



Revista de Salud Pública  
ISSN: 0124-0064  
[revistasp\\_fmbog@unal.edu.co](mailto:revistasp_fmbog@unal.edu.co)  
Universidad Nacional de Colombia  
Colombia

Marín, Gustavo; Silberman, Martin; Etchegoyen, Graciela  
Programa de Atención Personalizada y Nominal de la Salud-PANDELAS Buenos Aires, Argentina,  
2006  
Revista de Salud Pública, vol. 10, núm. 2, mayo, 2008, pp. 203-214  
Universidad Nacional de Colombia  
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210201>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en [redalyc.org](http://redalyc.org)

## Programa de Atención Personalizada y Nominal de la Salud-PANDELAS Buenos Aires, Argentina, 2006

A personalised health care programme (PANDELAS) operating in Buenos Aires, Argentina, during 2006

Gustavo Marín<sup>1,2</sup>, Martín Silberman<sup>1,2</sup>, Graciela Etchegoyen<sup>2</sup>

1 Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. gmarin@netverk.com.ar

2 Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina

Recibido 18 Diciembre 2007/Enviado para Modificación 29 Marzo 2008/Aceptado 22 Abril 2008

### RESUMEN

**Objetivo** Cuidar selectivamente la salud identificando y georreferenciando la totalidad de la población, y no sólo para aquellos que demandan atención.

**Métodos** Un total de 48 800 habitantes de Ensenada, Buenos Aires-Argentina; fueron censados en aspectos socio-económico-sanitarios y sus datos georreferenciados en mapas catastrales (software Arc-GIS-ESRI-2002). Equipos de Salud (EDS) identificaron población en riesgo y efectuaron acciones de prevención. Variables como calidad de atención, conocimiento del área, efectividad, cantidad de actividades extramuros, participación comunitaria, y grado de satisfacción, fueron evaluadas pre y post-PANDELAS.

**Resultados** PANDELAS permitió focalizar hogares con inconvenientes estructurales (ausencia de agua potable, cloacas); individuos vulnerables, con características especiales o enfermos con patología crónica. Se georreferenciaron niños < 1 año, embarazadas, individuos con controles incompletos. Con esta información se incrementaron estos controles en 300 %. El EDS triplicó el conocimiento del área e información de las necesidades de la población; sextuplicó actividades comunitarias extramuros e incrementó la participación comunitaria del 0,1 % al 3,9 %. La satisfacción comunitaria y del EDS con la labor realizada tuvo 85 % y 89 % respuestas favorables respectivamente.

**Conclusiones** PANDELAS logró mayor compromiso del EDS para con su comunidad, planificando actividades en base a acciones preventivas e incrementando la cantidad de destinatarios de las mismas.

**Palabras Clave:** Cuidado, salud, comunidad (*fuente: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** Identifying families having health risks using GIS technology to plan health care action which would include the whole community and not just that part of the population demanding attention.

**Methods** 48 800 inhabitants from Ensenada county near Buenos Aires, Argentina were registered and questioned regarding socio-economic-sanitary aspects and their data was georeferenced to cadastral maps (using Arc-GIS-ESRI-2002 software). Health teams (HT) from each local health centre (LHC) were instructed in how to identify the population at risk and plan and carry out preventative health action using the software. Variables such as the quality of attention received, knowledge of the area and its inhabitants, the effectiveness of LHC action, the amount of extramural activities engaged in, community participation and the degree of satisfaction were evaluated pre- and post-PANDELAS.

**Results** PANDELAS led to focusing attention on homes having structural disadvantages (i.e. the absence of drinking water or drains), vulnerable inhabitants having special characteristics or sick people suffering from a chronic pathology. Children aged <1 year, patients affected by chronic disease, the aged, pregnant women and people lacking routine controls (such as Papanicolaou, etc) were georeferenced. Controls were increased by 300 % based on this information. LHC tripled their knowledge of the area for which they were responsible and the needs of their target population; outdoor community activities increased 6-fold and community participation increased from 0,1 % to 3,9 %. LHC satisfaction and that of the community with the work done was reflected in 89 % and 85 % favourable answers, respectively.

**Conclusions** PANDELAS brought greater LHC commitment towards their community, planning their activities on the basis of preventative action and increasing accessibility to the health care system.

**Key Words:** Health care, programme, community (source: MeSH, NLM).

**E**l desafío de los sistemas de salud pasa, en nuestros días, por reformular sus principios y su organización prevista para condiciones sanitarias diferentes a la realidad actual (1). Un enfoque renovado de los mismos es una condición esencial para alcanzar algunos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (2); como el de afrontar los determinantes sociales de la salud y de la inequidad, reconociendo a la salud como un derecho humano.

La atención de la salud de los habitantes de Latinoamérica en general y de la Argentina en particular, gira alrededor de una oferta instalada de servicios de salud estatales o privados, organizada a partir de la demanda espontánea de la población (3-5).

El acceso a la Atención de la Salud depende pues, en gran medida, de la predisposición que tenga cada individuo para demandar ser atendido y de las barreras con las que éste se encuentre al intentar acceder a los servicios de salud. Es así que, servicios de salud y usuarios, interactúan tardíamente en la historia natural de la enfermedad (6,7).

Un documento publicado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (8), revela que sólo el 25 % de la población bonaerense percibe enfermedad en forma temprana. Más aún, de aquellos que perciben, sólo consultan un 50,6 %. Es decir que de cada 100 personas, sólo 13 % llegarán a la consulta oportuna. Las primeras consultas al sistema del 87 % restante, se producirán por complicaciones de enfermedades fácilmente controlables en estadios iniciales. Recientemente hemos demostrado además, que en Argentina, los principales motivos de consulta que se registran en los Centros de Salud cuando la población concurre por demanda espontánea son diferentes a las patologías prevalentes detectadas cuando se realiza una exploración en domicilio sobre población que no demanda (9).

La provincia de Buenos Aires, con 14 millones de habitantes; presenta como mayores causas de egreso hospitalario y de consultas externas: abortos, accidentes cerebro vasculares, infartos de miocardio y diabetes descompensada (10); todas ellas, consecuencias de eventos primarios evitables con una activa política de detección precoz.

Las enfermedades que afectan a los pueblos han ido cambiando a lo largo de los siglos. Hoy son las patologías silenciosas (enfermedades crónicas no transmisibles), las responsables de la mayor carga de morbilidad (11).

Ante esta realidad resulta necesario diseñar nuevas estrategias respecto a la forma en la cual el sistema de salud instalado debe desarrollar su actividad. (12). Sin embargo, cualquier nueva propuesta que pretenda ser exitosa, debe amalgamar las experiencias pasadas, con los avances científicos y tecnológicos que nos ofrece este siglo XXI.

Con el propósito de transformar el modelo de prestación de servicios de salud del sector público, se generó el presente proyecto con el objetivo de diseñar, implementar y evaluar la eficacia un modelo de cuidado de la salud capaz de identificar en forma nominal a la totalidad de la población de una región dada, georreferenciar sus viviendas mediante un sistema informático interactivo, y realizar acciones de prevención primaria y secundaria personalizadas en cada hogar; para finalmente comparar este modelo con el tradicional, en términos de calidad de atención, capacidad de identificar y resolver problemas de salud, nivel de compromiso del equipo de salud para con la población a su cargo, grado de participación comunitaria, y satisfacción de los usuarios del sistema de salud.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### Selección de área de trabajo

Se seleccionó en forma aleatoria simple, uno de los Municipios provinciales de la región sanitaria XI por considerarlos mixtos en cuanto a estructura, ya que posee aspectos de los municipios del interior (más sencillos en lo que respecta a su organización) como de comunas del conurbano (complejas). Resultó elegido el Municipio de Ensenada, con una población de 54 000 habitantes.

### Evaluación de la Organización del Sistema de Salud

Existen 11 Centros de Salud Municipales, ubicados cada uno en un barrio diferente y con aproximadamente 5 000 personas en su área programática. A cada uno se lo evaluó en forma basal mediante observación, entrevistas estructuradas y encuestas. De esta evaluación surgió información respecto al conocimiento que poseen del área de responsabilidad (instituciones que lo rodean, problemáticas comunitarias, red de servicios públicos, etc.) y el grado de satisfacción de la comunidad con el sistema de salud.

La implementación de la propuesta se realizó en las siguientes etapas:

*Encuesta.* Se utilizó una encuesta socio-económica-sanitaria realizada en cada hogar teniendo en cuenta en cada salida a terreno, los mapas catastrales oficiales, considerando fracción censal, radio, manzana (área de 1 Km<sup>2</sup>) y vivienda (14). Los encuestadores fueron 500 alumnos universitarios de la Carrera de Medicina, entrenados operativamente para tal fin. El procesamiento y el posterior análisis de las encuestas se realizaron utilizando una base de datos (Access2003).

*Georreferenciación de las viviendas y de los datos de las encuestas en el mapa digital.* La base digital de las encuestas de cada vivienda se vinculó al mapa mediante georreferenciamiento puntual de cada vivienda utilizando el software Arc-GIS (GIS by ESRI 2002). Esta herramienta permite ubicar a cada vivienda en un mapa y en el mismo momento observar los datos de la encuesta realizada a esa vivienda. El programa fue instalado en cada Centro de Salud únicamente con datos correspondientes a su área de influencia.

*Capacitación y utilización del programa al equipo de los centros de Salud.* El personal de los centros de salud beneficiarios del programa, fue capacitado en el uso de la georreferenciación en la planificación de las actividades.

*Evaluación de la Implementación del programa.* Selección de Variables de evaluación, medidas antes y después de la aplicación del PANDELAS: a) Participación Comunitaria (13): Se tomó el indicador el número de actividades realizadas en salud en cada área en un lapso de 30 días multiplicado por la cantidad de asistentes de la comunidad que concurrían voluntariamente a las mismas, dividiendo el número de habitantes del área geográfica donde está ubicado el Centro de Salud correspondiente. Este valor multiplicado por el factor de corrección -100-, medido previo y con posterioridad a la experiencia, aporta datos a los cambios que infringe la misma en esta variable. b) Conocimiento del área: El grado de conocimiento del equipo de salud respecto a los habitantes de su área programática. se objetivó mediante la evaluación de Calidad en el Primer Nivel modificada (15. c) Información de las necesidades de la población: el conocimiento que posee el equipo de salud respecto a las necesidades y aspectos sanitarios de la población, se midió mediante el cuestionario de evaluación de calidad anteriormente mencionado. d) Actividades extramuros: se valoró según la cantidad de actividades realizadas por el equipo de salud en su área geográfica. e) Satisfacción del usuario interno y externo: se aplicó una encuesta de satisfacción del usuario tanto en el equipo de salud (usuario interno) como en la comunidad (usuario externo).

#### Análisis Estadístico

Para análisis estadístico de los datos surgidos de la encuesta, se utilizó el programa SAS/STAT versión 7 (SAS Inc).

## RESULTADOS

Los datos de la encuesta se referenciaron a un mapa digital y cada vivienda se asignó en responsabilidad a un Centro de Salud. Así, el municipio se sub-dividió en 11 zonas, en cada una de ellas se relevó información socio-sanitaria específica de sus habitantes.

#### Resultados socio-demográficos y sanitarios

Entre los meses de Mayo a Octubre de 2006, se relevó la totalidad de fracciones, radios y manzanas del Municipio. Se logró efectivizar el cuestionario en un 83,1 % de las viviendas habitadas (48 800 individuos).

El análisis de las condiciones de la vivienda mostró que el 89,1 % correspondían a casas de material; 10,2 % a casillas precarias y 0,7 % ranchos. Un 2,2 % de las mismas no contaban con agua potable, 4,5 % no tenían gas, 2,5 % no poseían baño con descarga, mientras que 1,3 % carecían de servicio de luz eléctrica.

Las características demográficas de la población encuestada mostró que el 26 % era menor a 5 años, (un 30 % de ellos corresponde a menores de 1 año) y un 16 % mayores de 65 años. El 56 % de los encuestados manifestó tener algún tipo de seguro de salud u obra social. El 19 % de la población económicamente activa se halló desocupada.

Las patologías que afectaban a la población en el momento de la encuesta se observan en la Tabla 1. La distribución de las enfermedades respiratorias y dermatológicas es desigual, con una mayor densidad de las mismas en las áreas linderas a la planta industrial de actividades derivadas del tratamiento de petróleo.

Un 36,7 % de la población no concurre a su Centro de Salud vecino cuando necesita realizar una consulta de salud, prefiriendo trasladarse en estos casos, al 2do nivel de atención (hospital). El motivo esgrimido por el 72,6 % de las personas es "la falta de costumbre". Solo el 10,2 % poseía un médico en el Centro de Salud al que consideraba de referencia ("de cabecera"). Respecto a los controles rutinarios de Salud en el último año, el 62,9 % admitió haber concurrido al odontólogo, y en las mujeres mayores de 18 años, solamente el 39,1 % realizó un Papanicolau y 35,8 % un examen mamario. Luego de la implementación del programa se realizó una campaña de salud bucal y controles ginecológicos focalizados en aquellas viviendas que carecían de evaluaciones de rutina.

**Tabla 1.** Patologías detectadas en la población encuestada

Patología referida	Población afectada (%)
Hipertensión	14,6
Enfermedades respiratorias	14,4
Alergias	13,6
Enfermedades osteoarticulares	12,7
Alteraciones oftalmológicas	10,7
Alteraciones dermatológicas	6,7

### Evaluación de la calidad del sistema de salud en el área seleccionada

La evaluación realizada respecto al conocimiento del área geográfica en el cual están emplazados los Centros de Salud y de la Comunidad para la cual van dirigidos sus esfuerzos se midió en forma basal previo al inicio del programa y con posterioridad a la utilización del mismo. Los resultados se pueden observar en la Tabla 2. Allí se objetiva, que el grado de conocimiento del área por parte del equipo de Salud se triplicó (309 % de variación), mientras que la información de las necesidades de la población en la que se encuentran dichos Centros se incrementó en un 279 %.

**Tabla 2.** Resultados de la Encuesta Evaluación de Calidad en los Centros de Salud de la provincia de Bs. As (2006)

Conocimiento del área e influencia del centro	Antes (puntos)	Después (puntos)	% variación
Presencia de Mapas o croquis	4,2	10,1	242
Conocimiento de red de Cloacas. Agua	5,4	9,5	174
Población por Grupos etarios	6,3	14,3	228
Realización de un Censo poblacional	6,4	26,2	412
Población nominalizada	0,4	22,5	5000
Conocimiento de Medicina tradicional	0,7	4,1	572
Conocimiento de otras instituciones en el barrio	3,2	4,8	150
Total	100	26,6	306
Información de Necesidades y Estado de Salud de la población	Antes (puntos)	Después (puntos)	% variación
Nivel socioeconómico	3,8	12,7	339
Número de embarazadas	5	18,6	373
Estado de vacunación	4,5	14,1	313
Identificación de familias en riesgo	8,2	18,6	228
Individuos con discapacidades	3	13,1	437
Pacientes contrarreferenciados segundo nivel	7	8,2	117
Cobertura social	0,9	5	549
Total	100	32,34	279

### Implementación del programa

La modalidad propuesta en el "PANDELAS" colaboró con la focalización de los problemas y la planificación para la resolución de los mismos. Algunos ejemplos de ello, fueron por ejemplo el acceso la identificación nominal de cada embarazada que habita en las distintas zonas, lo cual permitió brindar controles de la gesta en forma personalizada. Se lograron identificar además aquellos hogares sin agua potable o servicios cloacales y mediante acciones conjuntas entre las áreas de Salud e Infraestructura del municipio, se solucionaron la totalidad de dichas falencias.

### Evaluación de la Implementación del programa

**Participación Comunitaria:** Cabe destacar que a través del proyecto, se incrementó la participación comunitaria, ya que se concretaron reuniones periódicas (quinquenales), a las cuales concurrieron todo el equipo de salud y representantes comunitarios (instituciones y familias en general), para discutir las problemáticas de su zona. En dichos encuentros, los representantes comunitarios no solo participaron con su presencia sino que lograron incorporarse activamente en las decisiones que emanaron de dicho cónclave.

**Conocimiento del área e información de las necesidades de la población:** Por medio de la ubicación geográfica se visualizó a los individuos con problemas de salud específicos, o bien aquellos hogares con defectos de la infraestructura u otras falencias sociosanitarias. Con dicha identificación, las acciones desde el equipo de salud se concretaron en mayor cantidad (250 % más de actividades comparadas con la medida basal pre-programa). Semanalmente, el equipo de salud, en conjunto con representantes de la comunidad y facilitadores del Ministerio de Salud, acordaron objetivos para el trabajo extramuros destinados a resolver algunos de los problemas detectados o bien otros que surgían del análisis del cruce de información que brinda el "PANDELAS".

**Actividades extramuros:** Al objetivar las actividades comunitarias realizadas extramuros por el equipo de salud, se demostró que las mismas pasaron de un promedio de 2,1 mensuales previo a la experiencia, a 12,3 en cada Centro de Salud luego de la instalación del "PANDELAS". Por otro lado, la concurrencia espontánea a actividades convocadas por el Equipo de Salud, se incrementó del 0,1 % al 3,9 %.

**Satisfacción del usuario interno y externo:** La propuesta de trabajo utilizando la herramienta de georreferenciación, la planificación conjunta, y el trabajo extramuros incrementaron la satisfacción del equipo de salud (89 % de respuestas favorables entre los usuarios internos) y de la propia comunidad (usuarios externos: 85 % de respuestas positivas).

La actualización de la base de datos se realiza cada 6 meses por medio de los promotores de salud que se encuentran relacionados con el Centro de Salud de cada barrio. En la zona en la cual se implementó el PANDELAS, se incrementó por ejemplo la cobertura de vacunación contra la rubéola de un 23 a un 90 %, al igual que la cobertura antisarampionosa que pasó de una cobertura de 83 % presente previa al programa, a un 95 % con posterioridad a la implementación del mismo (16).

## DISCUSIÓN

La provincia de Buenos Aires ha avanzado de manera significativa en la descentralización de la salud. La atención primaria es responsabilidad eminentemente municipal, mientras los niveles de atención secundaria y terciaria son responsabilidad de la Provincia.

Sin embargo, la distribución territorial de los servicios de salud no ha respondido históricamente a una lógica de planificación, generando problemas en la distribución y cobertura de los servicios. Esto se observa particularmente en las regiones del conurbano que lindan con la ciudad de Buenos Aires, donde se observan desequilibrios entre la oferta y la demanda de los servicios públicos de salud (8).

La focalización de los recursos de los servicios de Atención de la Salud sólo hacia aquellos individuos que demandan, ha profundizado esta inequidad (17).

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 geográficas. 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, y no deslindar este compromiso en el colectivo del sistema.

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 y derechos humanos. En este último concepto se concibe la 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. Este cambio de paradigma se establece en consonancia al desafío planteado por OPS en su documento de renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas (1).

A través de la herramienta que aporta el PANDELAS a los Centros de Salud, sus equipos pudieron clasificar a la población de su área de responsabilidad, en niveles de riesgo de acuerdo a las variables socio-económico-sanitarias. De esta manera se pudo ubicar fácilmente y con un alto grado de exactitud.

tud geográfica, a todas las familias vulnerables a fin de implementar respuestas desde el sistema.

Esta metodología de trabajo, permitió además, a los equipos de salud, planificar sus actividades de promoción, prevención y de atención personalizada de la población bajo su área de responsabilidad. El sistema se adelanta así a las complicaciones asociadas a enfermedades de fácil control, pero que generalmente son de consulta tardía. No obstante, los Centros de Salud continuaron con sus funciones de diagnóstico temprano y tratamiento oportuno ante los problemas ya instalados.

Existen distintos inconvenientes que atentaron contra el desarrollo inicial de la propuesta. Uno de los más notorios fue la resistencia al cambio que poseen los agentes de salud del sistema. Hay una cultura instalada de la actitud pasiva que aguarda la consulta de los enfermos a un centro de Salud (demanda espontánea). Ciertamente resulta más cómodo y menos laborioso, que salir a buscar activamente la demanda oculta.

Por otra parte, se puede decir que si bien resulta difícil encuestar masivamente a todos los habitantes de un municipio, la operatoria de asignación de responsabilidades y fracciones definidas a cada grupo encuestador, optimizan los resultados.

Este tipo de propuestas posee limitaciones. Una de ellas es la complejidad que resultaría implementarlo en municipios de un mayor número de habitantes, por lo trabajoso que sería encuestar a todos sus habitantes. Por ello se estima recomendable para municipios más pequeños o bien para áreas puntuales de comunas más populosas. Otra limitación es la caducidad periódica de los datos. Existe la necesidad de actualizar en forma permanente (recomendamos cada 3 a 6 meses) los datos encuestados. Sin embargo, estas actualizaciones resultan menos laboriosas que la inicial, y pueden realizarse en forma paulatina por el propio equipo de salud (a través del promotor de la Salud), a lo largo de dicho período.

La propia comunidad puede ayudar en la actualización de sus datos, ya que se le propone participar activamente del cambio de paradigma, mediante reuniones mensuales de equipo de salud ampliadas a las instituciones barriales y actores sociales. Allí se socializa la información y a la vez el sistema se nutre de la comunidad generando retroalimentación que permite planificar acciones específicas.

Existe un beneficio adicional al proyecto realizado que se relaciona con la formación social que reciben los alumnos censistas en servicio. El informe presentado por los alumnos con posterioridad a la experiencia reporta satisfacción y compromiso con la tarea realizada, mostrándose conmovidos por la realidad social observada. Los agentes de los Centros de Salud han observado los beneficios que aporta la información cuali y cuantitativa recogida en terreno sumada a la generada por la demanda espontánea de pacientes (información estadística). A la vez se generaron contactos y acciones comunitarias en el momento del relevamiento que de otra manera no llegaban a concretarse.

Desde el aspecto institucional, se puede decir que los Centros de Salud reconstruyeron el vínculo con la población de su barrio a partir de visualizar condiciones de vida y los aspectos relevantes de la totalidad de las familias convivientes en su área de responsabilidad ♦

**Agradecimientos.** Agradecemos a los 500 alumnos pertenecientes a la Cátedra de Epidemiología de la Carrera de Medicina, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, quienes se capacitaron y brindaron su apoyo para realizar las encuestas en horarios extra-curriculares. Asimismo, agradecemos al Municipio de Ensenada, provincia de Buenos Aires, y todos sus equipos de Salud que brindaron su total apoyo para realizar esta experiencia. Grupo Interdisciplinario para la Salud. Coordinación Institucional: Mate Claudio (Ministro de Salud), Sanguinetti Carlos (Subsecretario de Coordinación y Atención de la Salud), Folino Héctor (Secretario de Extensión Universitaria - Universidad Nacional de La Plata); Gestión Local: Secco Mario (Intendente del Municipio de Ensenada), Ressa Omar (Secretario de Salud del Municipio de Ensenada), Madeo Aldo (Jefe del Centro de Salud); Gestión de Recursos: Farnos Andrea (Jefa de Unidad Coordinadora de Proyectos); Coordinación de Cartografía: Bourgeois Marcelo (Demógrafo); Coordinación Informática: Ferrero Sebastián; Coordinadores de Grupos (Médicos): Homar Cecilia, Fernández Juan, Barragán Santiago, Fortunato Eduardo, Arondo Fernanda, Gygli Silvina, Pascual Adriana, Pedersoli Martín, Pérez Peñalva Alejandro, Petinelli Adriana, Walker Marcela, Martínez Soledad, Cejas Natalia; Procesamiento de Datos:, García Estela, Perrotta Mariel, Regalado Carlos, Santos Marta, Meroni María Belén, Barbonetti Claudia, Paoletti Jorgelina, Navarro Mercedes, Apelia Gabriel, Dana Ana, Farnos Débora, Capacitación de los equipos de salud: Mercedes Moreno.

## REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud/OMS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas; 2005.
2. United Nation Development Programme. Millennium Development Goals Internet . Disponible en: <http://www.unmillenniumproject.org/goals/index.htm> Acceso: 21 de Enero de 2007.
3. Belmartino S, Bloch C, Presello A, Carmino M. Fundamentos Históricos de la Construcción de Relaciones de Poder en el Sector Salud: Argentina 1940 - 1960. 1era ed. Buenos Aires: Ed. Oficina Panamericana de la Salud; 1991.

4. Tobar F. ¿Cómo curar al sistema de salud argentino? Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 2002; 11(4): 277-82.
5. Organización Panamericana de la Salud. Área de Desarrollo Estratégico de la Salud, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud. Perfiles de los Sistemas y Servicios de Salud de Argentina. 2º ed. Buenos Aires: Oficina Panamericana de la Salud; 1998.
6. Sosa LMI, Harwicz PS. Sosa LA. Cause of Death and Mortality Trends in Women in Argentina: a 23 year survey. Rev. Argent. Cardiol 2006; 74 (4): 297-303.
7. Leavell HR, Clark EG. Preventive Medicine for the Doctor in His Community. 3rd ed. New York: Ed. McGraw-Hill; 1965.
8. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Subsecretaría de Planificación de la Salud. Encuesta Provincial de Salud. 1º ed. La Plata, Argentina: Ed. Impr. Min.Salud; 1998.
9. Marin GH, Rivadulla P, Vazquez A, Juarez D. Interdisciplinary Health Project: a model based in home care makes the difference. An. Sist. Sanit Navar 2006; 29(1): 107-18.
10. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Indicadores del MSA y del INDEC. Buenos Aires: Ed. Oficina Panamericana de la Salud; 2005.
11. OMS. 53º Asamblea Mundial de Salud. Estrategia general para la prevención y control de enfermedades no transmisibles. Ginebra; 2000. (WHO/RSD/A53/14).
12. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Ejes Estratégicos de Gestión de la Salud Provincial Internet . Disponible en: [http://www.ms.gba.gov.ar/ministerio/ejes\\_estategicos.html](http://www.ms.gba.gov.ar/ministerio/ejes_estategicos.html) Acceso: 21 de Enero de 2007.
13. Pedersen D. Participación Social en los Sistemas Locales de Salud. 1º ed. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Serie Desarrollo de Servicios de Salud; 1989.
14. Ministerio de Economía de la Nación. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda. Apéndice metodológico. Internet INDEC. Disponible en: [http://www.indec.mecon.gov.ar/web/censo/provincias\\_2/Caspmet.doc](http://www.indec.mecon.gov.ar/web/censo/provincias_2/Caspmet.doc). Acceso:22 Enero 2007.
15. Moreno E. Crivelli V. Kestelman N. Calidad y cobertura de la Atención Primaria, Aporte metodológico para su evaluación. Tucumán. Ed. Artes Gráficas Crivelli S.A.; 2004.
16. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. EPIBAIRES. Boletín Epidemiológico On Line de Buenos Aires nº 2, año 2006. Internet . Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar> Acceso: 18 de Diciembre de 2006.
17. Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical review of methods and results. Soc Sci and Med 1986; 22: 1001-13.