el modelo de atención en APS y en algunos casos la perspectiva de género, uno de ellos fue acerca de Argentina y los restantes de Brasil.

En el artículo acerca de salud de la mujer en un municipio de Argentina, se analizó cómo se aborda la prevención del cáncer de cuello uterino desde la APS y en contextos de desigualdad social. En cuanto a avances se identificó que no existían dificultades para acceder al rastreo mediante prueba de Papanicolau en quienes consultaban a los efectores de APS -prevención secundaria-, dado que se registraba adecuada atención del equipo de salud e insumos, y que por otra parte los equipos de APS habían establecido buenos vínculos con las usuarias (tecnologías blandas), que les permitieron buscarlas y convocarlas para intercambiar resultados y dudas sobre la continuidad de la atención. El obstáculo más importante en este caso, se centró en la dificultad para la referencia al segundo nivel e intercambio - especialmente hacia el equipo de APS- de información acerca de la continuidad de tratamiento y resolución él, poniendo en riesgo la salud de las usuarias y los logros generados en APS al brindar acceso oportuno al conocimiento y la prevención en torno a esta

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

problemática. En algunos casos se identificó falta de idoneidad y capacitación para transmitir la información, por parte del equipo de APS. Otro obstáculos fueron los costos de transporte y la dificultad de tiempo que genera las demoras, cancelación de turnos, y distancias, que se hacen notorias en el segundo nivel, esto puede generar el abandono del tratamiento o la necesidad de buscar atención en otro municipio. Como propuestas se destacan, la búsqueda activa en el territorio local de mujeres en mayor situación de vulnerabilidad social para promover y facilitar el acceso a la atención, favorecer las intervenciones como consejerías y mejorar la gestión de la referencia al segundo nivel, y generar una red de información que permita monitorear el proceso de atención (Paolino *et al.*, 2011).

Cuadro 17. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de Modelo de atención y salud de la mujer.

Referencias	Avances	Obstáculos	Propuestas
Paolino <i>et al.</i> , 2011	Fácil acceso rastreos de salud. Buen vínculo y facilidad de contacto con equipo de APS.	Dificultades en referencia y continuidad en segundo nivel de atención. Comunicación de malas noticias de manera inadecuada	Busqueda activa de usuarias en situación de vulnerabilidad en territorio. Capacitación en consejerías. Mejorar la referencia-contrarreferencia.
Figueira <i>et al.</i> , 2009	Usuarias en situación de desigualdad social relacionan promoción de la salud con bienestar y calidad de vida, aunque no con acciones intersectoriales o comunitarias.	Usuarias en situación de desigualdad social demuestran parcial conocimiento sobre posibles acciones de prevención de su salud. Refieren limitaciones materiales para algunas recomendaciones preventivas. Acciones preventivas centradas en culpabilización individual.	Reorientación de las prácticas, especialmente en promoción de la salud.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.

Coelho <i>et al.</i> , 2009	Equipo de salud reconoce desigualdad de género y económica en las usuarias.	No se aplica la integralidad ni la perspectiva de género. La organización del efector de APS determina una relación de marcada asimetría que limita la vinculación de las usuarias y dificulta la accesibilidad.	
Tavares, Mendonça & Rocha, 2009	Vínculo más fuerte y frecuente con ESF (que cuenta con AC), valorado por usuarias y equipo. Visitas domiciliarias, talleres participativos.	Persiste la fragmentación en los procesos de trabajo.	Profundizar la integralidad avanzando en intervenciones que contemplen los determinantes sociales y la intersectorialidad. Favorecer la accesibilidad.
Pereira-Gomes <i>et al.</i> , 2015	Equipo de salud recurre a trabajadores sociales y recursos sociales ante violencia de género. Refiere abordaje familiar (especialmente AC). Articulación intersectorial, especialmente con programas de generación de ingresos y empleo.	Recurso de trabajadores sociales dentro de ESF es limitada.	Aumentar la disponibilidad de trabajadores sociales en la ESF. Reforzar las redes de articulación social para protección de la mujer (centros de asistencia social que no son del sector salud, etc.), con apoyo político desde los municipios.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: ver Apéndices para citas bibliográficas completas.

APS= Atención Primaria de la Salud.

AC=Agente Comunitario.

ESF= Estrategia de Salud de la Familia.

En cuanto a los artículos acerca de Brasil, estos apuntaron a conocer la perspectiva de usuarias (en tanto cuidadoras principales de la familia o núcleo conviviente) y del equipo de

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

salud de APS (Figueira *et al.*, 2009; Coelho *et al.*, 2009; Tavares, Mendonça & Rocha, 2009; Pereira-Gomes *et al.*, 2015). En el artículo de Figueira *et al.* (2009) usuarias de un efector de APS en una zona de alta vulnerabilidad social, refirieron tener nociones sobre promoción de la salud y calidad de vida en relación al uso de este tipo de efectores. Sin embargo, desconocían la relación entre las intervenciones intersectoriales y comunitarias y la promoción de la salud. Por otra parte, presentaban nociones limitadas en cuanto a acciones de promoción y prevención, y referían presentar limitaciones socioeconómicas para implementarlas. Asimismo, los autores pudieron observar que en la unidad de APS los equipos de salud llevaban adelante acciones preventivas centradas en la culpabilización individual. Por lo tanto, como propuesta resaltan la importancia de rever el proceso de trabajo, en especial los abordajes de promoción de la salud.

El trabajo de Coelho *et al.* (2009), busca indagar en torno al enfoque de desigualdades sociales (entre ellas de género) que presentan los equipos de salud de APS. Señalan como avance que todos los integrantes (médicos, enfermeros, AC. etc.) tienen herramientas para detectar e interpretar desigualdades sociales que atraviesan usuarias. Sin embargo, notan que eso no ha modificado el modelo de atención ni en cuanto a integralidad ni en cuanto al enfoque de género. Interpretan incluso en la organización de la atención una acentuación en asimetría entre usuarias y equipo de salud que limita la accesibilidad y la vinculación.

El artículo de Tavares, Mendonça & Rocha (2009) también se enfocó a registrar percepciones de usuarias (en este caso embarazadas) y el equipo de salud en torno al abordaje integral. Se registraron avances del equipo de APS en el vínculo y proximidad territorial, aunque persistieron limitaciones de un modelo aún marcadamente médico-asistencial. Las propuestas giran en torno a incorporar la perspectiva de determinantes sociales y la intersectorialidad.

Por último, el artículo de Pereira-Gomes *et al.* (2015) estuvo dirigido a conocer el abordaje del equipo de salud en casos de violencia de género. En el mismo encontró que todos los integrantes del equipo básico detectaban casos, donde buscaban profundizar un abordaje familiar (especialmente los AC), en general recurrían a los trabajadores sociales - integrantes del NASF-. A su vez, a través de estos últimos se abría la posibilidad de articulación intersectorial con otros recursos sociales, patrocinio, albergue, subsidios, empleo, etc. Sin embargo, se coincidió en que eran necesarios más trabajadores sociales para los casos existentes y se debería mejorar el abordaje familiar para detectar más casos. Las propuestas

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

fueron el aumento de estos trabajadores y mejorar el apoyo municipal para las redes de acción intersectorial.

Modelo de atención y salud de los niños

Se halló un artículo de Brasil, que analiza percepciones en torno a las barreras que dificultan evitar las muertes prevenibles en niños, ya que si bien algunos refieren avances en la reducción de la mortalidad de niños tras la implementación del PSF, sigue siendo elevada la proporción de muertes prevenibles (86 %); son muchos los obstáculos señalados por los actores, la falta de políticas para la niñez, y de abordajes intersectoriales y que tengan en cuenta las desigualdades sociales que sufren en las comunidades, la falta de médicos, su sobrecarga de familias adscriptas y su reemplazo por enfermeras, así como la insuficiente capacitación de algunos médicos generalistas para asistir niños. Los/as usuarios/as identificaron como obstáculo la derivación de los niños con síntomas agudos a los servicios de urgencias y la negativa a recibirlos en los centros del PSF, y la falta de médicos pediatras en el PSF. El equipo de salud resaltó la responsabilidad, especialmente materna, donde se puede interpretar una culpabilización de las mujeres, y una dificultad para abordar los contextos de desigualdad y vulnerabilidad como parte de la perspectiva integral propuesta por la APS. En relación a esto, las propuestas van en sentido de aumentar los recursos para aplicar las políticas de APS y protección social de los niños y capacitación de trabajadores del PSF a fin de mejorar atención y ampliar las intervenciones. Se identifica la dificultad del equipo de salud para problematizar y considerar la situación de desigualdad social de los niños y familias a quienes atienden, y parecen alejarse de la oferta en función de las necesidades de salud y en la producción de cuidado en sentido amplio. Se interpreta tanto una persistencia del modelo hospitalocéntrico-asistencial, como la falta o insuficiencia de implementación local de ciertas políticas de protección social para dar respuesta a comunidades con elevados grados de marginación (Vanderlei & Vázquez Navarrete, 2013).

El segundo artículo, también acerca de Brasil, daba cuenta de la evaluación de intervenciones integrales en el modelo de atención a niños y niñas, por parte de equipos de la ESF en la ciudad de Santa Cruz. Como avances se identificó un abordaje familiar, que contempló la promoción y prevención, generando intervenciones sociales y facilitando recursos, como por ejemplo alimentarios. Como obstáculos, se notó que estas intervenciones no se daban en todos los casos. Se propone reforzar el foco en los determinantes sociales de la población usuaria (Ferreira, Costa & Andrade, 2015).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Modelo de atención y salud de los varones

Se halló un artículo al respecto de esta temática, de Silva, Vasconcelos & Vidal (2013), donde se destaca la poca presencia de varones usuarios en APS. En el artículo, varones usuarios remarcan la falta de cartelera y espacios dirigidos a ellos. Entre las propuestas, refieren la necesidad de horarios que faciliten la equidad en el acceso, dado que en su mayoría la atención es en horario laboral. Se identifica la necesidad de capacitar al equipo de salud para transmitir la importancia de intervenciones de promoción y prevención de salud también en casos de los varones, tomar en cuenta las desigualdades sociales que presentan los usuarios del ESF transmitiéndoles también la perspectiva de derechos.

Modelo de atención y salud de los adultos mayores

Se encontró un artículo acerca del modelo de atención en adultos mayores acerca de Brasil. En relación a esta temática también se destacó el rol de los agentes comunitarios para un abordaje integral de acompañamiento de las familias, que permite la detección de problemáticas sociales diversas, económicas, violencia, etc. Aún se encuentra limitada la articulación en red para intervenir en estos casos, también se dificultan las intervenciones por la alta rotatividad del equipo de salud. Como en otras temáticas se refuerza la necesidad de mejorar la capacitación en desigualdades y determinantes sociales y la implementación de acciones intersectoriales (Motta, Aguiar & Caldas, 2011).

Modelo de atención y salud mental

Se encontraron dos artículos que estuvieron referidos a la implementación del abordaje de la salud mental en APS (Dalla Vecchia & Martins, 2013; Camuri & Dimenstein, 2010). En el primero, la comunidad y los equipos señalaban como avances que los trabajadores no especializados, como médicos generalistas, enfermeras y agentes comunitarios, adoptaban cierto compromiso con la temática brindando acogimiento y consejería, instaurando grupos de acompañamiento (para alcoholistas, pacientes con depresión o para actividades recreativas), o visitas domiciliarias, ampliando la perspectiva de abordaje en salud mental. Sin embargo, se identificaban obstáculos por la sensación de falta de capacitación para abordar la temática, sentirse desbordados al notar que se requería tratamiento especializado, y a la vez contar con pocos psicólogos, y especialmente psiquiatras

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

en las UBS. Además resultaba difícil que estos últimos -cuando había- se incorporen al trabajo en equipo, o fuera de la consulta individual, en el abordaje familiar o comunitario. Las propuestas fueron en este sentido, brindar capacitación (y supervisión de salud mental a los trabajadores) y contar con trabajadores especializados, realizar abordajes familiares, aumentar recursos recreativos y de inclusión, y la participación del equipo de salud en el abordaje territorial de las problemáticas sociales de la comunidad (Dalla Vecchia & Martins, 2009). Algo similar se registró en el otro artículo, donde el equipo de salud destaca como logro el abordaje extramural a través de visitas domiciliarias, pero refiere carecer de capacitación para avanzar en intervenciones sociales territoriales para un enfrentamiento más integral de estos casos (Camuri & Dimenstein, 2010) (ver Cuadro 18).

Cuadro 18. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de Modelo de atención y salud mental.

Referencias	Avances	Obstáculos	Propuestas
Dalla Vecchia & Martins, 2009	Compromiso de equipo de salud en consejería y grupos de acompañamiento de salud mental.	Falta de trabajadores de salud mental y en los efectores que hay, no se involucran en actividades de equipo.	Facilitar capacitación y supervisión a trabajadores que no son de salud mental. Incorporar más trabajadores de salud mental a los equipos de APS.
Camurí & Dimenstein, 2010	Equipo de salud realiza visitas domiciliarias a usuarios con problemas de salud mental.	Equipo de salud refiere no tener suficiente herramientas para detectar y abordar casos, tampoco plantean abordajes territoriales y sociales para esta problemática. Se observa poca supervisión de los gestores sobre el modelo de atención.	Capacitación de los equipos básicos para intervenciones adecuadas e integrales en salud mental.
Cruz <i>et al.</i> , 2013	Aumento de CAPS-AD y otros dispositivos sociales.	Comunidad/usuarios refieren escasez de equipos y efectores.	Facilitar el acceso a los efectores. Capacitar al equipo de

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.		Refieren trabas burocráticas y discriminación.	salud. Ofrecer actividades recreativas.
Gryschek & Pinto, 2015	Donde se aplicó el apoyo matricial de salud mental mejoró el abordaje de los casos.	Equipos refieren falta de capacitación para realizar un abordaje integral en casos de salud mental.	Capacitar a equipos básicos para abordajes grupales y colectivos incorporando supervisión de profesionales de SM (apoyo matricial). Gestores deberían promover la incorporación a redes que permitan abordar determinantes sociales en estos casos.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: ver Apéndices para citas bibliográficas completas.

APS= Atención Primaria de la Salud.

CAPS-AD= Centros de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas.

SM=Salud Mental.

Uno de los artículos estuvo orientado al modelo de atención en salud mental en el caso de adicciones. Se señalan ciertos avances en el abordaje de poblaciones con adicciones en situación de gran vulnerabilidad social, como la ampliación de oferta de CAPS-ADS⁴⁴ entre 2000 y 2011, paradores y otros recursos sociales, y el establecimiento de redes entre estos. A pesar de ello, los entrevistados de estos grupos, refieren variados obstáculos en el acceso, tales como escasez de centros y trabajadores de la salud en ellos, estigmatización y discriminación especialmente en centros ambulatorios, barreras para acceder a un tratamiento continuo y a la medicación, demoras en la atención, limitaciones burocráticas (por falta de documentos) y horarios restringidos, lejanía, temor a la judicialización e insuficiente preparación del equipo de salud para la tarea. Como propuestas se identifican, facilitar el acceso a los recursos de protección social y atención disponibles, mejorar la capacitación de los equipos a cargo y mejorar las condiciones con horarios más amplios, actividades recreativas y de inclusión (Cruz *et al.*, 2013).

El último artículo estuvo orientado a analizar los avances y obstáculos del modelo de

⁴⁴ Centros ambulatorios locales de atención psicosocial para usuarios con adicciones al alcohol y/o las drogas.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

apoyo matricial en salud mental, brindado por los profesionales del NASF. Se observaron avances en los casos que hubo apoyo matricial. Se remarca que los equipos básicos necesitan capacitación en abordajes individuales integrales y colectivos, y que en general es necesario el abordaje en redes intersectoriales para intervenir en las situaciones de desigualdad social que sufre esta población (Gryschek & Pinto, 2015).

Modelos de atención en salud bucal

En relación a esta temática, el artículo de Nascimento *et al.* (2009), analizó dos experiencias novedosas en salud bucal en la ESF, una basada en el método Paideia⁴⁵ y otra denominada Iniciativa de Salud Bucal. Ambas avanzan en la propuesta de humanización en APS, considerando el territorio y los determinantes sociales que atraviesan la vida de los usuarios priorizando a aquellos con más necesidades. Los equipos que aplicaron el método Paideia, además, presentaron avances en la gestión desde los propios equipos. Como obstáculos, se identificó que la facilitación del acceso, en especial a aquellos más vulnerables generó una gran demanda de atención clínica, dado que las poblaciones usuarias del ESF presentan la mayoría importantes desigualdades sociales y la oferta de APS continúa siendo insuficiente. Al igual que en otras temáticas se propone la necesidad de discutir con los gestores locales, las condiciones de trabajo que posibiliten también el trabajo en territorio, dada la gran demanda de atención clínica.

En este grupo otro artículo acerca de Brasil trató sobre las acciones de promoción de la salud bucal, haciendo foco justamente en las trabas para implementar intervenciones que se orienten a la salud, y que logren cierto impacto, teniendo en cuenta los contextos sociales donde se implementan. De este modo presentó una serie de propuestas, tales como basar las actividades en un conocimiento del contexto y la población con la que se va a trabajar, la políticas saludables vigentes, y una amplia participación en los lineamientos de la práctica, y la implementación local en lugares de uso habitual de la población, y su reevaluación (Kusma, Moysés & Moysés, 2012).

Modelo de atención en salud sexual e infecciones de transmisión sexual

Se encontró un artículo acerca de la perspectiva de derechos en el abordaje de salud

⁴⁵ El método Paideia, es una propuesta de trabajo en equipo y cogestión de colectivos propuesta por el sanitarista GWS Campos (Campos, 2009).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

sexual e infecciones de transmisión sexual. Los autores, Ferraz & Nemes (2013), señalan como avances que en la experiencia estudiada el equipo de salud estaba comprometido con la propuesta participativa y preventiva del ESF, y reconocía que la temática era una necesidad de la comunidad. Sin embargo, se notó que las intervenciones en torno a Virus de Inmunodeficiencia Humana/Infecciones de Transmisión Sexual (VIH/ITS) se centraron en protocolos técnicos de testeo, entrega de insumos, etc. Como propuestas se identificaron la necesidad de modificar modos y rutinas de trabajos para incorporar herramientas comunicacionales que incorporen la perspectiva de derechos y desigualdades sociales en el abordaje de esta temática, propiciar espacios de intercambio de saberes, unir gestión con atención dentro de los equipos de salud (cogestión) y recurrir al apoyo institucional como manera de acompañamiento calificado.

Modelo de atención en enfermedades transmisibles

El artículo de Hino *et al.* (2011), analiza los avances que se pueden lograr en cuanto a quienes padecen tuberculosis aplicando el modelo de Vigilancia de la Salud⁴⁶, equipos que recibieron entrenamiento en vigilancia de la salud aumentaron la detección de tuberculosis (experiencia en Ribeirão Preto, San Pablo). Se destaca la perspectiva de intervenciones intersectoriales, que convoquen a la comunidad, teniendo en cuenta los determinantes sociales.

Intervenciones de promoción de la salud, comunitarias, intersectoriales y de participación social.

En esta temática agrupamos los artículos que dan cuenta de procesos de producción de cuidado centrados en la promoción de la salud, la acción intersectorial, comunitaria y territorial local.

En los artículos que trataban en torno a intervenciones de promoción de la salud (Heidemann & Almeida, 2010; Martins *et al.*, 2010; Moreira & O'Dwyer, 2013; Fracolli, Gomes & Gryscek, 2014; Oliveira, Silva & Souza, 2014), se intentó dar cuenta de experiencias, especialmente comunitarias, extramurales. En algunos de ellos se identificaron avances en este sentido, intervenciones en espacios comunitarios, articulación con organizaciones del

⁴⁶ Vigilancia de la Salud, según Paim (2008b), es un modo de intervención de en salud que articula la vigilancia epidemiológica y sanitaria, con acciones colectivas en territorio, intersectoriales relacionadas a la promoción de la salud, contemplando también necesidades sociales y determinantes socio-ambientales.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

territorio (iglesias, escuelas), con temáticas variadas como alimentación, juego, etc. y con participación de diversos integrantes del equipo (Moreira & O'Dwyer, 2013; Fracoli, Gomes & Gryscek, 2014). Sin embargo, predominó claramente el análisis de obstáculos para implementar este tipo de intervenciones. En el artículo de Heidemann & Almeida (2010), se intentó estudiar este tipo de acciones y finalmente se concluyó que la sobrecarga de la demanda asistencial, y la desorganización del efector de APS en cuestión era tal -para los usuarios y el equipo de salud- que terminó analizando esta segunda cuestión, reforzando la propuesta de avanzar en intervenciones de promoción de la salud. Otras barreras y obstáculos hallados fueron la alta rotatividad del equipo de salud, la falta de capacitación, la confusión entre intervenciones preventivas y de promoción, la dificultad para generar articulaciones intersectoriales y participativas, y en algunos casos la distancia sociocultural con los usuarios y la falta de nociones de comunicación (Martins *et al.*, 2010; Moreira & O'Dwyer, 2013; Fracoli, Gomes & Gryscek, 2014; Oliveira, Silva & Souza, 2014). Se refuerza la propuesta de que desde la gestión se afronten estos obstáculos a fin de que el equipo de salud pueda desarrollar dentro de sus tareas estas intervenciones (ver Cuadro 19).

Cuadro 19. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de intervenciones de promoción de la salud, comunitarias, intersectoriales y de participación social.

Referencias	Avances	Obstáculos	Propuestas
Cesar-Vaz <i>et al.</i> , 2007	Actividades comunitarias e intersectoriales en temática socioambiental.		Aumentar frecuencia de intervenciones comunitarias y mejorar convocatoria a usuarios.
Heidemann & Almeida, 2010		Las necesidades de salud de los usuarios sobrepasan la capacidad de oferta de los equipos limitando las acciones de promoción de la salud.	Reforzar la estrategia de promoción de la salud en la ESF favoreciendo la participación social.
Faria & Bertolozzi, 2010	Gestores y referentes de vigilancia de la salud refieren acciones comunitarias e intersectoriales en	Acciones fragmentadas. Infraestructura precaria. Insuficiente capacitación y apoyo de la gestión. Limitada participación	Es necesario fomentar la participación de la comunidad en los temas de vigilancia de la salud.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.	torno a eventos y sus determinantes sociales.	comunitaria.	
Martins <i>et al.</i> , 2010	Se registran acciones comunitarias tanto en equipos básicos de salud del norte como del sur del país, todos los agentes se involucran en diversa medida. Fue más frecuente en efectores con rol de docencia y en los de la ESF.	Contratos precarios. No predominan las intervenciones intersectoriales ni de participación social.	Fomentar intersectorialidad y participación social.
Addum <i>et al.</i> , 2012	Acciones intersectoriales de salud ambiental y determinantes.	Falta de planeamiento participativo. Desmotivación de equipo de salud y usuarios para participar en consejo local de salud. Impotencia del equipo ante las condiciones de vida de la población.	
Cruz <i>et al.</i> , 2012	Experiencia promovida desde la universidad para formar el consejo local de salud de un área. Formación de un espacio de intercambio con la comunidad, trabajadores, gestores.	Desconocimiento de la comunidad en torno al funcionamiento del consejo local. Desmotivación del equipo de salud por poca presencia de gestores locales en espacio. Preocupación de que se convierta en espacio de quejas.	
Barreto <i>et al.</i> , 2012	Proyecto intersectorial de gestión participativa entre universidad, ESF y		

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.	<p>comunidad para desarrollar intervenciones comunitarias. Espacio de reflexión en formación de grado. Acercamiento a actividades de la comunidad.</p>		
Moreira & O'Dwyer, 2013	<p>Acciones comunitarias articuladas con referentes de la comunidad y la iglesia Espacios comunitarios de juego y alimentación</p>	<p>Escasez o falta de médicos. Efectores alquilados que son de habitantes del área con poder político. Escasa capacitación del equipo en APS. Articulación intersectorial limitada (iglesia, escuela).</p>	<p>Contar con equipos más capacitados en promoción de la salud</p>
Prasad <i>et al.</i> , 2013	<p>Acciones intersectoriales conjuntas promovidas desde Urban HEART (programa de OMS) y gestor de salud local/municipal, USP, comunidad y ONG. Proyectos de generación de ingresos y empleo en jóvenes. Propuesta de prolongar el proyecto y extenderlo a todos los barrios.</p>	<p>Dificultad en construir indicadores intersectoriales al inicio del proyecto.</p>	
Fracolli, Gomes & Gryscek, 2014	<p>Gestores y AC organizan acciones intersectoriales de PS en algunos municipios.</p>	<p>Algunos gestores confunden prevención con PS. Se dificulta por que los escasos recursos se</p>	<p>El involucramiento de los gestores es importante para que el equipo de salud desarrolle acciones</p>

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.		destinan a lo asistencial.	intersectoriales.
Silva <i>et al.</i> , 2014	Varias intervenciones con participación de APS. Muchas originadas desde el sector acción social, enfocadas a determinantes socioambientales.	Persisten ciertas fragmentaciones sectoriales	Incluir en la planificación no solo a gestores sino también a quienes llevaran adelante las intervenciones.
Oliveira, Silva & Souza, 2014		Equipo de salud identifica barreras de gestión y organización y desigualdades sociales de los usuarios (socioculturales, educativas, de comunicación), que limitan intervenciones de promoción de la salud.	Mejorar capacitación y recursos locales para abordajes interdisciplinarios y humanizados.
Londero, Ceccim & Bilibio, 2014	Intervención intersectorial de APS (consultorio en calle, ESF, NASF, CAPS-AD) y acción social para personas en situación de calle. Permite abordar problemática del consumo de drogas con reducción de daños, y otras situaciones.	Espacios de intervención y población cambiante. Dificultad de articulación con algunos efectores.	
Barroso & Silva, 2015	Alta presencia de usuarios en consejos locales de salud refieren acercar inquietudes.	Se priorizan temas presentados por secretaria local de salud.	

Fuente: elaboración propia.
Ver Apéndices para citas bibliográficas completas.
ESF= Estrategia de Salud de la Familia.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.

APS= Atención Primaria de la Salud.

Urban HEART= Herramienta de Evaluación y Respuesta para la Equidad en la Salud Urbana⁴⁷

OMS= Organización Mundial de la Salud.

USP= Universidad de San Pablo.

ONG= Organizaciones No Gubernamentales.

AC=agentes comunitarios.

PS=participación social.

NASF=Núcleos de Apoyo a la Salud Familiar.

CAPS-AD= Centros de Atención Psicosocial Alcohol y Drogas.

Dentro de esta temática algunos artículos se centraron en intervenciones intersectoriales (Cesar-Vaz *et al.*, 2007; Faria & Bertolozzi, 2010; Addum *et al.*, 2012; Prasad *et al.*, 2013; Londero, Ceccim & Bilibio, 2014). En los artículos de Cesar-Vaz *et al.* (2007) y de Addum *et al.* (2012), se analizaron experiencias intersectoriales motivadas por cuestiones socioambientales. Como obstáculos se señalaron la dificultad para hacer más participativas las intervenciones, la intermitencia y poca sostenibilidad de las acciones en el tiempo. Además algunos equipos identificaban la dificultad de generar abordajes que modifiquen en alguna medida las condiciones de vida de la comunidad. Las propuestas identificadas fueron aumentar de frecuencia de estas intervenciones y mejorar la convocatoria a la comunidad.

En un estudio acerca de intervenciones de vigilancia de la salud en un municipio, Faria & Bertolozzi (2010), identificaron avances en algunas experiencias que combinaban la vigilancia epidemiológica con intervenciones intersectoriales sobre determinantes sociales. Sin embargo, predominó la acción fragmentada y, la limitada o inexistente participación de la comunidad. Además en algunos casos fue insuficiente la capacitación del equipo y el apoyo del gestor para estas intervenciones. Se propone como en otras temáticas fomentar la participación comunitaria. Otro artículo, de Silva *et al.* (2014), también se orientó a sistematizar acciones intersectoriales enfocadas a determinantes sociales diversos en seis municipios de un área metropolitana. En él se encontraron variadas experiencias con participación del nivel local de salud, muchas de ellas promovidas por el sector de acción social. Se identificaron dificultades en la acción conjunta, ya que muchas de las experiencias eran acciones fragmentadas y planificadas desde la gestión con poca participación de los equipos actuantes. Se propone mejorar estos aspectos.

El artículo de Prasad *et al.* (2013) trató acerca de intervenciones intersectoriales sobre determinantes sociales llevados adelante en diversos países y promovidos desde el programa

⁴⁷ En el idioma original: *Urban Health Equity Assesment and Response Tool*.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Urban Health Equity Assessment and Response Tool (Urban HEART) de la OMS. En el caso de Brasil, se realizó una intervención intersectorial que convocó al área de salud local, a la comunidad, a la Universidad de San Pablo (USP) y a diversas ONG. Se avanzó en experiencias de generación de ingresos y empleo joven en territorios con severas desigualdades sociales, proponiendo extender la intervención otros barrios en esa situación. Al comienzo de la acción hubo dificultades en construir indicadores y trazar un diagnóstico de situación.

Se encontró un artículo que daba cuenta de una intervención intersectorial orientada al abordaje integral de las problemáticas de la población en situación de calle, llamada *Consultorio en calle*. La intervención promovida desde la gestión local de salud en el marco de la APS, constituía una acción en territorio articulando con otros recursos locales de salud, centro de salud, centro de atención psicosocial para adicciones (CAPS-AD), y de acción social, por ejemplo. Se constituyó como un avance para un mejor abordaje, como obstáculos se identificaron dificultades espaciales y de continuidad por las particularidades de la intervención, y en la articulación con algunos efectores.

Entre los artículos enfocados a la participación social, se encontraron los de Cruz *et al.* (2012), Barreto *et al.* (2012) y Barroso & Silva (2015). Los dos primeros se trataron de intervenciones promovidas desde el ámbito universitario, dentro de prácticas de estudiantes del área de salud (medicina, enfermería, nutrición, educación física, etc.) que promovían en un caso la constitución del consejo local de salud en un área y la otra una intervención comunitaria de conocimiento y planificación local participativa centradas en determinantes sociales de salud. Entre los obstáculos se identificó el desconocimiento de la comunidad en torno al funcionamiento del consejo local. Muchos líderes buscaban un lugar en el consejo para exhibirse ante la comunidad sin motivación para la tarea. Por otro lado, equipo de salud concurría desmotivado por poca presencia de gestores locales en espacio y preocupado de que se convierta sólo en un espacio de quejas (Cruz *et al.*, 2012). El artículo de Barros & Silva (2015), también dio cuenta de un proceso de trabajo en un consejo local de salud con cierto tiempo de funcionamiento, donde identificó una notable participación de la comunidad, aunque como obstáculo resaltó que en general se implementaban sólo las propuestas de los gestores locales.

Según percibimos, el proyecto tuvo espacios de vivencia y formación pedagógica integral y participativa. Las referencias pedagógicas esenciales de nuestra práctica son la educación popular en salud y la educación permanente

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

en salud. Ambas permiten el diseño de metodologías participativas en el proceso de trabajo.

De esta experiencia surgieron muchos avances. Entre ellos nos gustaría resaltar el trabajo en equipo, el protagonismo de los integrantes y de la comunidad en la construcción de actividades y la ampliación de una mirada crítica sobre la realidad social y el trabajo en salud. Destacamos también como avance para los saberes y prácticas en el contexto de la salud de la familia el énfasis en la perspectiva de trabajo comunitario. (Barreto *et al.*, 2012, p. 91).⁴⁸

Estos últimos artículos, nos han permitido acercarnos a avances y obstáculos en búsqueda por incorporar la participación comunitaria y la intersectorialidad a la producción de cuidado desde el nivel local de salud, así como a una promoción de la salud amplia orientada hacia las desigualdades sociales de la comunidad. Surgieron ricas experiencias, y estrategias novedosas para acercarse a la comunidad o desarrollar intervenciones sobre determinantes sociales. Sin embargo, una vez más aparecieron aquellas dificultades similares a las que refirieron otros autores del corpus, en relación a las limitaciones de los gestores y equipos del nivel local para avanzar en una agenda con contenido colectivo, comunitario y de acción en territorio: una demanda asistencial-clínica que supera la capacidad de equipos y efectores, limitada capacitación y recursos para tal fin, impotencia ante una realidad social extremadamente compleja que desafía incluso los proyectos intersectoriales y, -aún cuando se llevan a cabo- las tensiones que surgen cuando se articulan intervenciones con otros sectores estatales y de la comunidad.

Como pudimos ver en esta categoría en general, tanto en artículos acerca de Argentina como de Brasil, hubo cierta coincidencia desde lo referido por los protagonistas, y desde la intención de los autores, acerca del rol central de la APS en el territorio y en las comunidades, especialmente aquellas con mayores desigualdades sociales. En general, se identificó un avance en la problematización de estas desigualdades por gestores y equipo de salud, y cierta incorporación de estos aspectos en lo asistencial, y en algunas experiencias comunitarias, de promoción de la salud, intersectoriales y de participación social. Sin embargo, fueron muy notorios (y repetidos) los obstáculos para avanzar en intervenciones centradas en los determinantes sociales dentro de la producción de cuidado. Entre ellos se destacaron la precariedad laboral de los equipos, la inabarcable demanda asistencial, la falta de recursos y apoyo de los gestores, la insuficiente capacitación de los equipos, la impotencia ante las diferencias socioculturales con la comunidad, etc. A pesar de esto, las propuestas se centraron en abordar estas dificultades para incluir más fuertemente las intervenciones

⁴⁸ Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

colectivas y sobre desigualdades sociales dentro de las tareas de los equipos de APS.

4.3.3 Resultados demoepidemiológicos

En la tercera categoría se analizan avances, obstáculos y propuestas en artículos que a través de resultados demoepidemiológicos, examinan la asociación entre desigualdades y determinantes sociales, el nivel local de salud y ciertas problemáticas y ensayan propuestas de intervenciones sobre estas desigualdades, o que dan cuenta del impacto de ciertas intervenciones integrales de APS que incluyen el abordaje de las desigualdades sociales. Al igual que en las categorías anteriores se analizan por temáticas.

Desigualdades y determinantes sociales de uso, acceso y cobertura del nivel local de salud

En esta temática se halló un artículo acerca de Argentina. Se trató de un estudio donde se evaluaba el uso de la APS (a través de consultas preventivas, en este caso control de tensión arterial), según determinantes sociales y de conducta (Jahangir, Irazola & Rubinstein, 2012). Se comprobó que la población que se encontraba en el rango de 40% de ingresos más bajos, así como los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)⁴⁹, y los que contaban sólo con cobertura pública, consultaron menos a control de tensión arterial. Los autores proponen brindar aseguramiento a esta población con mayor vulnerabilidad económica. Si bien no detallan en que constaría *brindar aseguramiento*, podría implicar una transferencia de recursos a las familias o al sector salud para brindar mejor cobertura. Podría también, ser una recomendación poco fundamentada que vaya en sentido de la CUS, intervención que no va en sentido de mejorar la equidad en salud si no más bien ajustar costos y (subsidiando solo ciertas) prestaciones en nombre de la *eficiencia*.

Los artículos acerca de Brasil sobre acceso, uso y cobertura fueron varios. Resaltaban como avances que en los casos donde hay efectores de APS en comunidades con malas condiciones de vida, a pesar de las desigualdades sociales no es tan grande la inequidad de acceso, en los casos en que aquellos que perciben tener necesidades de salud y consultan

⁴⁹ Se considera hogar con NBI aquel que presenta una o más de las siguientes condiciones: vivir con más de 3 personas por cuarto (hacinamiento crítico), vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo), viviendas que no tienen retrete o tienen retrete sin descarga de agua, entre los convivientes algún niño en edad escolar que no asiste a la escuela, 4 ó más personas por miembro ocupado y en los cuales el jefe tiene bajo nivel de educación (sólo asistió dos años o menos al nivel primario) (INDEC, 2018).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

tienen un médico o centro de salud (del PSF) de referencia (Turci *et al.*, 2010; García-Subirats *et al.*, 2014). Se halló un artículo que analizaba y comparaba el acceso, uso y satisfacción de aquellos incluidos en el PSF en 2008 con respecto a otros tipos de prestadores locales. Estos efectos se vieron de manera más pronunciada en hogares más pobres. Como avances se registró que para acceder no requerían copago, muchos medicamentos eran gratuitos, tenían mejor acceso a la atención odontológica que los no incluidos, los que identificaban un médico y/u odontólogo de referencia, decían estar más satisfechos (Macinko & Lima Costa, 2012).

La medida del Índice de Vulnerabilidad en Salud del ambiente local estuvo asociada con consultas al médico de primera vez: los residentes de áreas con los niveles más altos de vulnerabilidad tuvieron más dificultad de lograrlas, pero una vez que accedieron a la atención, las características del área de residencia no estuvieron asociadas con la intensidad de uso en consultas. (Turci *et al.*, 2010, p. 7)

En relación a los obstáculos identificados, se detectó que las poblaciones con mayores desigualdades sociales a pesar de la disponibilidad de un centro de APS local tuvieron más dificultades de acceso a prácticas preventivas y de rutina (Turci *et al.*, 2010). En el artículo de Macinko & Lima Costa (2012), se identificó que las familias no pueden decidir ser usuarias del PSF, sino que es decidido por gestores de salud del municipio priorizando zonas rurales y con bajos ingresos, dejando de lado otros aspectos. Y en general, se identifica que los usuarios del SUS (con peores condiciones sociales que los usuarios de la AMS), continúan consultando en gran medida a los servicios de urgencias, lo cual denotaría la persistencia de dificultades para el acceso y seguimiento -especialmente en aquellos con enfermedades crónicas no transmisibles- en la atención básica en algunas zonas (García-Subirats *et al.*, 2014) (ver Cuadro 20).

En cuanto a las propuestas, se resalta la importancia de la utilización de datos e información socioeconómica y epidemiológica a fin de priorizar y guiar la ampliación de la APS. Y tener en cuenta los posibles beneficios de generar una adscripción entre la población y los profesionales del equipo de salud como vía para allanar el acceso a una atención integral en APS (Turci *et al.*, 2010). Se resalta la importancia de políticas que promuevan el establecimiento de un vínculo médico-paciente (Turci *et al.*, 2010). Las propuestas son similares a las de los estudios anteriores, mejorar la capacitación técnica de los equipos de PSF, y asegurar la continuidad de atención mejorando la articulación con otros niveles (Macinko y Lima Costa, 2012).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Cuadro 20. Avances, obstáculos y propuestas en artículos sobre desigualdades y determinantes sociales de uso, acceso y cobertura del nivel local de salud.

Referencias	Avances	Obstáculos	Propuestas
Turci <i>et al.</i> , 2010	Donde hay efectores de APS en comunidades con malas condiciones de vida, no es tan grande la inequidad de acceso, si tienen un médico o centro de salud de referencia.	Población con mayores desigualdades sociales a pesar tener cerca a efectores de APS accede menos a prevención y control de rutina.	Priorizar datos socioeconómicos y epidemiológicos ampliación de la APS. Favorecer adscripción entre población y equipo de salud como vía para allanar el acceso a una atención integral en APS.
Cardoso <i>et al.</i> , 2011	Presencia de un subsistema de salud para población indígena y nivel local de salud (coordinadores y equipos con AC).	La TMI y en niños <5 años es mayor a la general del país asociado a desigualdad por etnia (alta desigualdad social). La EVN es menor. No se implementan o son insuficientes intervenciones de APS.	Se requiere más inversión en APS y en intervenciones sobre determinantes sociales de salud, que reduzcan la desigualdades en salud.
Jahangir, Irazola & Rubinstein, 2012		La población que se encuentra en el rango de 40% de ingresos más bajos, así como los hogares NBI, y sólo con cobertura pública consultaron menos a control de tensión arterial (como ejemplo de medidas preventivas/de APS).	Implementar políticas públicas de aseguramiento.
Macinko & Lima Costa, 2012	Tener PSF se asocia con: Acceso a medicamentos gratuitos. Mejor acceso a atención odontológica.	La inscripción al PSF es decidido por gestores de salud del municipio y no por las familias.	Mejorar capacidad técnica del equipo PSF y articulación con otros niveles.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.

García-Subirats <i>et al.</i> , 2014	Donde hay efectores de APS en comunidades con malas condiciones de vida, no es tan grande la inequidad de acceso, si tienen un médico o centro de salud de referencia.	Usuarios de SUS tienen peor seguimiento de problemas crónicos en APS, en algunas zonas, y consultan más a urgencia.
---	--	---

Fuente: Elaboración propia.

Nota: ver Apéndices para citas bibliográficas completas.

APS= Atención Primaria de la Salud

AC= agente comunitario.

TMI= Tasa de Mortalidad Infantil.

EVN= Esperanza de Vida al Nacer.

NBI= Necesidades Básicas Insatisfechas.

PSF= Programa de Salud de la Familia

SUS= Sistema Único de Salud

Otro artículo que se halló en esta temática, examinaba resultados demográficos y epidemiológicos en poblaciones de pueblos originarios, estando ya instaurado un sistema de APS orientado a poblaciones originarias, intentando reducir barreras idiomáticas y culturales (Cardoso *et al.*, 2011). Se detectan obstáculos o insuficientes intervenciones en APS de modo que la mortalidad en menores de 5 años es mucho mayor que la general (desigualdad étnica), así como la EVN es menor. Se propone aumentar los recursos e intervenciones en APS así como para mejorar sus condiciones de vida (vivienda, saneamiento) y otros determinantes de salud.

Desigualdades y determinantes sociales en salud bucal

El artículo encontrado sobre esta temática acerca de Argentina, se trató de una experiencia en un municipio del Gran Buenos Aires como intervención de línea de base para nuevas estrategias de salud bucal. Se implementó con niños en edad escolar donde se constató que aquellos que contaban con peores condiciones socioeconómicas tenían peor estado dentario. La mitad de los niños estudiados nunca habían tenido consulta odontológica. Se concluyó como propuesta la utilidad de intervenciones de promoción de la salud que se acerquen a la comunidad y mejoren el modelo de atención local, así como la referencia a

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

otros niveles (Llompart *et al.*, 2010).

Acerca de Brasil, se hallaron varios artículos de salud bucal y resultados demoepidemiológicos. Por orden cronológico, en el primero se señalan avances en el aumento de la cobertura y disponibilidad de dentistas en el PSF/ESF en nuestro período de estudio, así como de intervenciones colectivas de promoción de la salud (Baldani, Almeida & Antunes, 2009). Asimismo, se destaca que los mismos avances han llevado a disminuir las inequidades en los municipios con poblaciones con peores condiciones sociales y la necesidad de extraer piezas dentarias (y aumentando los tratamientos conservadores). Entre otras cosas se atribuye al PAB y al programa *Brasil Sonriente*, que beneficia con más recursos financieros a los municipios con peores condiciones sociales. En el siguiente artículo (Baldani *et al.*, 2011) también se destaca la articulación con sector educativo. Además de los avances anteriores, Bueno *et al.* (2014), destacan el aumento de acceso al agua fluorada y otras acciones intersectoriales. En el último artículo, los autores destacan que municipios con mejor gestión local de salud se asocian con mejor acceso y utilización por parte de la población (Soares, Chaves & Cangussu, 2015) (ver Cuadro 21).

Cuadro 21. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de desigualdades y determinantes sociales en salud bucal.

Referencias	Avances	Obstáculos	Propuestas
Baldani, Almeida & Antunes, 2009	Aumento de la cobertura y disponibilidad de salud bucal en PSF. Promoción de la salud Recursos de PAB y <i>Brasil Sonriente</i> .	Persisten desigualdades sociales que hacen mayor la frecuencia de tratamientos mutilantes. Gestión de APS no favorece accesibilidad.	
Llompart <i>et al.</i> , 2010	Intervenciones de línea de base para implementar acciones de promoción y prevención en salud bucal.	Incidencia de patología bucal es mayor en niños con peores condiciones socioeconómicas. La mitad nunca había consultado.	Organizar programas de promoción de la salud que generen acercamiento con la comunidad y mejoren el modelo de atención en el nivel local y de referencia.
Baldani <i>et al.</i> , 2011	Salud bucal en ESF, la Articulación con sector educativo.	Niños en situación de desigualdad social, con menores redes sociales, y	Adecuar asistencia a posibilidades sociales de usuarios

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.	Programa <i>Brasil Sonriente</i> .	menor contacto con ESF y escuela tuvieron menores controles odontológicos.	Promoción de la salud/intersectorialidad.
Palmier <i>et al.</i> , 2012		Desigualdades en distribución de ingresos y de cobertura por ESF, explicaron la mayor diferencia de pérdidas dentarias por municipio.	Implementar políticas públicas intersectoriales de desarrollo social orientadas a poblaciones con mayores desigualdades.
Bueno <i>et al.</i> , 2014	Programa <i>Brasil Sonriente</i> (APS y especializada). Aumento de cobertura de agua fluorada y otras acciones intersectoriales.	Municipios con mejores índice de determinantes sociales estructurales e intermediarios presentan mejores indicadores de salud bucal. Menor atención en poblaciones con mayores necesidades.	Priorizar intervenciones locales como cobertura de saneamiento, agua fluorada, distribución de ingresos, cobertura de salud bucal en APS.
Soares, Chaves & Cangussu, 2015	Cobertura de ESF se asocia con mejor estado bucal (usuarios con mayores desigualdades sociales). Mejor gestión local de salud se asoció con menor uso de servicios privados. Mayor nivel educativo de los usuarios se asoció con un mejor uso de los servicios públicos.	Desigualdad en uso de servicios especializados públicos a la que acceden aquellos con mejor nivel educativo (comprensión de barreras del sistema).	

Fuente: elaboración propia.

Ver apéndices para citas bibliográficas completas.

PSF= Programa de Salud de la Familia.

APS= Atención Primaria de la Salud.

PAB= Piso de Atención Básica.

ESF= Estrategia de Salud de la Familia.

Dentro de los obstáculos, se siguen identificando diferencias sociales, locales y familiares que dificultan el acceso a APS, y más tratamientos mutiladores (extracciones

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

dentarias) en estas poblaciones con respecto a otras con mejores ingresos (Baldani, Almeida & Antunes, 2009; Palmier *et al.*, 2012; Bueno *et al.*, 2014; Soares, Chaves & Cangussu, 2015), y se lo atribuyen en parte a la gestión de APS y a las condiciones de vida de los usuarios que dificultan el acceso y retrasan la consulta. El artículo de 2011, que era acerca de salud bucal en niños, también señalaba que aquellos en situación de desigualdad social, con menores redes sociales, y menor contacto con ESF y la escuela tuvieron menores controles odontológicos. Otro obstáculo hallado en este artículo -pasible de ser abordado desde la promoción de la salud-, son el poco contacto con odontólogos en la familia y las creencias y percepciones en torno a la salud bucal (Baldani *et al.*, 2011). Por otra parte, se señala que las barreras de acceso a la atención especializada harían que aquellos con menor nivel educativo accedan menos (Soares, Chaves & Cangussu, 2015).

...existen desigualdades en la utilización de servicios públicos que están conectados con la falta de acceso a la escuela, o al PSF como institución de salud de uso regular, y estas barreras deben ser minimizadas. Los hallazgos nos indicaron, además del apoyo social, la ausencia de necesidad percibida fue un importante predictor de nunca haber concurrido al odontólogo. (Baldani *et al.*, 2011, p. 52)⁵⁰

Como propuestas se encuentran la necesidad de continuar reforzando las tareas de promoción de la salud -incluso intersectoriales- y de asistencia (conocimiento de la población, adecuación de horarios) en territorios con poblaciones con más desigualdades sociales, mejorando el direccionamiento de los recursos (Baldani *et al.*, 2011), así como intervenir en determinantes sociales relacionados por ejemplo a la vivienda (saneamiento, agua fluorada), entre otros (Bueno *et al.*, 2014) (ver Cuadro 21).

Desigualdades y determinantes sociales en salud de la mujer

En relación al artículo acerca de salud de la mujer, se señala como obstáculo central para la resolución de casos de rastreo de cáncer de cuello uterino anormal, las características de organización del sistema de salud al que consulta, especialmente la referencia entre APS y la atención hospitalaria de mayor nivel de complejidad. También se identifican similares obstáculos relacionados a las condiciones sociales, la falta de apoyo social (familiar, laboral) para consultar, en muchos casos asociado a tener niños a cargo y no tener medios para dejarlos al cuidado de otro/s (escuela infantil, cuidador pago, otro familiar), no contar con dinero para el transporte. Se afirma que el género femenino presenta obstáculos particulares

⁵⁰ Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

en relación a acceder a la consulta.

En cuanto a las propuestas se destacan la importancia de descentralizar la atención hacia los efectores de APS, incorporar medidas de protección social y de perspectiva de género para mejorar la adherencia al seguimiento y tratamiento, brindar capacitación sobre perspectiva de género y desigualdades sociales para el equipo de salud, favorecer la atención en horarios en que la población pueda consultar, mejorar desde la gestión la articulación entre APS y el segundo nivel de atención (Paolino, Sankaranarayanan, Arrosi, 2013).

Desigualdades y determinantes en salud mental

Con respecto a salud mental, se halló un estudio acerca de trastornos mentales comunes (TMC) -ansiedad y depresión- en efectores de APS. Se describe que existe una prevalencia en centros de PSF (de la ciudad estudiada, Petrópolis) del 56% de los usuarios con TMC. Los autores se preguntan si existe un círculo que se retroalimenta donde las desigualdades sociales generan TMC, y estos dificultan mejorar la situación social. Señalan que es más frecuente en mujeres y que ésto repercute en la salud de los niños. Se señalan como avances los grupos de soporte comunitario, por ejemplo *Terapia Comunitaria*, los Núcleos de Apoyo a la Salud Familiar (2008). Como propuestas, priorizar estos casos en la atención de salud mental en APS, favoreciendo un abordaje integral que tenga en cuenta la situación social. Y fortalecer la capacitación para salud mental en APS (Fortes *et al.*, 2008).

Desigualdades y determinantes en enfermedades transmisibles

En esta temática se halló un estudio acerca del área metropolitana de Posadas (provincia de Misiones) en cuanto a desigualdades y determinantes asociados a sífilis congénita. Se identificó como obstáculo, que un bajo nivel educativo (primario completo o menos) de la madre, así como pertenecer a un hogar con NBI, hacía más probable presentar un cuadro de sífilis congénita. Al parecer, el bajo nivel educativo estuvo más asociado que las condiciones de vida. Otro obstáculo para prevención y detección de la sífilis congénita fue contar con un nivel local de salud sin medios para un adecuado rastreo. Entre las propuestas estuvo implementar políticas que aborden determinantes sociales, educación, entre otros (Parker *et al.*, 2012).

En los artículos encontrados acerca de tuberculosis se analizan también aspectos de acceso a cobertura en general. En el artículo de Herrero, Ramos & Arrosi (2015), como

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

obstáculos se describe cómo la adherencia y acceso a la atención de pacientes con tuberculosis se encuentra influenciado negativamente por no disponer de dinero para el transporte, no contar con apoyo social (familiar, laboral) para consultar, la ausencia de efectores de primer nivel cercanos -APS parecería estar asociada a una mejor calidad de atención-. Cabe resaltar que en este caso también se afirma que el género masculino presenta obstáculos particulares en relación a acceder a la consulta (ver Cuadro 22). En cuanto a las propuestas se destacan la importancia de descentralizar la atención hacia los efectores de APS, incorporar medidas de protección social (Herrero, Ramos & Arrosi, 2015). En el segundo artículo en cuanto a la tuberculosis, que en Brasil se trata prioritariamente en la atención básica, se resalta que en el año 2011 se llegó a la *Meta de Desarrollo del Milenio* en reducción del 50% en la mortalidad (Pinheiro *et al.*, 2013). Como en otros aspectos del PSEA tratados antes, aún se encuentran barreras de acceso para las poblaciones con mayores desigualdades sociales y escaso abordaje de las mismas desde salud o de manera intersectorial. Las propuestas se orientan en general a ampliar el abordaje hacia medidas de protección social, como programas de transferencia de ingresos, etc., que por un lado mejoren la calidad de vida y el estado de salud (Pinheiro *et al.*, 2013) y por otro favorezcan el acceso a la atención.

Cuadro 22. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca de desigualdades y determinantes sociales en enfermedades transmisibles.

Referencias	Avances	Obstáculos	Propuestas
Parker <i>et al.</i> , 2012	Desde 2007, seguimiento de embarazadas con agentes comunitarios, aumento de accesibilidad a rastreo y tratamiento, acciones de promoción y prevención desde el nivel local.	Sífilis congénita más probable en hogares con NBI o madre sin educación secundaria. El efecto de las NBI sobre esta probabilidad sería mayor si se suma bajo nivel educativo. Efectores de APS sin recursos para rastreo hacen más probable sífilis congénita.	Implementar políticas que aborden determinantes sociales, educación, entre otros.
Pinheiro <i>et al.</i> , 2013	Se llegó a Meta de Desarrollo del Milenio en	Persisten barreras de acceso para las	Ampliar el abordaje hacia protección social, para

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.	reducción del 50% en mortalidad (2011) en tuberculosis. Se atiende en APS.	poblaciones con mayores desigualdades sociales y escaso abordaje de ellas intra o intersectorialmente.	mejor calidad de vida y acceso a salud.
Garbossa <i>et al.</i> , 2013	Intervención (investigación y acciones de promoción de la salud) en relación a parasitosis intestinales en un barrio vulnerable.	La desigualdades socioambientales relacionadas a la vivienda (disposición de excretas y acceso al agua potable) fueron las más asociadas a parasitosis.	Las acciones locales de promoción de la salud deben complementarse con políticas que aborden determinantes sociales.
Herrero, Ramos & Arrosi, 2015		Los usuarios, especialmente varones, con más desigualdades sociales tienen más barreras de acceso a continuidad de tratamiento (transporte, turnos, etc.).	La asistencia en APS y las intervenciones de protección social podrían ayudar a completar tratamiento para tuberculosis.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: ver Apéndices para citas bibliográficas completas.

NBI=Necesidades Básicas Insatisfechas.

APS= Atención Primaria de la Salud

Uno de estos artículos daba cuenta de una investigación epidemiológica acerca de la asociación de condiciones de vida con parasitosis intestinales en un barrio vulnerable de Buenos Aires (Garbossa *et al.*, 2013). Este estudio llevado adelante en conjunto por investigadores universitarios, equipo de salud del efector local de salud y organizaciones de la comunidad, incluyó acciones de promoción de la salud y tratamiento adecuado. Las desigualdades socioambientales relacionadas a la vivienda (disposición de excretas y acceso al agua potable) fueron las más asociadas a parasitosis intestinales, también la asistencia a jardines maternales, y la madre como único sostén de hogar. Se concluye proponiendo, acciones locales de promoción de la salud y políticas que aborden determinantes sociales, especialmente las condiciones de habitabilidad del barrio y las viviendas.

Desigualdades y determinantes en enfermedades crónicas no transmisibles

En esta temática se halló un artículo que detallaba una investigación de intervención

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

integral (incluyendo un abordaje sociofamiliar por parte de agentes comunitarios) en hipertensión arterial a llevar a cabo en el nivel local de salud en Argentina (Mills *et al.*, 2014). La propuesta fue evaluar la asociación entre intervenciones integrales que tomen en cuenta determinantes socio familiares y económicos (disponibilidad de medicación gratuita) en el mejoramiento de hipertensión arterial y otros factores de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Impacto en salud del niño

Se encontraron dos artículos que daban cuenta del impacto de intervenciones de la APS en la salud del niño, ambos acerca de Brasil. Se identificaron avances en la reducción de la TMI, además se pudo determinar que cuanto mayor era la implantación del PSF en los municipios mayor era la reducción de este indicador. El efecto fue más notorio en municipios con TMI mayores e IDH menores al comienzo del estudio. En este artículo se destacan similares intervenciones del equipo del PSF, que al ser aplicadas sistemáticamente, a diferencia de otros tipos efectores de APS tradicionales (no PSF) y hospitalarios, han podido contribuir a esta disminución (Aquino, Oliveira & Barreto, 2009).

El segundo artículo acerca de este tema, publicado en 2013, da cuenta del avance del PSF hasta 2011, destacando que se ha llegado a la cuarta *Meta de Desarrollo del Milenio*, enfocada a disminuir la mortalidad de niños menores de 5 años. En el mismo se identifican otros avances relacionados a esta sinergia entre el PBF y el PSF. Se destaca que entre 2004-2009 la mortalidad en menores de 5 años disminuyó un 19,4% en las 2.853 municipalidades estudiadas –en las cuales se contaba con información completa que permitió evidenciar las mejoras–, encontrándose que la mayor asociación fue con la disminución de la malnutrición. Mientras que la cobertura del PSF fue en aumento y el PBF tuvo un pico en 2009, aumentando también los ingresos en los hogares y el acceso a saneamiento. En relación al PSF, su aporte fue la reducción de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias. Por otra parte, también se registró un aumento del acceso a inmunizaciones, controles prenatales y disminución de la necesidad de internación en niños. Lo que se percibe, es un mejoramiento en la seguridad alimentaria de los niños y la familia y menor carga de daños en general en cada hogar. La mayor concurrencia a los efectores de APS, en cierta medida compulsiva por las características del PBF, constituirían un oportunidad para medidas preventivas y de detección de *enfermedades* (Rasella *et al.*, 2013).

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Los resultados de nuestro estudio demuestran que el PBF tuvo un significativo rol en la reducción de la mortalidad en menores de 5 años, por todas las causas y por causas relacionadas con la pobreza tales como desnutrición y diarrea, en municipalidades de Brasil entre 2004-09. El efecto se mantuvo aún después de ajustar las covariables socioeconómicas y el PSF. Un aumento en la duración y cobertura del PBF tanto en población total como objetivo refuerza el efecto del programa. El efecto del PBF fue más fuerte cuando, en municipalidades con alta cobertura poblacional, la cobertura completa de población objetivo de familias pobres se mantuvo por cuatro años o más. Con respecto a los factores envueltos en la cadena causal de la reducción de mortalidad, el PBF redujo sustancialmente las internaciones en menores de 5 años, la cobertura vacinal y las consultas prenatales. [...]

El PSF aumenta el acceso a la atención, el cual, de acuerdo a nuestros resultados, refuerza el efecto del PBF en beneficiarios del PSF comparado con beneficiarios del PBF que son asistidos en efectores de salud tradicionales, los cuales suelen ser más distantes y no se comprometen en actividades de involucramiento comunitario y visitas domiciliarias. (Rasella *et al.*, 2013, p. 62-63)⁵¹

En los artículos, se destaca el efecto sinérgico del mejoramiento del acceso a la atención y a las intervenciones preventivo-promocionales asociadas a la implementación de otras intervenciones sociales (PBF, educativas, saneamiento, etc.) que se dan en articulación APS, agentes comunitarios y otros sectores, y que contribuyen a disminuir las desigualdades sociales.

Otros obstáculos identificados, son la necesidad de estimar en ciertas regiones la TMI dado que no se cuenta con estadísticas acordes, hecho que muchas veces coincide con territorios con más desigualdades sociales y tasas más altas de morbilidad, y en ocasiones con baja implantación del PSF dentro de una región (Aquino, Oliveira & Barreto, 2009).

También se identifica en este grupo que el modelo de gestión y de atención, con actividades comunitarias y visitas domiciliarias que favorecen el vínculo con las familias, se aplica casi exclusivamente en el ámbito de los efectores del PSF, los efectores de atención básica previos (o tradicionales) no han aplicado masivamente este cambio del modelo de atención más orientado hacia lo preventivo-promocional y el trabajo en territorio (Rasella *et al.*, 2013).

Se propone continuar con la producción de estudios epidemiológicos que recaben evidencia del impacto de este tipo de intervenciones sobre el PSEA y que permitan visibilizar el tema de las inequidades en salud en la agenda nacional e internacional (Aquino, Oliveira & Barreto, 2009).

⁵¹ Traducción libre de la autora.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Impacto en expectativa de vida

Otro estudio del mismo año que evaluaba impacto en expectativa de vida, controlando diversas variables, destaca la asociación positiva y significativa entre el PSF, que en el estudio se evalúa en el año 2000 y en 2009, atribuible tanto a mejoras en niños como en adultos -especialmente relacionadas a enfermedades crónicas-. Esta relación, también se evidencia con la disminución de la inequidad económica (coeficiente de Gini) (Rasella, Aquino & Barreto, 2013) (ver Cuadro 23).

Cuadro 23. Avances, obstáculos y propuestas en artículos acerca del impacto en resultados demoepidemiológicos de intervenciones con el nivel local de salud sobre desigualdades sociales.

Referencias	Avances	Obstáculos	Propuestas
Aquino, Oliveira & Barreto, 2009	Reducción de la TMI. A mayor implantación del PSF en municipios mayor la reducción. Efecto fue más notorio en municipios con TMI mayores e IDH menores al comienzo del estudio.	En ciertas regiones no se cuenta con estadísticas acordes de TMI.	Continuar estudios epidemiológicos que recaben evidencia del impacto y permitan visibilizar el tema de las inequidades.
Rasella <i>et al.</i> , 2013	Se cumplió cuarta Meta de Desarrollo del Milenio (disminución de mortalidad de niños menores de 5 años). Sinergia entre el PBF y el PSF. Se destaca que entre 2004-2009 la mortalidad en menores de 5 años disminuyó un 19,4% (2004-09). Disminuyó malnutrición. PSF redujo enfermedades diarreicas e infecciones	Los efectores de atención básica previos (o tradicionales) no han aplicado este cambio del modelo de atención más orientado hacia lo preventivo-promocional y el trabajo en territorio.	

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Continuación.	respiratorias. Aumento de inmunizaciones, controles prenatales y disminución de internación en niños. Mejoramiento en la seguridad alimentaria de los niños y menor carga de daños.	
Rasella, Aquino & Barreto, 2013	Aumento de EVN con PSF (entre 2000 y 2009) atribuible a enfermedades crónicas.	
Llovet, Dinardi & De Maio, 2011	Intervenciones comunitarias participativas aumentan la autorreferencia de EC y reducen la presencia de vectores.	
Nery <i>et al.</i> , 2014	En municipios endémicos de lepra, PBF disminuyó casos nuevos y PSF aumentó la detección de casos nuevos.	Continuar estudios epidemiológicos que recaben evidencia del impacto y permitan visibilizar el tema de las inequidades.

Fuente: Elaboración propia.

Nota: ver Apéndices para citas bibliográficas completas.

PSF= Programa de Salud de la Familia

TMI= Tasa de Mortalidad Infantil

IDH= Índice de Desarrollo Humano

EVN= Esperanza de Vida al Nacer

EC= Enfermedad de Chagas.

PBF= Programa Bolsa Familia

Impacto en enfermedades transmisibles

El artículo de esta temática acerca de Argentina, investigó el impacto de acciones de promoción de la salud sobre la autorreferencia de padecer Enfermedad de Chagas (EC) y presencia del vector (vinchuca), en municipios con alta vulnerabilidad social en Santiago del Estero (Llovet, Dinardi & De Maio, 2011). Como avance se constató que en municipios

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

donde las intervenciones fueron horizontales y participativas, la autorreferencia de padecer EC fue mayor y la presencia del vector fue menor. A la inversa, en municipios con intervenciones verticales, entre ellas fumigación, el impacto fue menor. Se concluye que la implementación de acciones con participación comunitaria puede ayudar a mitigar las desigualdades sociales que predisponen a estos daños en la salud.

Por otra parte, otro estudio señala que el efecto sinérgico PSF-PBF ha contribuido a la disminución, en municipios endémicos, de casos nuevos de lepra -por disminución de desigualdades sociales con PBF- y ha favorecido la detección de nuevos casos -por mayor accesibilidad al nivel local de salud con PSF-. Este efecto se detectó al comparar municipios con mayor tasa de cobertura con PBF, y con PSF, con los de menor implantación de los programas (Nery *et al.*, 2014).

4.4 Síntesis

Los hallazgos analizados a partir del corpus documental construido, nos han acercado a un panorama en cuanto a la producción científica de los países seleccionados. Como notamos en los artículos orientados a los procesos cotidianos de producción de cuidado, en las visiones y reflexiones de los gestores y el equipo de salud, y en sus proyectos de intervención, la discusión de un modelo de APS integral que incluya las desigualdades sociales de la población está abierta, pero no saldada. Ha resultado notable, la concordancia entre el marco conceptual planteado por nuestro trabajo y el propuesto por los autores de los artículos, especialmente en la categoría *Procesos de producción de cuidado*, donde incluso los discursos del equipo de salud parecerían coincidir con la perspectiva integral que incluya las desigualdades sociales, aunque se percibe que en las experiencias analizadas continúan prevaleciendo aquellas focalizadas, centradas en *grupos de riesgo* y en la prevención desde lo individual. En los artículos de la categoría *Resultados demoepidemiológicos* los marcos teóricos han sido más variados, donde el término determinantes sociales se destaca aunque con múltiples connotaciones, incluso como sinónimo de *factores de riesgo*, por otro lado en estos artículos las propuestas suelen ir en sentido de un abordaje integral que incluya intervenciones sectoriales e intersectoriales sobre desigualdades sociales. Como decíamos, es remarcable que no sólo han influido los discursos de la OMS o de la OPS, sino el de otros autores referentes de la salud colectiva que hablan de y desde Latinoamérica, por ejemplo Merhy, Campos, Paim, Testa, y de la medicina social, como Laurell, entre muchos otros,

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

aunque esto puede deberse en parte a que los artículos hallados son en mayor cantidad acerca de Brasil donde encontramos mayor homogeneidad de enfoques y mayor concordancia con nuestro marco conceptual de referencia.

En relación al análisis por categorías. En la categoría *Estructuras: reglas y recursos*, encontramos artículos fechados en todos los años del período. En cuanto a la dimensión territorial de referencia, estas fueron país, provincia/estado y ciudad/municipio. Los tipos de artículos encontrados fueron, en su mayoría teóricos, algunos investigativos cualitativos y cuantitativos. En este grupo de artículos se logró analizar cómo las políticas y otros tipos de reglas formales y no formales, se van interrelacionando y contribuyendo a delinear lo que se hace, lo que se puede y lo que no, en la gestión local de salud y en relación a intervenciones con foco en las desigualdades sociales. Se han identificado notables avances en políticas e incluso marcos normativos legales para ampliar y extender el alcance del nivel local de salud o APS y, la articulación de éste con otros sectores. El foco y la priorización en las comunidades con mayores desigualdades ha sido el motivo central en la mayoría de estos artículos, ya que son las poblaciones con peor acceso y mayor inequidad en salud, y a la vez son los principales usuarios del sector público de salud en ambos países. También se ha registrado la problematización en cuanto al eje en el empoderamiento social y de movilización de la ciudadanía, en relación a políticas de participación social centralmente acerca de Brasil. Es importante también destacar que a través de todo el corpus documental se percibe la problematización en torno a la cuestión de recursos en relación a la inequidad y las desigualdades sociales, se problematizan, la ampliación de cobertura, la necesidad reducción de gastos de bolsillo, el acceso gratuito o económico a medicamentos y otras prestaciones, como vías para reducir o al menos no profundizar la desigualdades sociales, es decir favorecer la equidad en salud y la accesibilidad; así como otros tipos de infraestructuras y servicios comunitarios (saneamiento, educación, etc.), y también programas de protección social integral - que incluyan la transferencia de ingresos, como PBF -. Entre los principales obstáculos, en artículos de ambos países, se hace referencia al proceso de descentralización y municipalización como generadora y perpetuadora de la inequidad entre distritos que redundan en dificultades en la gestión local de salud y la posibilidad de abordar las desigualdades sociales de la población que afectan la salud. Quedando reflejado en artículos acerca de Argentina la falta de un marco normativo nacional explícito que, al menos, modere el impacto de la descentralización en las políticas para el nivel local de salud.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Por otro parte, dentro de la categoría *Procesos de producción de cuidado*, se hallaron artículos publicados entre 2006 y 2015. En ese sentido predominaron los artículos investigativos cualitativos y estudios evaluativos, pero hubo de los otros tipos también. La dimensión territorial que predominó fue tanto barrio/comunidad/área de salud como ciudad/municipio, en coincidencia con el foco de estos artículos, puesto en describir y/o evaluar experiencias de trabajo local concretas, compararlas con recomendaciones de aplicación, o describir nuevas estrategias. Se destacaron intervenciones que permitieron priorizar comunidades y grupos en situación de grave desigualdad social (población en situación de calle, familias de barrios marginalizados con dificultades de accesibilidad), así como espacios de gestión colegiada, de reflexión en equipos interdisciplinarios, etc. Estos trabajos, proponen reforzar la formación de pregrado en abordajes interdisciplinarios, en equipo y orientados a incluir en las prácticas intervenciones relacionadas a desigualdades sociales, así como en la capacitación de trabajadores de la salud que opten por desempeñarse en APS, fortalecer el análisis demoepidemiológico por parte de los gestores locales y de los equipos de salud a fin de utilizarlo como insumo para reorientación del modelo de atención. Con respecto a artículos acerca de experiencias comunitarias e intersectoriales, el eje de estas giró en torno a una APS con enfoque de derechos y a una incorporación del gestor local y/o equipo de salud en espacios comunitarios que promuevan el empoderamiento de las comunidades y a expresar sus necesidades e incluirlas en la agenda del Estado. Es notorio haber hallado artículos donde se abordó la problemática de la inclusión ciudadana de poblaciones originarias. Se pusieron de relieve obstáculos que imponen las propiedades estructurales en el ámbito de la salud y la protección social, por ejemplo en la distribución de recursos, las dificultades para modificar estructuralmente ciertas condiciones sociales, tensiones entre sectores, por ejemplo gestor municipal, gestor de salud, comunidad, etc., disponibilidad de equipos de salud y condiciones laborales precarias, las realidades y lógicas del territorio local (violencia, tensiones políticas, etc.).

En la categoría *Resultados demoepidemiológicos* pudimos agrupar artículos publicados entre 2009 y 2015. Los mismos estuvieron muy apoyados en el marco teórico de los determinantes sociales de salud, aunque en algunos casi confundidos con factores de riesgo, como señalábamos previamente. Se hallaron artículos enfocados a la asociación de las desigualdades y determinantes sociales con el PSEA y los resultados demoepidemiológicos de la población, y las posibles intervenciones en función de ello, y otros centrados en estudiar

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

el impacto de intervenciones en desigualdades sociales y APS sobre resultados demoepidemiológicos. Todos artículos fueron investigativos cuantitativos de metodología epidemiológica. La dimensión territorial de estudio predominante fue ciudad/municipio. En ellos, encontramos una variedad de padecimientos cuestiones, que se abordan en los artículos en el contexto del nivel local de salud, tales como tuberculosis, lepra, salud del niño, salud de la mujer, salud bucal, salud mental, etc., y parece confirmarse la premisa que venimos sosteniendo de que cuanto más compleja es la situación de desigualdad social, de quién presenta algún padecimiento y su familia, más difícil es que se pueda resolver, y menos accesible se le presenta incluso el nivel local de salud. En ese sentido se identifican propuestas similares para la gestión local de salud, acordes a nuestro marco conceptual, gestionar teniendo en cuenta el punto de vista y necesidades de los usuarios, adaptando los horarios de atención o generando espacios que faciliten el acceso a la atención, etc. Otra propuesta repetida es gestionar mejoras en la referencia al segundo nivel, y problematizar esta cuestión como limitante a la efectividad de las acciones en APS. En los artículos acerca de impacto en resultados, se pudo analizar de qué manera un modelo de atención integral en el nivel local donde se articulen actividades preventivo promocionales comunitarias y de protección social, con el abordaje de las desigualdades sociales, en general de manera intersectorial, pudo y puede mejorar incluso los resultados demoepidemiológicos de los usuarios, siendo esta mejoría más notoria en comunidades con peores situaciones de desigualdad social.

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

5. CONSIDERACIONES FINALES

El trabajo realizado nos transmite la idea de que en los países estudiados la temática de las desigualdades sociales, y su relación con el nivel local de salud, han despertado interés en la investigación. Sin embargo, es difícil imaginarse hacia donde puede encaminarse la producción científica, los contenidos educativos y las políticas y prácticas de salud y de protección social en relación a éstas, cuando lo más relevante en una temática así de compleja, es la distribución del poder, la voluntad política y las luchas de los actores sociales interesados para revertirlas.

Hoy más que nunca, se nos remarca el peso de las cuestiones estructurales, económicas, políticas, culturales, como determinantes, y es por eso que como ya el contexto de Latinoamérica no es el mismo que el de hace 15 años, como las corrientes políticas y económicas dominantes en esta región han virado, y en medio de nuestro período de estudio se ha presentado una crisis económica, financiera y política global que parece no terminar, nos resulta muy difícil afirmar que sobre lo recopilado y analizado aquí, se va a seguir construyendo y mejorando, desde la perspectiva política, académica, científica y de los servicios de salud.

Por lo tanto, en relación a las desigualdades sociales y su anclaje en el sector salud, en especial en la gestión del nivel local, como nos han enseñado alguna vez nuestros referentes de la salud colectiva, es probable que este interés siga persistiendo en la voluntad de los científicos, docentes, gestores y trabajadores de salud que insertos en sus territorios locales. Quienes eligiendo no estar ajenos a las desigualdades sociales de sus comunidades, sigan construyendo en el cotidiano, procesos de producción de cuidado y modelos de atención más volcados a las necesidades y a la construcción de ciudadanía. De todas maneras observamos en este trabajo que persisten aún con fuerza los modelos de atención médico asistenciales, centrados en la enfermedad y el preventivismo individual centrado en los *estilos de vida*.

Como trabajadora del nivel local de salud de un territorio marcado por las desigualdades sociales, como las que caracterizan a una gran ciudad de nuestra región, el presente trabajo me permitió conocer y reflexionar sobre avances en aspectos de procesos y resultados y en obstáculos estructurales y de procesos. La intención ha sido aportar en cierta medida un recurso de sistematización, reconocimiento y crítica a nuestra realidad de trabajo y de vida, que entiendo ha sido también, el de la mayoría de los autores con los que me he

Carnevale Mercuri B. Gestión local de salud: intervenciones en relación a desigualdades sociales. Revisión crítica de artículos científicos acerca de Argentina y Brasil en el período 2005-2015. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

encontrado en este estudio.

Será necesario, como han señalado varios autores de los artículos analizados, seguir generando evidencia y poniendo en agenda el camino de la reducción de las desigualdades sociales como vía para la salud, y los modelos de gestión y atención integrales volcados a la inclusión, para contribuir al bienestar y favorecer mejoras sociales e institucionales.

Como hemos podido observar, la discusión de las desigualdades sociales, no se reduce a la distribución de ingresos económicos, sino que se debe dar también en el ámbito de los derechos y la inclusión, en la problematización de las discriminaciones, del acceso a un empleo, a la educación, o a espacios comunitarios recreativos.

Una vez más reafirmamos, el rol del gestor del nivel local de salud, como actor de un territorio donde se juegan muchos aspectos de la salud de la población, que son y serán fundamentales a tener en cuenta, en cada intervención, en cada equipo, en cada articulación. El primer paso será que éste y el equipo de salud eviten naturalizar las desigualdades sociales, e incluyan en todos sus abordajes, asistenciales y no asistenciales, individuales, grupales y comunitarios, alguna estrategia para, en alguna medida, mejorarlas y reducir la inequidad.

Vale remarcar aquí, que no debemos confundir los instrumentos, las herramientas y los conceptos novedosos, con las necesidades de la población, ni la mera enunciación de intervenciones integrales que al analizarlas reproducen abordajes médico asistenciales centrados en responsabilizar a los individuos por sus condiciones de vida y salud. Por otra parte, ni a nivel académico-científico, ni en el proceso de producción de cuidado allí en el terreno local debemos confundir garantizar derechos y construir ciudadanía, con el mero asistencialismo y la contención social a la que, especialmente las políticas y los contextos neoliberales, conducen al sector salud y dentro de éste al nivel local de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta Ramírez N, Pollard Ruíz J, Román Vega R, Labonté R. (2011). Comprehensive Primary Health Care in South America: contexts, achievements and policy implications. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 27(10):1875-1890 [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/02.pdf>

Aguilar L. (2007). El aporte de la Política Pública y de la Nueva Gestión Pública a la gobernanza. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. No. 39.

Albuquerque MFM. (2000). Debate en relación al artículo “O conceito de espaço em epidemiologia: uma interpretação histórica e epistemológica”. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 16(3):612 [citado 16 may 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n3/2947.pdf>

Almeida Filho ND. (2000). *La ciencia tímida, ensayo de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Almeida Filho ND, Rouquayrol MZ. (2008). *Introducción a la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Arouca S. (2008). *El dilema preventivista: contribuciones a la comprensión y crítica de la medicina preventiva*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Ase I, Buriyovich J. (2009). La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva* [Internet]. 5(1):27-47 [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/scol/v5n1/v5n1a03.pdf>

Asociación Latinoamericana de Medicina Social. (2008). Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de salud de ALAMES [Internet]. 30 sep al 2 oct, universidad Autónoma México D.F. Disponible en: http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias_Taller%20Determinantes%20Sociales.pdf

Bardin L. (1979). Análise de conteúdo. [Internet]. São Paulo: Edições 70 [citado 20 jul 2017].
Disponível em:

<https://ia601901.us.archive.org/11/items/bardin-laurence-analise-de-conteudo/bardin-laurence-analise-de-conteudo.pdf>

Beldarraín E. (2002). Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 28(1) [citado 15 oct 2015]. Disponível em:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000100007

Borrell C, Artazcoz L. (2008). Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gaceta Sanitaria [Internet]. 22(5):465-73 [citado 15 oct 2015]. Disponível em:

<http://gacetasanitaria.org/es/las-politicas-disminuir-las-desigualdades/articulo/S0213911108724233/>

Breilh J. (2008). Una Perspectiva Emancipadora de la Investigación y Acción, Basada en la Determinación Social de la Salud [Internet]. Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de salud de ALAMES. 30 de sep al 2 de oct; Universidad Autónoma Metropolitana, México D.F. [citado 15 oct 2015]. Disponível em:

http://www.uasb.edu.ec/UserFiles/376/File/ponencias_Taller%20Determinantes%20Sociales.pdf

Brown T, Fee E. (2003). Henry E. Sigerist, Medical Historian and Social Visionary. American Journal of Public Health [Internet]. 93(1) [citado 15 oct 2015]. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447692/pdf/0930060.pdf>

Buss P M. (2008). Una introducción al concepto de promoción de la salud. En: Czeresnia D, Machado Freitas C. (organizadores): “Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias”. Buenos Aires: Lugar editorial. P.19-46

Buss P M, Pellegrini Filho A. (2006). Iniquidades em saúde no Brasil, nossa mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 22(9):2005-2008 [citado 17 jun 2016]. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900033

Cáceres P. (2003). Análisis cualitativo de contenido: una metodología alcanzable. *Psicoperspectivas* [Internet]. 2: 53-82 [citado 16 may 2017]. Disponible en:

<http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>

Campos GWS. (2001). *Gestión en Salud*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Campos GWS. (2009). *Método Paideia: análisis y cogestión de colectivos*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Carvalho Reis I, Besserman M. (2004). Proposta e análise de indicadores para reorientação de serviço na promoção de saúde: um estudo de caso no centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 9(3): 597-709 [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a15v09n3>

Castell-Florit Serrate P. (2007). *La intersectorialidad en la práctica social*. La Habana: Ed. Ciencias Médicas.

Donabedian A. (1966). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly* [Internet], 44(3): 166-206 [citado 16 may 2017]. Disponible en: http://www.jstor.org/stable/pdf/3348969.pdf?seq=1#page_scan_tab_contents

Duarte Nunes E. (1992). Henry Ernest Sigerist- Pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica. *Educación Médica y Salud* [Internet]. 26(1) [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/10435.pdf>

Fee E. (1996). The Pleasures and Perils of Prophetic Advocacy: Henry E. Sigerist and the Politics of Medical Reform. *American Journal of Public Health* [Internet]. 86(11) [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380705/pdf/amjph00522-0135.pdf>

Fleury S. (2003 a). La expansión de la ciudadanía. [Internet]. Fundação Getulio Vargas [citado 17 jun 2016]. Disponible en: http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/pp/peep/cap_liv/laexpansion_laciudadania.pdf

Fleury S. (2003 b). ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de la atención de la salud en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. En: Molina CG, del Arco N, editores. Servicios de salud en América Latina y Asia. [Internet]. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo [citado 17 jun 2016]. Disponible en:

https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/407/Servicios_de_salud_en_Am%C3%83%C2%A9rica_Latina_y_Asia%5B1%5D.pdf?sequence=2

Fleury S. (2005). Los patrones de exclusión e inclusión social. [Internet]. Notas para el taller “Las nuevas condiciones sociales y políticas para el desarrollo humano”, organizado por el PNUD. 14-16 sep, Buenos Aires [citado 17 jun 2016]. Disponible en:

<http://www.bivica.org/upload/ciudadania-desarrollo-humano.pdf>

Franco TB, Merhy EE. (2016). Trabajo, producción del cuidado y subjetividad en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Giddens A. (2006). La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración. 1ra Ed., 3ra reimp.- Buenos Aires: Amorrortu.

Giovanella L, Lobato L, Carvalho A, Conil E, Cunha E. (2002). Sistemas municipais de saúde e a diretriz de integralidade de atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate [Internet]. 26(60):37-61 [citado 17 jun 2016]. Disponible en:

http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=TODO&pesq=Sistemas+municipais+de+sa%FAde+e+a+diretriz+de+integralidade+de+atencao%3A+crit%E9rios+para+avaliacao.&x=52&y=13

Giovanella L, Magalhães de Mendonça. (2008). Atención Primaria a Saúde. En: Giovanella L, Escorel S, Vasconcelos L et.al organizadores. Políticas e sistemas de saúde em Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. P. 575-625

Giovanella L organizadora. (2015) Atención primaria de salud en Suramérica. [Internet]. Rio de Janeiro: Isags: Unasur [citado 16 may 2017]. Disponible en:

[http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb\[319\]ling\[2\]anx\[1112\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/2/bb[319]ling[2]anx[1112].pdf)

Handler A, Issel M, Turnock B. (2001). A Conceptual Framework to Measure Performance of the Public Health System. American Journal of Public Health [Internet]. 91(8) [citado 20 jul 2017]. Disponible en:

<http://ppmrn.newark.rutgers.edu/storage/ppmrn/12351.pdf>

Hartz ZA y Vieira Da Silva L. (2009). Evaluación en Salud. Buenos Aires: Lugar editorial.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018). Glosario. Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas. INDEC [Internet]. Disponibles en:

https://www.indec.gob.ar/textos_glosario.asp?id=21

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Giovanella L, Feo O, Faria M, Tobar S. organizadores. (2012). Health Systems in South America: Challenges to the universality, integrality and equity. [Internet]. Rio de Janeiro: ISAGS [citado 16 may 2017]. Disponible en:

[http://www.isags-unasul.org/uploads/biblioteca/2/bb\[8\]ling\[3\]anx\[8\].pdf](http://www.isags-unasul.org/uploads/biblioteca/2/bb[8]ling[3]anx[8].pdf)

Jong-wook L. (2003). Global health improvement and WHO: shaping the future. The Lancet [Internet]. 362: 2083–88 [citado 15 oct 2015]. Disponible en:

http://www.who.int/whr/2003/media_centre/en/lee_lancet_article.pdf

Laurell AC. (1994). Sobre la concepción biológica y social del concepto salud-enfermedad. En: Rodríguez, María I (coord.). Lo biológico y lo social. [Internet]. Washington DC: OPS-OMS p. 1 12 [citado 16 may 2017]. . Disponible en:

<http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-043.pdf>

Laurell AC. (2008). Los determinantes sociales y la acción política. En: Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de salud de ALAMES [Internet] 30 sep-2 oct. México D.F. [citado 16 may 2017]. Disponible en:

http://saludyambiente.uasb.edu.ec/images/salud/linea_1/documentos/Documento_Taller_Determinantes_Sociales_Asa_Cristina_Laurell.5.pdf

Lima T S, Miotto R T. (2007). Procedimientos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. Revista Katálysis. [Internet]. 10:37-45 [citado 17 jun 2016]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802007000300004

Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. The Lancet [Internet]. 365: 1099–104 [citado 15 oct 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/Marmot-Social%20determinants%20of%20health%20inqualities.pdf

Marmot M (on behalf of Commission on Social Determinants of Health). (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. The Lancet [Internet]. 370: 1153–63 [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <http://www.psr.org/social-justice/achieving-health-equity.pdf>

Marmot M, Bell R, Goldblatt P. (2013). Action on the social determinants of health. Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique [Internet]. 61:127–132 [citado 15 oct 2015]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Michael_Marmot/publication/249318160_Action_on_the_social_determinants_of_health/links/0deec522475de6e8a2000000.pdf

Marradí A., Archenti N., Piovani J. (2010). Metodología de las ciencias sociales. Buenos Aires: Cengage Learning Argentina.

Menéndez E. (1990). Sistemas locales de salud. Aproximaciones teórico-metodológicas. Ms. CIESAS.

Menéndez E. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades [Internet]. 4 (7):71-83 [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <http://biblioteca.ues.edu.sv/revistas/10800276-8.pdf>

Menéndez E, Spinelli H. (2008). Participación Social ¿Para qué? Buenos Aires: Lugar editorial.

Minayo M C. (2009). La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar

editorial.

Ministerio de Salud de la Nación. (2014). Indicadores Básicos de Salud 2014. [Internet]. Buenos Aires: MSAL/OPS/OMS [citado 17 jun 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/arg/images/gallery/indicadores/indicadores_2014_opsarg.pdf

Monken M, Barcellos C. (2005). Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública [Internet] 21(3):898-906 [citado 16 may 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa. [Internet]. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 21 nov, Ottawa, Canadá. 21 de noviembre de 1986 [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2000). Declaración del Milenio. [Internet]. Cumbre del Milenio, 13 sep 2000 Nueva York, EUA [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter2-es.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe sobre la Salud del Mundo 2003. [Internet] Ginebra: OMS [citado 15 oct 2015]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2005). Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences, a background paper prepared for the Commission on social determinants of health march 2005. [Internet] Ginebra: OMS [citado 15 oct 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2007). A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health DRAFT. [Internet]. Ginebra: OMS [citado 15 oct 2015]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2008 a). Subsanan las desigualdades en una generación.

Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Reporte Final. [Internet]. Ginebra: OMS [citado 15 oct 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2008 b) World Health Organization Report. Primary Health Care. More Than Ever. [Internet] Ginebra: OMS [citado 16 may 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2008/en/>

Organización Mundial de la Salud. (2009). Comunicado de la 62ª Asamblea mundial de la salud. [Internet] 62ª Conferencia Mundial de la Salud, 18- 22 may, Ginebra [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/events/2009/wha62/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2011 a). Cerrando La brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud. Documento para la discusión. [Internet] Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 19-21 oct, Rio de Janeiro [citado 15 oct 2015]. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion-Paper-SP.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2011 b). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. [Internet] Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 19-21 oct, Río de Janeiro [citado 15 oct 2015]. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2007). La Renovación de la APS en las Americas. [Internet] Washington, DC: OPS [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31084/9275326991-esp.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

Paim J S. (2008 a). Modelos de Atenção a Saúde no Brasil. En: Políticas e sistemas de saúde em Brasil. Giovanella L, Escorel S, Vasconcelos L *et al.* organizadores. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. pp 547-573

Paim J S. (2008 b). Vigilancia de la salud: de los modelos asistenciales a la promoción de la salud. En Czeresnia, D. y Machado Freitas, C. organizadores. Promoción de la salud.

Conceptos, reflexiones, tendencias. Buenos Aires: Lugar Editorial. p. 185-199

Paim J S. (2011 a). Atención de la salud en Brasil. En: Paim J S. Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI. Buenos Aires: Lugar Editorial. p. 13-44

Paim J S. (2011 b). Gestión de la atención básica de la salud en las ciudades. En: Paim J S. Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI. Buenos Aires: Lugar Editorial. p. 45-68

Piñuel Raigada J L. (2002). Epistemología, metodología y técnicas de análisis de contenido. Estudios de Sociolingüística [Internet]. 3(1), p. 1-42 [citado 16 may 2017]. Disponible en: <http://anthropostudio.com/wp-content/uploads/2015/04/Jos%C3%A9-Luis-Pi%C3%B1uel-Raigada.-Epistemolog%C3%ADa-metodolog%C3%ADa-y-t%C3%A9cnicas-del-an%C3%A1lisis-de-contenido..pdf>

Porto-Gonçalves CW. (2006). A geograficidade do social: uma contribuição para o debate metodológico para os estudos de conflitos e movimentos sociais na América Latina. Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros [Internet]. 1(3) [citado 16 may 2017]. Disponible en:

<http://seer.ufms.br/ojs/index.php/RevAGB/article/viewFile/1344/859>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2015). Informe sobre Desarrollo Humano 2015: trabajo al servicio del desarrollo humano. [Internet]. Nueva York: PNUD [citado 16 may 2017]. Disponible en:

http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2015_report_sp.pdf

Putnam RD. (1995). Bowling alone: America's declining social capital. Journal of democracy [Internet]. 6:170 [citado 20 jul 2017]. Disponible en:

<http://xroads.virginia.edu/~hyper/DETOC/assoc/bowling.html>

Santos M. (2005). O retorno do território. Observatorio Social de América Latina [Internet]. 6(16) [citado 16 may 2017]. Disponible en:

<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>

Schraiber L, Nemes M, Mendes Gonçães RB, organizadores. (2000). Saude de adulto,

programas e ações na unidade básica. Saúde em debate [Internet]. Sao Paulo: HUIITEC. 96. Disponible en:

http://www2.fm.usp.br/gdc/docs/preventivapesquisa_130_saude_cap_1.pdf

Spinelli H, Urquía M, Bargallo ML, Alazraqui M. (2004). Equidad en salud: Teoría y praxis. En: Spinelli compilador. Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad. Epidemiología, Gestión y Políticas. Buenos Aires: Lugar Editorial. p. 247-277

Spinelli H. (2008). La acción de gestionar y gobernar frente a las desigualdades sociales: un nuevo punto en la agenda del pensamiento crítico en América Latina. [Internet]. Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de salud de ALAMES. 30 sep-2 oct, Méico D.F. Disponible en:

http://saludyambiente.uasb.edu.ec/images/salud/linea_1/documentos/Documento_Taller_Determinantes_Sociales_Hugo_Spinelli.11.pdf

Spinelli H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Salud Colectiva [Internet]. 6(3):275-293 [citado 17 jun 2016]. Disponible en: <http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista18/3.pdf>

Spinelli H. (2012). El proyecto político y las capacidades de gobierno. Salud Colectiva [Internet]. 8(2):107-130 [citado 17 jun 2016]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/scol/v8n2/v8n2a02.pdf>

Spinelli H. (2016). Volver a pensar en salud: programas y territorios. Salud Colectiva [Internet]. 12(2):149-171 [citado 17 jun 2016]. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/viewFile/976/983>

Testa M. (1993). Atención ¿Primaria o primitiva? De salud. En: Testa, M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Lugar editorial. p. 161-176

Testa M. (1995). Parte 2. Lógica de programación. En: Testa, M. Pensamiento estratégico y Lógica de la Programación. Buenos Aires: Lugar editorial. p. 99-190

Testa M. (2005). Vida. Señas de Identidad (miradas al espejo). Salud Colectiva [Internet].

1(1):33-58 [citado 17 jun 2016]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000100003

Testa M. (2007). Decidir en salud. ¿Quién? ¿Cómo? ¿Y por qué? Salud Colectiva [Internet]. 3(3):247-257 [citado 17 jun 2016]. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300003

Testa M, Paim JS. 2010. Memoria e Historia: diálogo entre Mario Testa y Jairnilson Silva Paim. Salud Colectiva [Internet] 6(2):211-227 [citado 20 jul 2017]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v6n2/v6n2a07.pdf>

The Joanna Briggs Institute. (2014). Methodology for JBI Mixed Methods Systematic Reviews. [Internet]. [citado 16 may 2017] Adelaida: The Joanna Briggs Institute.. Disponible en:
https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Mixed-Methods-Review-Methods-2014-ch1.pdf

Therborn G. (2015 a). Los campos de exterminio de la desigualdad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Therborn G. (2015 b). Desigualdades en México y América Latina: una contextualización global. Estudios latinoamericanos, Nueva Época [Internet].36:83-107 [citado 17 jun 2016]. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rel/article/view/52602/46812>

Valles MS. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Buenos Aires, Editorial Síntesis.

Vasconcelos L y Giovanella L. (2008). Sistemas de Saude: origens, componentes y dinamica. En: Políticas e sistemas de saúde em Brasil. Giovanella L, Escorel S, Vasconcenlos L *et al.* organizadores. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. p. 107-140

Vieira da-Silva L, Almeida Filho N. (2009). Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 25(2):217-226 [citado 17 jun 2016]. Rio de Janeiro. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

[311X2009001400004](#)

Whitehead M. (1992). The concepts and principles of equity and health. [Internet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/piezas%20comunicacionales/cursosDDS/cursosen/Textos%20Completos/the%20concepts%20and%20principles%20of%20equity%20and%20health.pdf>

Whitehead M, Dahlgren G. (2006 a). Levelling up (part 1): A discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. [Internet]. University of Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health [citado 15 oct 2015]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf

Whitehead M, Dahlgren G. (2006 b). European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2.[Internet]. University of Liverpool: WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health [citado 15 oct 2015]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf

Whitehead M, Dahlgren G, Gilson L. (2001). Developing the policy response to inequities in Health: a global perspective. Challenging inequities in health care: from ethics to action. [Internet]. 309-322, New York: Oxford University Press [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <http://www.ais.up.ac.za/med/scm870/developingpolicychallenginginequitieshealthcare.pdf>

Wilkinson R. (1997). Health inequalities: relative or absolute material standards? BMJ [Internet]. 314 [citado 15 oct 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2126067/pdf/9055723.pdf>

APÉNDICES

APÉNDICE A. Esquemas de búsqueda en bases de datos indizadas	171
APÉNDICE B. Referencias bibliográficas del corpus documental.....	173
APÉNDICE C. Características de los artículos ordenados por país.....	188

APÉNDICE A

Esquemas de búsqueda en bases de datos indizadas

ScieLO	Argentina	Brasil	Total
Local health services and management	4	79	83
Local health services and organization	4	49	53
Primary health care and management	10	241	251
Primary health care and organization	10	226	236
Primary health care and strategies	10	162	172
First level of health and management	6	13	19
Basic health services and management	0	30	30
Basic health services and organization	0	33	33
Social inequalities and management	3	29	32
Social inequalities and organization	4	15	19
Social determinants and primary health care	7	32	39
Social determinants and management	2	9	11
Social determinants and organization	5	20	25
Inequity and management	0	0	0
Inequity and organization	0	6	6
Social determinants and interventions	1	19	20
inequity and interventions	0	4	4
Total	66	967	1033

BVS	Argentina	Brasil	Total
Local health services and management	2	58	60
Local health services and organization	3	38	41
Primary health care and management	17	232	249
Primary health care and organization	17	242	259
Primary health care and strategies	17	202	219
Primary health care and social determinants	5	28	33
First level of health and management	5	17	22
Basic health services and management	5	24	29
Basic health services and organization	3	29	32
Social inequalities and management	1	19	20
Social inequalities and organization	2	14	16
Social determinants and management	0	6	6
Social determinants and organization	4	24	28
Inequity and management	1	0	1
Inequity and organization	1	3	4
Social determinants and interventions	3	32	35
inequity and interventions	3	6	9

Continuación.

Total	83	974	1063
<hr/>			
PUBMED	Argentina	Brasil	Total
Local health services and management	0	0	0
Local health services and organization	0	0	0
Primary health care and management	8	74	82
Primary health care and organization	6	66	72
Primary health care and strategies	6	54	60
Primary health care and social determinants	2	3	5
First level of health and management	0	0	0
Basic health services and management	0	1	1
Basic health services and organization	0	0	0
Social inequalities and management	0	3	3
Social inequalities and organization	0	2	2
Social determinants and management	1	4	5
Social determinants and organization	3	9	12
Inequity and management	1	0	1
Inequity and organization	2	2	4
Social determinants and interventions	1	9	10
inequity and interventions	3	3	6
Total	33	230	263

SCOPUS	Argentina	Brasil	Total
Local health services and management	3	45	48
Local health services and organization	1	33	34
Primary health care and management	13	129	142
Primary health care and organization	21	139	160
Primary health care and strategies	23	259	282
Primary health care and social determinants	3	15	18
First level of health and management	10	29	39
Basic health services and management	5	14	19
Basic health services and organization	3	22	25
Social inequalities and management	4	33	37
Social inequalities and organization	7	44	51
Social determinants and management	1	8	9
Social determinants and organization	4	26	30
Inequity and management	1	5	6
Inequity and organization	5	10	15
Social determinants and interventions	7	31	38
inequity and interventions	6	14	20
Total	117	856	973

APÉNDICE B

Referencias bibliográficas del corpus documental

Addum FM, Serra CG, Sessa KS, Izoton LM, Santos TB. (2011). Planejamento local, saúde ambiental e Estratégia Saúde da Família: uma análise do uso de ferramentas de gestão para a redução do risco de contaminação por enteroparasitoses no município de Venda Nova do Imigrante. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [Internet]. 21(3):955-977 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/11.pdf>

Alencar MN, Coimbra LC, Morais APP, Silva AAM, Pinheiro SRA, Queiroz RCS. (2014). Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 19(2):353-364 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00353.pdf>

Alves H, Escorel S. (2013). Processos de exclusão social e iniquidades em saúde: um estudo de caso a partir do programa bolsa família. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 34(6) [citado 10 may 2017]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n6/v34n6a09.pdf>

Aquino R, de Oliveira N, Barreto M. (2009). Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian municipalities. *American Journal of Public Health* [Internet]. 99(1) [citado 10 may 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636620/>

Ase I. (2006). La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal. *Salud Colectiva* [Internet]. 2(2):199-218 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n2/v2n2a08.pdf>

Ase I, Buriyovich J. (2009). La estrategia de atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud Colectiva* [Internet]. 5(1):27-47 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v5n1/v5n1a03.pdf>

Baldani MH, Almeida ES, Antunes JLF. (2009). Equidade e provisão de serviços públicos odontológicos no estado do Paraná. *Revista Saúde Pública* [Internet]. 43(3):446-54 [citado 10 may 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300008

Baldani MH, Bittencourt Y, Mendes E, de Campos Lawder JA, Ingles de Lara AP, Rodrigues MAS *et al.* (2011). Inequalities in dental services utilization among Brazilian low-income children: the role of individual determinants. *Journal of Public Health Dentistry* [Internet] 71:46-53 [citado 10 may 2017]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1752-7325.2010.00201.x/full>

Barreto ICHC, Andrade LOM, Moreira AEMM, Machado MMT, Silva MRF, Oliveira RC *et al.* (2012). Gestão participativa no SUS e a integração ensino, serviço e comunidade: a experiencia da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, Ceará. *Saúde e Sociedade SP* [Internet]. 21(1):80-93 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/07.pdf>

Barros JO, Gonçalves RMA, Kaltner RP, Lancman S. (2015). Estratégia do apoio matricial: a experiencia de duas equipes do Nucleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 20(9):2847-2856 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n9/1413-8123-csc-20-09-2847.pdf>

Barroso KA, Silva GS. (2015). O controle social na atenção primária e a atuação dos conselhos municipais. *Arquivos de ciencias da saúde da UNIPAR* [Internet]. 19(3):213-219 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://revistas.unipar.br/index.php/saude/article/view/5551/3146>

Becker D, Edmundo KB, Guimarães W, Vasconcelos MS, Bonatto D, Nunes NR *et al.* (2007). Network of healthy communities of Rio de Janeiro, Brazil. *Promotion & Education* [Internet]. 14(2) [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10253823070140020101>

Bueno RE, Moysés ST, Bueno PAR, Moysés SJ. (2014). Determinantes sociais e saúde bucal de adultos nas capitais do Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 16(4):17-23 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/v36n1/03.pdf>

Bursztyn I, Kushnir R, Giovanella L, Stolkiner A, Stermann-Heinmann L, Riveros MI *et al.* (2010). Notas para el estudio de la atención primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. *Revista Salud Pública* [Internet]. 12(1):77-88 [citado 10 may 2017]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v12s1/v12s1a06.pdf>

Buyayisqui MP, Bordoni N, Garbossa G. (2015). Overcoming language and cultural barriers: a graphical communication tool to perform a parasitological screening in two vulnerable populations from Argentina. *Journal of Health Communication: International Perspectives* [Internet]. 18(1):92-104 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/232253430_Overcoming_Language_and_Cultural_Barriers_A_Graphical_Communication_Tool_to_Perform_a_Parasitological_Screening_in_Two_Vulnerable_Populations_From_Argentina

Camuri D, Dimenstein M. (2010). Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade São Paulo* [Internet]. 19(4):803-813 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/08.pdf>

Canesqui AM, Spinelli MAS. (2006). Saúde da família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 22(9):1881-1892 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900019

Cardoso AM, Coimbra CEA, Barreto CTG, Werneck GL, Santos RV. (2011). Mortality among Guaraní Indians in southeastern and southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 27(2):S222-S236 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27s2/10.pdf>

Casanova AO, Teixeira MB, Montenegro E. (2014). O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS – Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 19(11):4417-4426 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4417.pdf>

Cesar-Vaz MR, Weis AH, Costa VZ, Soares JFS, Bonow CA, Cardoso LS *et al.* (2007). Estudo com enfermeiros e médicos da atenção básica à saúde: uma abordagem socioambiental. *Texto & Contexto Enfermagem* [Internet]. 16(4):645-53 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a08v16n4.pdf>

Chiara M, De Virgilio MM, Moro J. (2009). Inequidad(es) en la atención de la salud en el Gran Buenos Aires. Una Mirada desde la gestión local. Postdata [Internet]. 14: 97-128 [citado 7 feb 2018]. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96012009000100003

Chiara M. (2012). Paradojas de la descentralización en salud en el Gran Buenos Aires, Argentina. Derroteros de la construcción de política sanitaria en un escenario local. Postdata [Internet]. 17(2):199-236 [citado 7 feb 2018]. Disponible en:

<http://www.scielo.org.ar/pdf/postdata/v17n2/v17n2a06.pdf>

Coelho EAC, Silva CTO, Oliveira JF, Almeida MS. (2009). Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. Escola Ann Nery Revista de Enfermagem [Internet]. 13(1):154-160 [citado 7 feb 2018]. Disponible en:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21.pdf>

Costa GM, Costa HSM, Dias JB, Welter MG. (2009). The role of municipal committees in the development of an integrated urban water policy in Belo Horizonte, Brazil. Water science & Technology [Internet]. 60(12) [citado 10 may 2017]. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/40442778_The_role_of_municipal_committees_in_the_development_of_an_integrated_urban_water_policy_in_Belo_Horizonte_Brazil

Cruz PJSC, Vieira SCR, Massa NM, Araújo TAM, Vasconcelos ACCP. (2012). Desafios para a participação popular em saúde: reflexões a partir da educação popular na construção de conselho local de saúde em comunidades de João Pessoa, PB. Saúde e Sociedade São Paulo [Internet]. 21(4):1087-1100 [citado 7 feb 2018]. Disponible en:

<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21n4/v21n4a25.pdf>

Cruz M, Andrade T, Bastos F, Leal E, Bertoni N, Lipman L et al. (2013). Patterns, determinants and barriers of health and social service utilization among young urban crack users in Brazil. BMC Health Services Research [Internet]. 13:536 [citado 10 may 2017].

Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3893546/>

Dalla Vecchia M, Martins STF. (2009). Concepções dos cuidados em saúde mental por uma equipe de saúde da família, em perspectiva histórico-cultural. Ciência & Saúde Coletiva

[Internet]. 14(1):183-193 [citado 10 may 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100024

Di Nanno AE. (2008). Hacia la construcción de una política en salud mental. Rescatar la historia, destacar los logros del federalismo, fortalecer la institucionalidad. Revista Argentina de Clínica Psicológica [Internet]. 17(2):155-166 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/35/640/racp_xvii_2_pp155_166.pdf

Dowbor TP, Westphal MF. (2013). Determinantes sociais da saúde e o Programa Saúde da Família no município de São Paulo. Revista Saúde Pública [Internet]. 47(4):781-90 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0781.pdf>

Ellery AEL, Pontes RJS, Loiola FA. (2013). Campo común de atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família no Brasil: um cenário em construção. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 23(2):415-437 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v23n2/v23n2a06.pdf>

Faria LS, Bertolozzi MR. (2010). A vigilância na atenção básica à saúde: perspectivas para o alcance da vigilância à saúde. Revista da Escola da Enfermagem USP [Internet]. 44(3):789-95 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/34.pdf>

Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Andrade CLT *et al.* (2011). The work of community health workers in major cities in Brazil: mediation, community action, and health care. Journal of Ambulatory Care Management [Internet]. 34(4):339-353 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=21914990>

Ferraz DAS, Nemes MIB. (2013). Cogestão e prevenção das DST/Aids na atenção primária: contribuições desde o referencial dos direitos humanos e da vulnerabilidade. Temas em Psicologia [Internet]. 21(3):735-749 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n3/v21n3a06.pdf>

Ferreira TLS, Costa ICC, Andrade FB. (2015). Avaliação do atributo integralidade em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. Revista Ciência Plural [Internet].

1(1):22-9 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/7320/5497>

Figueira TR, Ferreira EF, Schall VT, Modena CM. (2009). Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção de saúde na atenção básica. *Revista Saúde Pública* [Internet]. 43(6):937-43 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n6/04.pdf>

Fortes S, Lopes CS, Villano LAB, Campos MR, Gonçalves DA, Mari JJ. (2011). Common mental disorders in Petrópolis-RJ: a challenge to integrate mental health into primary care strategies. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [Internet]. 33(2) [citado 10 may 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011000200010

Fracolli LA, Gomes MFP, Gryscek ALFPL. (2014). Percepções de gestores municipais sobre ações de promoção da saúde: em foco os agentes comunitarios de saúde. *Saúde e Sociedade São Paulo* [Internet]. 23(3):919-927 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0919.pdf>

Garbossa G, Buyayisqui MP, Geffner L, López L, de la Fourniere S, Haedo A *et al.* (2013). Social and environmental health determinants and their relationship with parasitic diseases in asymptomatic children from a shantytown in Buenos Aires, Argentina. *Pathogens and Global Health* [Internet]. 107(3):141-152 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4003592/>

García-Ramírez JA, Vélez Álvarez C. (2013). América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Revista de Salud Pública* [Internet]. 15(5): 731-742 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/39459/45193>

García-Subirats I, Vargas Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP. (2014). Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. 28(6):480-488 [citado 10 may 2017]. Disponible en: <https://ac.els-cdn.com/S0213911114001629/1-s2.0-S0213911114001629->

main.pdf?_tid=3b6a55fe-c3f4-11e7-8c9b-0000aacb35f&acdnat=1510084119_a126a7ee0d8e399b050604d55148b58b

Gerlero S, Augsburg A, Duarte MP, Escalante MA, Ianowski MV, Mutazzi EC *et al.* Diagnóstico evaluativo para el fortalecimiento de estrategias de intervención en salud mental en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública* [Internet] 1(2): 24-29 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://rasp.msar.gov.ar/rasp/articulos/volumen2/diagnostico-evaluativo.pdf>

Giovanella L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR *et al.* (2009). Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 14(3):783-794 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>

Göttems LBD, Pires MRGM. (2009). Para além de atenção básica: reorganização do SUS por meio de interseção do setor político com o econômico. *Saúde e Sociedade* [Internet]. 18(2):189-198 [citado 10 may 2017]. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n2/03.pdf>

Gryschek G, Pinto AAM. (2015). Saúde mental: como as equipes de Saúde da Família podem integrar esse cuidado na atenção básica de saúde? *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 20(10):3255-3262 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3255.pdf>

Heidemann ITS, Almeida MCP. (2011). Freire's dialogic concept enables Family Health Program teams to incorporate health promotion. *Public Health Nursing* [Internet]. 28(2):159-167 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1525-1446.2010.00898.x/pdf>

Herrero MB, Ramos S, Arrosi S. (2015). Determinants of non adherence to tuberculosis treatment in Argentina: barriers related to access to treatment. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [Internet]. 18(2):287-298 [citado 10 may 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000200287&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Hino P, Santos CB, Villa TCS, Bertolozzi MR, Takahasi RF. (2011). O controle da tuberculose na perspectiva da vigilância da saúde. Escola Anna Nery [Internet]. 15(2):417-421 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a27.pdf>

Jahangir E, Irazola V, Rubinstein A. (2012). Need, enabling, predisposing, and behavioral determinants of acces to preventative care in Argentina: Analysis of the National Survey of Risk Factors. PLOS ONE [Internet]. 7(9):1-6 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0045053>

Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. (2011). Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiencia de organização no Governo Brasileiro. Revista de Nutrição [Internet]. 24(6):809-824 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v24n6/01v24n6.pdf>

Kitajima A, Moreira MA. (2012). Processo organizativo de saúde no municipio de Borba (AM): a ousadia de fazer a atenção básica acontecer no interior do Amazonas. Divulgação em Saúde para Debate [Internet]. 48:73-81 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2013/10/revista-divulgacao-n.48-completa.pdf>

Kusma SZ, Moyses S, Moyses S. (2012). Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 28:9-19 [citado 10 may 2017]. Disponible en: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v28s0/03.pdf>

Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Cesse EAP, Brito ESV, Braga JPR. (2015). Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. Physis: Revista de Saúde Coletiva [Internet]. 25(2):635-656 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v25n2/0103-7331-physis-25-02-00635.pdf>

Llompart G, Marín G, Silberman M, Merlo I, Zurriaga O, GIS. (2010). Oral health in 6 year-old schoolchildren from Berisso, Argentina: falling far short of WHO goals. Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal [Internet]. 15(1):101-5 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v15i1/medoralv15i1p101.pdf>

Llovet I, Dinardi G, De Maio F. (2011). Mitigating social and health inequities: Community participation and Chagas disease in rural Argentina. *Global Public Health* [Internet]. 6(4): 371-384 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2010.539572?scroll=top&needAccess=true>

Londero MFP, Ceccim RB, Bilibio LFS. (2014). Consultorio de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. *Interface* [Internet]. 18(49):251-260 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130738.pdf>

Macinko J, Lima Costa MF. (2012). Access to, use of and satisfaction with health services among adults enrolled in Brazil's Family Health Strategy: evidence from the 2008 National Household Survey. *Tropical Medicine and International Health* [Internet]. 17(1):36-42 [citado 10 may 2017]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3156.2011.02866.x/epdf>

Marín G, Silberman M, Etchegoyen G. (2008). Programa de atención personalizada y nominal de la salud-PANDELAS Buenos Aires, Argentina, 2006. *Revista Salud Pública* [Internet]. 10(2):203-214 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/422/42210201/>

Marín GH, Silberman M, Sanguinetti C. (2009). The quality of primary care health centres in Buenos Aires, Argentina. *Quality in Primary Care* [Internet]. 17: 283-7 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/26874996_The_quality_of_primary_care_health_centres_in_Buenos_Aires_Argentina

Marten R, McIntyre D, Travassos C, Shishkin S, Longde W, Reddy S *et al.* (2014). An assessment of progress towards universal health coverage in Brazil, Russia, India, China, and South Africa (BRICS). *The Lancet* [Internet]. 384(9960):2164-2171 [citado 10 may 2017]. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(14\)60075-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(14)60075-1.pdf)

Martins AR, Silveira DS, Siqueira FV, Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E *et al.* (2010). Práticas dos trabalhadores de saúde na comunidade nos modelos de atenção básica do Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 26(12):2279-2295 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n12/07.pdf>

Melo EM, Paiva L, Álvares J, Flecha ALD. (2008). A organização da atenção básica em municípios integrantes de projeto de expansão e consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 24(1):S29-S41 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v24s1/09.pdf

Mendonça CS. (2009). Saúde da família, agora mais do que nunca! *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 14(1):1493-1497 [citado 10 may 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800022

Mesa-Lago C. (2007). O sistema de saúde brasileiro: seu impacto na pobreza e na desigualdade. *Nueva Sociedad* [Internet]. [citado 10 may 2017]. Disponible en: <http://nuso.org/articulo/o-sistema-de-saude-brasileiro-seu-impacto-na-pobreza-e-na-desigualdade/>

Mills K, Rubinstein A, Irazola V, Chen J, Beratarrechea A, Poggio R *et al.* (2014). Comprehensive approach for hypertension control in low income populations: rationale and study design for the hypertension control program in Argentina (HCPIA). *American Journal of Medical Science* [Internet]. 348(2): 139-145 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4108545/pdf/nihms587721.pdf>

Moreira ECR, O'Dwyer G. (2013). An analysis of actions to promote health in underprivileged urban areas: a case in Brazil. *BMC Family Practice* [Internet]. 14(80) [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-14-80>

Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. (2011). Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 27(4):779-

786 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/17.pdf>

Nascimento AC, Moysés ST, Bisinelli JC, Moysés SJ. (2009). Oral health in the family health strategy: a change of practices or semantics diversionism. *Revista Saúde Pública* [Internet]. 43(3):455-62 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/6910.pdf>

Nery JS, Pereira SM, Rasella D, Penna MLF, Aquino R, Rodrigues LC *et al.* (2014). Effect of the Brazilian Conditional Cash Transfer and Primary Health Care Programs on the New Case Detection Rate of Leprosy. *Plos Neglected Tropical Diseases* [Internet]. 8(11) [citado 10 may 2017]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4239003/>

Onoko-Campos RT, Campos GWS, Ferrer AL, Corrêa CRS, Madureira PR, Gama CAP *et al.* (2012). Avaliação de estratégias inovadoras na organização de atenção primária à saúde. *Revista Saúde Pública* [Internet]. 46(1):43-50 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>

Oliveira RG, Marcon SS. (2007). Trabalhar com famílias no Programa Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. *Revista da Escola de Enfermagem USP* [Internet]. 41(1):65-72 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000100009

Oliveira KS, Silva DO, Souza WV. (2014). Barreiras percebidas por médicos do Distrito Federal para a promoção da alimentação saudável. *Cadernos de Saúde Coletiva* [Internet]. 22(3):260-5 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n3/1414-462X-cadsc-22-03-0260.pdf>

Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* [Internet]. 377:1778-97 [citado 10 may 2017]. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(11\)60054-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(11)60054-8.pdf)

Paganini JO. (2006). Hacia la definición de un nuevo paradigma para la equidad en salud. Una propuesta para el análisis de las bases filosóficas de la salud colectiva. *Revista de la*

Facultad de Ciencias Médicas [Internet]. 1(3):16-29 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://revista.med.unlp.edu.ar/archivos/200610/3%20PAGANINI.pdf>

Palmier AC, Andrade DA, Campos ACV, Abreu MHNG, Ferreira EF. (2012). Indicadores socioeconómicos e serviços odontológicos em uma região brasileira desfavorecida. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 32(1):22-9 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v32n1/22-29/>

Paolino M, Pantelides E, Bruno M, Maceira V, Peña L, Godoy J *et al.* (2011). Determinantes sociales del seguimiento y tratamiento de mujeres con PAP anormal en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires. Revista Argentina de Salud Pública [Internet]. 2(8):21-27 [citado 10 may 2017]. Disponible en: <http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/volumen8/art-orig-determinantes-sociales.pdf>

Paolino M, Sankaranarayanan R, Arrosi S. (2013). Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y tratamiento de mujeres con papanicolau anormal en Buenos Aires, Argentina. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet]. 34(6): 437-45 [citado 10 may 2017]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n6/v34n6a10.pdf>

Parker LA, Deschutter EJ, Bornay-Llinares FJ, Hernández-Aguado I, Silva G, Piragine RC *et al.* (2012). Clinical and socioeconomic determinants of congenital syphilis in Posadas, Argentina. International Journal of Infectious Diseases [Internet]. 16:256-261 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: [http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(12\)00017-3/fulltext](http://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(12)00017-3/fulltext)

Penchaszadeh VB, Leone F, Rovere M. (2010). The health system in Argentina: an unequal struggle between equity and the market. Italian Journal of Public Health [Internet]. 7(4):350-358 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://ijphjournal.it/article/view/5692/5436>

Pereira-Gomes N, Erdmann AL, Rebouças-Gomes N, Silva-Monteiro D, Santos RM, Menezs-Couto T. (2015). Apoio social à mulher em situação de violencia conjugal. Revista Salud Pública [Internet]. 17(6):823-835 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2015.v17n6/823-835>

Pinheiro RS, Oliveira GP, Oliveira EXG, Melo ECP, Coeli CM, Carvalho MS. (2013).

Determinantes sociais e autorrelato de tuberculose nas regiões metropolitanas conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 34(6):446-51 [citado 10 may 2017]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n6/v34n6a11.pdf>

Prasad A, Groot AMM, Monteiro T, Murphy K, O'Campo P, Broide EE *et al.* (2013). Linking evidence to action on social determinants of health using urban HEART in the Americas. *Revista Panamericana de Salud Pública* [Internet]. 34(6):407-415 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013001200006&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Rasella D, Aquino R, Lima Barreto M. (2013). Impact of income inequality on life expectancy in a highly unequal developing country: the case of Brazil. *Journal of Epidemiology and Community Health* [Internet]. 0:1-6 [citado 10 may 2017]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/236603713_Impact_of_income_inequality_on_life_expectancy_in_a_highly_unequal_developing_country_The_case_of_Brazil

Rasella D, Aquino R, Santos CAT, Paes-Sousa R, Barreto ML. (2013). Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *The Lancet* [Internet]. 382(9886):57-64 [citado 10 may 2017]. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)60715-1.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)60715-1.pdf)

Santos NRD. (2005). Regulamentar a EC-29, avançar o modelo de gestão e realizar a universalidade com integralidade, equidade e participação. *Saúde em Debate* [Internet] 29(71) [citado 10 may 2017]. Disponible en: http://docvirt.com/asp/acervo_cebes.asp?Bib=SAUDEDEBATE&PASTA=V.29%2C+N.71+-+set&pesq=&x=70&y=5

Santos AM, Nóbregas IKS, Assis MMA, Jesus SR, Kochergins CN, Bispo JPJ *et al.* (2015). Desafios à gestão do trabalho e educação permanente em saúde para a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Revista APS* [Internet]. 18(1):39-49 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/2320>

Silva BFS, Benito GAV. (2013). A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 18(8):2189-2200 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n8/03.pdf>

Silva DRG, Vasconcelos TB, Vidal MPB. (2013). Olhe para mim, escute-me: necessidades em saúde de homens. *Revista Baiana de Saúde Pública* [Internet]. 37(4):835-851 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2013/v37n4/a4481.pdf>

Silva SA, Fracolli LA. (2014). Avaliação de Estratégia Saúde da Família: perspectiva dos usuários em Minas Gerais, Brasil. *Saúde em Debate* [Internet]. 38(103):692-705 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0692.pdf>

Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SMM, Rodrigues AT. (2014). Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 19(11):4361-4370 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4361.pdf>

Soares FF, Chaves SCL, Cangussu MCT. (2015). Governo local e serviços odontológicos: análise da desigualdade na utilização. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 31(3):586-596 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n3/0102-311X-csp-31-03-00586.pdf>

Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. (2015). Estratégia Saúde da Família: uma inovação tecnológica em saúde. *Texto e Contexto Enfermagem* [Internet]. 24(2):584-92 [citado 7 feb 2018]. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf

Sousa MF. (2008). O programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 61(2):153-8 [citado 10 may 2017]. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000200002

Tavares MFL, Mendonça MHM, Rocha RM. (2009). Práticas em saúde no contexto de

reorientação da atenção primária no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, na visão das usuárias e dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 25(5):1054-1062 [citado 7 feb 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n5/12.pdf>

Trad LAB, Castellanos ME, Guimarães MCS. (2012). Acessibilidade à atenção básica a famílias negras em bairro popular de Salvador, Brasil. *Revista Saúde Pública* [Internet]. 46(6):1007-13 [citado 7 feb 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n6/10.pdf>

Tesser CD, Norman AH. (2014). Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. *Saúde e Sociedade São Paulo* [Internet]. 23(3):869-883 [citado 7 feb 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0869.pdf>

Traverso-Yépez M, Morais AS, Cela M. (2009). Construções discursivas acerca do usuário do Programa Saúde da Família (PSF). *Psicologia: Ciência e Profissão* [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v29n2/v29n2a12.pdf>

Turci MA, Lima-Costa MF, Proietti FA, Cesar CC, Macinko J. (2010). Intraurban differences in the use of ambulatory health services in a large Brazilian city. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* [Internet] 87(6):994-1006 [citado 10 may 2017]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3005087/>

Vanderlei LCM, Vázquez Navarrete ML. (2013). Preventable infant mortality and barriers to access to primary care in Recife, Northeastern Brazil. *Revista Saúde Pública* [Internet]. 47(2) [citado 7 feb 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n2/en_0034-8910-rsp-47-02-0379.pdf

Veras CLSM, Vianna RPT. (2009). Desempenho de municípios paraibanos segundo avaliação de características da organização de atenção básica – 2005. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [Internet]. 18(2):133-140 [citado 7 feb 2018]. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v18n2/v18n2a04.pdf>

Yavich N, Báscolo EP, Haggerty J. (2010). Construyendo un marco de evaluación de la atención primaria de la salud para Latinoamérica. *Salud Pública México* [Internet]. 52:39-45 [citado 10 may 2017]. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n5/01.pdf>

APÉNDICE C

Características de los artículos ordenados por país

Características de los artículos acerca de Argentina.

Autores	Año	Tipo de artículo	Revista	Dimensión territorial
Paganini	2006	Teórico	Revista de la Facultad de Ciencias Médicas	País
Ase	2006	Teórico	Salud Colectiva	Provincia/Estado
Marín, Silberman & Etchegoyen	2008	Estudio evaluativo	Revista de Salud Pública	Ciudad/municipio
Di Nanno	2008	Teórico	Revista Argentina de Clínica Psicológica	País
Marin, Silberman & Sanguinetti	2009	Estudio evaluativo	Quality in Primary Care	Ciudad/municipio
Ase & Buriyovich Chiara, De	2009	Teórico	Salud Colectivo	Provincia/Estado Ciudad/municipio (área metropolitana)
Virgilio & Moro	2009	Teórico	Postdata	Ciudad/municipio
Penchaszadeh, Leone & Rovere	2010	Teórico	Italian Journal of Public Health	País
Bursztyń <i>et al.</i>	2010	Teórico	Revista Salud Pública	País
Yavich, Báscolo & Haggerty	2010	Investigativo cualitativo	Salud Pública de México	Provincia/Estado
Gerlero <i>et al.</i>	2010	Estudio evaluativo	Revista Argentina de Salud Pública	Provincia/Estado
Llompарт <i>et al.</i>	2010	Investigativo cuantitativo	Medicina Oral Patología Oral y Cirugía Bucal	Ciudad/municipio
Paolino <i>et al.</i>	2011	Investigativo cuantitativo-cualitativo	Revista Argentina de Salud Pública	Ciudad/municipio
Llovet, Dinardi & De Maio	2011	Investigativo cuantitativo	Global Public Health	Ciudad/municipio
Chiara	2012	Teórico	Postdata	Ciudad/municipio
Jahangir, Irazola & Rubinstein	2012	Investigativo cuantitativo	PLOS ONE	País
Parker <i>et al.</i>	2012	Investigativo cuantitativo	International Journal of Infectious Diseases	Ciudad/municipio
Paolino, Sankaranarayanan & Arrosi	2013	Investigativo cuantitativo	Revista Panamericana de Salud Pública	Ciudad/municipio

Continuación.				
García-Ramírez & Vélez-Álvarez	2013	Investigativo cualitativo	Revista de Salud Pública	País
Garbossa <i>et al.</i>	2013	Investigativo cualicuantitativo	Pathogens and Global Health	Barrio/comunidad/distrito de salud
Mills <i>et al.</i>	2014	Investigativo cualicuantitativo	American Journal of Medical Science	Barrio/comunidad/distrito de salud
Buyayisqui, Bordoni & Garbossa	2015	Investigativo cualicuantitativo	Journal of Health Communication: International Perspectives	Barrio/comunidad/distrito de salud
Herrero, Ramos & Arrosi	2015	Investigativo cuantitativo	Revista Brasileira de Epidemiología	Ciudad/municipio (Área metropolitana)

Fuente: Elaboración propia.

Nota: ver Apéndice B para citas bibliográficas completas.

Características de los artículos acerca de Brasil.

Autores	Año	Tipo de artículo	Revista	Dimensión territorial
Santos	2005	Teórico	Saúde em Debate	País
Canesqui & Spinelli	2006	Estudio evaluativo	Cadernos de Saúde Pública	Estado/provincia
Cesar-Vaz <i>et al.</i>	2007	Investigativo cuantitativo	Texto & Contexto Enfermagem	Ciudad/municipio
Mesa-Lago	2007	Teórico	Nueva Sociedad	País
Becker <i>et al.</i>	2007	Teórico	Promotion & Education	Ciudad/municipio
Oliveira & Marcon	2007	Investigativo cualitativo	Revista da Escola de Enfermagem USP	Ciudad/municipio
Sousa	2008	Investigativo cualitativo	Revista Brasileira de Enfermagem	Ciudad/municipio
Melo <i>et al.</i>	2008	Investigativo cualicuantitativo	Cadernos de Saúde Pública	Ciudad/municipio
Nascimento <i>et al.</i>	2009	Investigativo cualitativo	Revista Saúde Pública	Ciudad/municipio
Giovanella <i>et al.</i>	2009	Investigativo cualicuantitativo	Ciência & Saúde Coletiva	Ciudad/municipio
Tavares, Mendonça & Rocha	2009	Investigativo cualitativo	Cadernos de Saúde Pública	Ciudad/municipio
Aquino, Oliveira & Barreto	2009	Investigativo cuantitativo	Research and Practice	Ciudad/municipio
Mendonça	2009	Teórico	Ciência & Saúde Coletiva	País
Göttems & Pires	2009	Teórico	Saúde Sociedade SP	País

Continuación.				
Figueira <i>et al.</i>	2009	Investigativo cualitativo	Revista Saúde Pública	Barrio/comunidad/distrito de salud
Dalla Vecchia & Martins	2009	Investigativo cualitativo	Ciência & Saúde Coletiva	Barrio/comunidad/distrito de salud
Baldani, Almeida & Antunes	2009	Investigativo cuantitativo	Revista Saúde Pública	Estado/provincia
Costa <i>et al.</i>	2009	Teórico	Water Science & Technology	Ciudad/municipio
Veras & Vianna	2009	Estudio evaluativo	Epidemiologia e Serviços de Saúde	Ciudad/municipio
Coelho <i>et al.</i>	2009	Investigativo cualitativo	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Barrio/comunidad/distrito de salud
Traverso-Yépez, Morais & Cela	2009	Investigativo cualitativo	Psicologia: Ciência e Profissão	Barrio/comunidad/distrito de salud
Bursztyn <i>et al.</i>	2010	Teórico	Revista Salud Pública	País
Camurí & Dimenstein	2010	Investigativo cualitativo	Saúde Sociedade SP	Barrio/comunidad/distrito de salud
Martins <i>et al.</i>	2010	Investigativo cuantitativo	Cadernos de Saúde Pública	Barrio/comunidad/distrito de salud
Faria & Bertolozzi	2010	Investigativo cualitativo	Revista da Escola de Enfermagem USP	Barrio/comunidad/distrito de salud
Turci <i>et al.</i>	2010	Investigativo cuantitativo	Journal of Urban Health	Ciudad/municipio
Jaime <i>et al.</i>	2011	Teórico	Revista de Nutrição	País
Paim <i>et al.</i>	2011	Teórico	The Lancet	País
Addum <i>et al.</i>	2011	Investigativo cualitativo	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Barrio/comunidad/distrito de salud
Baldani <i>et al.</i>	2011	Investigativo cuantitativo	Journal of Public Health Dentistry	Ciudad/municipio
Fortes <i>et al.</i>	2011	Investigativo cuantitativo	Revista Brasileira de Psiquiatria	Ciudad/municipio
Fausto <i>et al.</i>	2011	Estudio evaluativo	Journal of Ambulatory Care Management	Ciudad/municipio
Heidemann & Almeida	2011	Investigativo cualitativo	Public Health Nursing	Barrio/comunidad/distrito de salud
Cardoso <i>et al.</i>	2011	Investigativo cuantitativo	Cadernos de Saúde Pública	Barrio/comunidad/distrito de salud
Motta, Aguiar & Caldas	2011	Investigativo cualitativo	Cadernos de Saúde Pública	Barrio/comunidad/distrito de salud

Continuación.				
Hino <i>et al.</i>	2011	Teórico	Escola Anna Nery	País
Macinko & Lima Costa	2012	Investigativo cuantitativo	Tropical Medicine and Internatinal Health	País
Kusma, Moysés & Moysés	2012	Teórico	Cadernos de Saúde Pública	País
Trad, Castellanos & Gimarães	2012	Investigativo cualitativo	Revista Saúde Pública	Barrio/comunidad/distrito de salud
Onoko-Campos <i>et al.</i>	2012	Estudio evaluativo	Revista Saúde Pública	Barrio/comunidad/distrito de salud
Cruz <i>et al.</i>	2012	Relato de experiencia	Saúde e Sociedade SP	Barrio/comunidad/distrito de salud
Kitajima & Moreira	2012	Teórico	Divulgação em Saúde para Debate	Ciudad/municipio
Palmier <i>et al.</i>	2012	Investigativo cuantitativo	Revista Panamericana de Salud Pública	Ciudad/municipio
Barreto <i>et al.</i>	2012	Relato de experiencia	Saúde Sociedade SP	Ciudad/municipio
Ferraz & Nemes	2013	Investigativo cualitativo	Temas em Psicologia	Barrio/comunidad/distrito de salud
Silva & Benito	2013	Investigativo cualitativo	Ciência & Saúde Coletiva	Ciudad/municipio
Cruz <i>et al.</i>	2013	Investigativo cualicuantitativo	BMC Health Services Research	Barrio/comunidad/distrito de salud
Prasad <i>et al.</i>	2013	Investigativo cualitativo	Revista Panamericana de Salud Pública	Ciudad/municipio
Rasella, Aquino & Barreto	2013	Investigativo cuantitativo	Journal of Epidemiology and Community Research	Estado/provincia
Rasella <i>et al.</i>	2013	Investigativo cuantitativo	The Lancet	Ciudad/municipio
Alves & Escorel	2013	Investigativo cualitativo	Revista Panamericana de Salud Pública	Ciudad/municipio
Moreira & O'Dwyer	2013	Investigativo cualitativo	BMC Family Practice	Ciudad/municipio
Silva, Vasconcelos & Vidal	2013	Investigativo cualitativo	Revista Baiana de Saúde Pública	Barrio/comunidad/distrito de salud
García-Ramírez & Vélez-Álvarez	2013	Investigativo cualitativo	Revista de Salud Pública	País
Pinheiro <i>et al.</i>	2013	Investigativo cuantitativo	Revista Panamericana de Salud Pública	Ciudad/municipio
Vanderlei & Vázquez	2013	Investigativo cualitativo	Revista Saúde Publica	Barrio/comunidad/distrito de salud

Continuación.				
Navarrete				
Dowbor & Westphal	2013	Investigativo cualicuantitativo	Revista Saúde Pública	Ciudad/municipio
Ellery, Pontes & Loiola	2013	Investigativo cualitativo	Physis: revista de Saúde Coletiva	Barrio/comunidad/distrito de salud
Tesser & Norman	2014	Teórico	Saúde Sociedade SP	País
Nery <i>et al.</i>	2014	Investigativo cuantitativo	PLOS Neglected Tropical Diseases	Ciudad/municipio
García-Subirats <i>et al.</i>	2014	Investigativo cuantitativo	Gaceta Sanitaria	Ciudad/municipio
Marten <i>et al.</i>	2014	Teórico	The Lancet	País
Silva <i>et al.</i>	2014	Investigativo cualitativo	Ciência & Saúde Coletiva	Ciudad/municipio
Alencar <i>et al.</i>	2014	Estudio evaluativo	Ciência & Saúde Coletiva	Ciudad/municipio
Casanova, Teixeira & Montenegro	2014	Teórico	Ciência & Saúde Coletiva	Barrio/comunidad/distrito de salud
Bueno <i>et al.</i>	2014	Investigativo cuantitativo	Revista Panamericana de Salud Pública	Ciudad/municipio
Oliveira, Silva & Souza	2014	Investigativo cuantitativo	Cadernos de Saúde Coletiva	Ciudad/municipio
Silva & Fracolli	2014	Estudio evaluativo	Saúde em Debate	Estado/provincia
Fracolli, Gomes & Gryscek	2014	Investigativo cuantitativo	Saúde Sociedade SP	Ciudad/municipio
Londero, Ceccim & Bilibio	2014	Relato de experiencia	Interface	Ciudad/municipio
Soares, Chaves & Cangussu	2015	Investigativo cuantitativo	Cadernos de Saúde Pública	Ciudad/municipio
Lima <i>et al.</i>	2015	Investigativo cualitativo	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Barrio/comunidad/distrito de salud
Soratto <i>et al.</i>	2015	Teórico	Texto e Contexto Enfermagem	País
Gryscek & Pinto	2015	Investigativo cualitativo	Ciência & Saúde Coletiva	País
Santos <i>et al.</i>	2015	Investigativo cualicuantitativo	Revista APS	Ciudad/municipio
Barros <i>et al.</i>	2015	Investigativo cualitativo	Ciência & Saúde Coletiva	Barrio/comunidad/distrito de salud
Barroso & Silva	2015	Investigativo cuantitativo	Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR	Barrio/comunidad/distrito de salud
Ferreira, Costa &	2015	Estudio evaluativo	Revista Ciência Plural	Ciudad/municipio

Continuación.

Andrade

Pereira-Gomes <i>et al.</i>	2015	Investigativo cualitativo	Revista Salud Pública	Ciudad/municipio
-----------------------------	------	---------------------------	-----------------------	------------------

Fuente: Elaboración propia.

Nota: ver Apéndice B para citas bibliográficas completas.