

## Artículos seleccionados

# Equipos territoriales: Reflexiones en torno a la participación social en salud y las estrategias de intervención comunitaria.

**María Clara Fariña<sup>a</sup>**

Fecha de recepción:	28 de enero de 2021
Fecha de aceptación:	31 de mayo de 2021
Correspondencia a:	María Clara Fariña
Correo electrónico:	Clarifarina89@gmail.com

a. Licenciada en Trabajo Social. Residencia de Trabajo Social en Salud de CABA.

### Resumen:

La participación social en salud se constituye en uno de los pilares fundantes de la Atención Primaria de la Salud, luego de su incorporación en la Declaración de Alma Ata de la OMS en 1978, que aún se encuentra en construcción y discusión. En este trabajo se pretende realizar un análisis de cómo se desarrolla la participación social en salud en la particularidad de los equipos territoriales interdisciplinarios (también llamados Equipos Básicos de Salud) del Primer Nivel de atención. Para dicho análisis, se tiene en consideración su vínculo con la prevención y promoción de la salud (también pilares de la APS), y con las normativas estatales que regulan la constitución de dichos equipos. Asimismo, se incorporan discusiones y reflexiones que surgen de la inserción profesional en dichos equipos territoriales en un Cesac de la zona Sur de CABA. Finalmente el análisis propone nutrir los debates acerca de la modalidad de APS, sus estrategias concretas de atención y el aporte que ésta hace a la intervención en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados.

Se concluye en la reivindicación de la participación social en salud como espacio de construcción colectiva de salud y, en consecuencia, incidencia en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados de manera positiva. Asimismo, la participación social en salud resulta como herramienta de abordaje territorial fundamental para los equipos profesionales de salud en atención primaria.

**Palabras clave:** APS - Equipos territoriales - Participación social en salud.

### Summary

*Social participation in health is one of the founding pillars of Primary Health Care (PHC), after its incorporation in the Declaration of Alma Ata of the WHO in 1978. It is still under construction and discussion. This work aims to carry out a review of how social participation in health develops in the particularity of interdisciplinary territorial teams (also called Basic Health Teams). For this review, the linkage with prevention and health promotion, and with the state policy that regulate the constitution and activity, are taken into consideration. Likewise, discussions and reflections incorporated that arise from the professional insertion in a territorial team in an institution in the southern area of CABA, Argentina. Finally, the review proposes to nurture the discussion about the PHC modality, its specific care strategies and the contribution that it makes to the intervention in the health-disease-attention-care process.*

*It concludes in the vindication of social participation in health as a space for the collective construction of health and, consequently, a positive impact on the health-disease-attention-care process. In addition, social participation in health results as a fundamental territorial approach tool for professional health teams in primary care.*

*Key words: Primary Health Care, territorial team, social participation in health.*

## Introducción

Los equipos básicos de salud se constituyen como una de las principales políticas de salud implementadas en las gestiones de los últimos años del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En este sentido la misma se ha constituido en una de las principales estrategias de abordaje de la perspectiva de Atención Primaria de la Salud (APS), en nuestro Sistema de Salud actual.

La APS surge como propuesta de abordaje en salud a fines de los años 70s en un contexto sociopolítico que evocaba la necesidad de considerar una nueva forma de comprender a la salud que se condiga con las nuevas

perspectivas aportadas por la Salud Comunitaria. Se considera que sus primeros lineamientos se desprenden de la Conferencia de Alma Ata en 1978, encuentro en el que se estableció nuevas propuestas de intervención tendientes a garantizar un acceso a la Salud de toda la población mundial.

Es en ese sentido, que los Estados adherentes comenzaron a crear nuevas estrategias de atención y abordaje de la Salud que incorpore los pilares de la APS, incluyendo en éstas, políticas de promoción, prevención y participación en salud (OMS, 1978).

La gestión de Gobierno actual y sus diversos gabinetes en la cartera de Salud, han propuesto acciones y estrate-

gias tendientes a la implementación de Equipos Básicos de Salud, bajo la consigna de integralidad, descentralización y territorialidad participativa con el fin de favorecer al fortalecimiento de la Red Integral de Cuidados Progresivos. Aun teniendo marcos legislativos y ejecutivos como el Plan de Salud CABA 2016-2030 de Agosto 2017 y la Ley Básica de Salud Ley N°153 se observan en la práctica desigualdades en el acceso al Sistema de Salud y algunos obstáculos políticos en la construcción de estrategias de abordaje integrales bajo la perspectiva de la APS.

En éste escrito, se propone realizar un análisis de los equipos territoriales en APS en relación a su vinculación e intervención en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados (SEAC), haciendo hincapié en la particularidad de la participación social en salud. Dicho análisis incorpora algunas críticas en torno a las reglamentaciones que encuadran a los equipos de salud, y también, algunos aspectos reflexivos de la práctica de los equipos territoriales y de la rotación como Residente de Trabajo Social en dichos equipos.

El trabajo se estructura con una primera parte donde se introducen algunas conceptualizaciones sobre la propuesta de estrategia de APS a los fines de enmarcar subsiguientemente el problema de estudio planteando un análisis de la propuesta normativa de Equipos Básicos de Salud, o como son llamados en muchos efectos: Equipos Territoriales. En tercer lugar, tomando un territorio concreto y el CeSAC (Centro de Salud y Acción Comunitaria) que allí funciona, se describe la particularidad con la que se implementan los equipos territoriales. Por último, tomando dos de las funciones y actividades principales de la normativa que introduce a los equipos territoriales y se las analiza conceptualmente en vinculación con diversas discusiones al interior de los equipos profesionales, y con algunas estrategias de participación social en salud implementadas por los equipos territoriales del CeSAC de referencia.

Por lo que han propuesto como objetivo general analizar la atención sanitaria en APS en el marco de los lineamientos normativos gubernamentales en relación al proceso de abordaje territorial de los equipos territoriales de salud de un CeSAC de la zona sur de la CABA. Con el fin de considerar los siguientes aspectos específicos: Analizar los lineamientos de conformación de los equipos territoriales de salud en el marco de la perspectiva de APS; describir la conformación e inserción territorial de los equipos territoriales de Salud de un

CeSAC en su particularidad y singularidad; y relacionar los lineamientos de conformación de los equipos territoriales de salud con los abordajes y estrategias de participación en salud de los equipos territoriales del CeSAC seleccionado.

En relación a la metodología de recolección de datos, se propuso recaudar información sobre la temática con un breve recorte bibliográfico temático. Asimismo, se entrevistó de manera no estructurada a profesionales referentes de manera tal que se pueda obtener información que no se encuentre documentada y se trabajó en espacios de discusión con profesionales del CeSAC de referencia para la recolección de información reflexiva.

La propuesta de incorporar y sistematizar entrevistas a profesionales y el uso de reflexiones colectivas para su elaboración contribuye a que éstas puedan ser el puntapié inicial para repensar la atención del equipo de salud en su totalidad, incorporando una mirada contextual, histórica y política de las políticas sociales actuales. Asimismo, se espera que estas reflexiones favorezcan a repensar las prácticas concretas de los equipos territoriales, promoviendo estrategias y actividades en salud más integrales.

## **La atención primaria de la Salud: complejizando la práctica en salud**

El concepto de Atención Primaria de la Salud surge como una estrategia de abordaje en salud en un contexto de prevalencia de enfermedades asociadas a la explotación industrial y moderna, en el cual los gastos en la salud de la población eran de gran envergadura para las gestiones de gobierno. Asociado también a una lógica desarrollista en la cual la participación de la población en los procesos de decisión política se volvía fundamental (Stolkiner, Comes y Garbus, 2011). Por ello en 1978 la Conferencia de Alma Ata establece, en su artículo 6, que: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (OMS, 1978). En este sentido, se incorpora a la práctica en salud la acción de la participación como fórmula para reducir los gastos en salud y así promover el acceso de mayor población. En un pri-

mer análisis, podría plantearse que esta definición llama a que los Estados hagan uso del gasto que sea necesario para alcanzar la salud de la población, ya que el mismo es un derecho y como tal el Estado debe garantizarlo. Sin embargo, incorporar a la participación en la definición abre la posibilidad de reflexionar sobre la práctica de la asistencia sanitaria concreta. Ésta perspectiva de la Salud rompe con las concepciones biologicistas, abriendo el juego a otros aspectos como el social y político.

Esta nueva perspectiva de abordaje de la Salud por parte de los Estados trajo diversas tensiones y debates en torno a la implementación concreta de las políticas sanitarias, ya que los Estados debieron adaptar sus sistemas a nuevas propuestas y modalidades de atención más integrales y adecuadas a los debates en torno a la -Salud para todos- recomendada por la Organización Mundial de la Salud post Declaración de Alma Ata en 1978 (Stolkiner, Comes y Garbus, 2011) y su consecuente Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas de 2005 (Ase y Burijovich, 2009). Una de las principales tensiones es aquella relacionada con la concepción y diferenciación entre la modalidad de la APS y el primer nivel de atención del sistema de Salud. Muchas veces ambos conceptos son asociados como lo mismo generando confusiones epistemológicas. El primer nivel de atención no es exclusivamente el espacio de la APS. La APS es el marco o la perspectiva de abordaje que contextualiza a la atención en salud, ya que refiere a una perspectiva de abordaje que plantea considerar y conceptualizar a la salud como una intervención que supera la atención médica. Por lo tanto, implica incorporar en la definición y en la práctica del sistema de salud acciones tendientes a generar una asistencia sanitaria integral, inclusiva de lo psicosocial y superadora de la salud medicalizante y sobreinterventiva. Propone incorporar también, diversos aspectos de la vida cotidiana de las personas que buscan asistencia en el sistema de salud (Vignolo, 2011).

Otorgarle a la APS un carácter integral implica la construcción de otros enfoques que den forma a las modalidades y estrategias de atención sanitaria. En consecuencia, se incorpora a la salud comunitaria como principal aporte conceptual. Ésta, en su definición incorpora a la vida en comunidad como el aspecto que en su cotidianeidad incide en la manera en la cual vivimos nuestra salud, tanto desde una mirada individual como grupal. Al tener una perspectiva de anclaje territorial (por su carácter comunitario), incluye en su concepción una visión social de la salud integral como proceso histórico.

Asimismo, considera la existencia de niveles micro y macro en la salud y brinda vital importancia a la participación de lxs sujetxs involucradxs en dichos procesos (Pasarín, M. I., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J. L., & Gofín, J.; 2010).

En consonancia con lo expuesto, resulta interesante el aporte de Stolkiner, Comes y Garbus (2011) quien describe que en nuestro país las políticas públicas en salud se sientan para su construcción sobre los fundamentos de la salud colectiva. La autora dice: "En las Bases del Plan Federal de Salud se la define como estrategia que concibe integralmente los problemas de salud – enfermedad – atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación y se propone una asignación creciente de recursos" (Stolkiner, Comes y Garbus, 2011, 2810). Resulta claro entender con el aporte de la autora que un análisis de las políticas públicas en salud a nivel federal debe tener en consideración aspectos no sólo desde lo estrictamente sanitario, si no también lo sociopolítico, lo económico y lo epidemiológico.

Entendiendo la APS como perspectiva teórica y como estrategia de intervención adoptada por nuestro sistema de salud, y relacionándola con la experiencia de la salud colectiva, es que se propone a continuación analizar la ejecución de los Equipos Básicos de Salud o en algunos efectos nombrado como Equipos Territoriales.

## **Normativizar la APS: Equipos Básicos de Salud**

El Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires decreta en 2016 la Norma SSAPAC DGS-COM 01/16, la cual establece los lineamientos de implementación de los Equipos Básicos de Salud en los CeSAC. Dicha norma formaliza como estrategia de atención en el primer nivel a los Equipos Básicos de Salud. Para su mayor comprensión se propone remontar a la constitución de la idea de equipo básico o de referencia en salud. Ésta propuesta tiene un análisis interesante realizado por De Sousa Campos (1998), desde la experiencia brasilera quien describe un esquema de organización para el trabajo en salud, al que se ha denominado: Equipos de Referencia con Apoyo Especializado Matricial. Dicha modalidad de atención consiste en la conformación de equipos interdisciplinarios de atención directa y en el territorio de una población determi-

nada. Asimismo, éste equipo de referencia se encuentra conformado por disciplinas biomédicas (Medicina General, Pediatría y Enfermería), y es acompañado de un segundo equipo que oficia de equipo matricial de contención y asesoramiento donde se incorporan otras profesiones de la salud como Salud Mental y Trabajo Social. Se entiende así que esta estructura propuesta, incluye un primer equipo que deberá abarcar una inserción territorial concreta y un segundo anillo que oficiará de apoyo a las intervenciones que promueva el primero.

Cabe destacar del planteo realizado por De Sousa Campos (1998), la incorporación de la subjetividad en la organización de la tarea en salud, un aspecto que no había sido destacado hasta entonces. Con este planteo el autor propone que la conformación de estos equipos interdisciplinarios apunta a la intervención e incidencia en la cultura y subjetividad de los sujetos objeto de las mismas. Es decir, que su accionar buscará ingresar en la cotidianeidad de las personas involucradas generando acciones de concientización de su salud, de promoción de la salud, y de participación en salud. Si bien realiza su análisis desde el plano de la organización, es interesante su aporte a la idea de que la incidencia en la subjetividad es indefectible e intrínseca a la inserción de los profesionales de los equipos en el plano de lo territorial con un anclaje en lo institucional. Dicha inserción no es posible sin una mirada crítica por parte de los profesionales sobre la salud, sobre la vida cotidiana de las personas involucradas y sobre las condiciones materiales de existencia de éstas.

En esta línea, la Norma SSAPAC DGCCOM 01/16 del GCABA, propone la constitución de “una estructura matricial con una red organizada según complejidad del paciente, con procesos comunes y estándares en cada nivel, con áreas programáticas que integran los niveles de complejidad en un territorio, para garantizar la coordinación vertical entre la comunidad, CESACs y hospitales en ambos sentidos.” (Norma SSAPAC DGCCOM 01/16 del GCABA; 2016; 4). Ésta estructura matricial pareciera proponer intervenciones comunes y estándares de acuerdo a la complejidad de los procesos de salud individuales, encontrando la interseccionalidad en la coordinación vertical entre instituciones y comunidad. Si bien ésta norma describe la conformación de una red de niveles e instituciones que acompañen desde diferentes abordajes y complejidades, las problemáticas que la población presenta en la atención de salud concreta parecieran superar a esta modalidad de organización. La falta de comunicación y articulación inter niveles mu-

chas veces reflejan acciones de burocratización de la atención. La atención básica de salud se realiza desde el primer nivel y la atención compleja y completa en el segundo nivel. A su vez tendrán el apoyo de otros niveles de atención cuando la situación lo amerite, respetando la coordinación vertical entre los actores del sistema sanitario. Si bien la propuesta es acorde a los lineamientos que propone la APS, se entrevén propuestas de articulación basadas en niveles estándares y ordenados según complejidad, dando lugar a que en su implementación se entrevieran algunas falencias o ausencias, como por ejemplo, la formación de los profesionales en el trabajo territorial; la disponibilidad de horas para la asistencia y para las acciones comunitarias; y la diversidad y complejidad que los territorios proponen al momento de la intervención de una institución estatal.

Resulta interesante con lo planteado los aportes de Ase y Burijovich (2009) en cuanto a la APS considerada por algunos Estados, principalmente Latinoamericanos, como la propuesta de una canasta básica de prestaciones, bajo una lógica selectiva y focalizada de los grupos más desfavorecidos. En este sentido, pareciera que ésta normativa en el contexto de intencionalidad de instaurar una CUS, propone una nominalización de la población no como registro de población con la cual trabajar sino con un carácter de reconocimiento de prestaciones acordes a cada sujeto en su individualidad, que en caso de necesitar una atención de mayor complejidad deberá acceder a otra intervención que no se encuentra catalogada o enmarcada en las prestaciones de la APS.

Considerando los objetivos para los equipos, la normativa establece que “tienen como objetivo la mejora continua en el abordaje de los procesos de salud enfermedad atención cuidado a través de la conjunción entre la atención integral, el trabajo integrado con la comunidad y sus organizaciones y la planificación de acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes que condicionan la situación de salud de la población” (Norma SSAPAC DGCCOM 01/16 del GCABA; 2016; 4). Se puede observar en los objetivos la propuesta de la incorporación en la práctica de los equipos básicos de salud de tres aspectos primordiales de la APS: la atención integral, el trabajo integrado con la comunidad, y la planificación de acciones intersectoriales. Estos son pilares fundantes dentro de la perspectiva de la APS, como fue planteado con anterioridad. En este sentido aparece la pregunta sobre cómo abordar los determinantes que condicionan la situación de salud de la población en un contexto sociopolítico donde el abordaje

de los determinantes económico y sociales se complejizan y donde escasean recursos y políticas sociales locales que favorezcan a la mejora en la calidad de vida de la población.

Hasta aquí, se han planteado algunos análisis sobre la principal normativa que regula los equipos básicos de salud del sistema sanitario de la Ciudad de Buenos Aires, que como su denominación indica, apuntan a establecer ciertos lineamientos generales de estructuración de la organización del sistema sanitario porteño. Ahora bien, ¿qué tensiones trae aparejado al interior de los equipos al momento de implementar dicha forma organizativa de atención en salud? Por un lado, identificar a la salud como un proceso a abordar incorpora la variable tiempo. El sostenimiento en el tiempo de las intervenciones que el equipo profesional realiza, aparece como fundamental para entender el trabajo en terreno y para comprender a la salud como un proceso. Es decir, no son intervenciones que con una sola entrevista, articulación o indicación finaliza, sino que precisa de la elaboración de estrategias a mediano y largo plazo. Principalmente entendiendo que la Salud no es algo estático y definitorio, sino todo lo contrario. Asimismo, precisa de una discusión constante acerca de la política sanitaria, que permita de ésta manera reconocer los recursos sociopolíticos existentes y los propios del equipo. En este sentido, actualmente los equipos del primer nivel cuentan con escasos espacios de reflexión, discusión y capacitación, ya que sus tareas están principalmente abocadas a la atención concreta de asistencia y al registro cuantitativo de la misma.

Por otro lado, resulta interesante sumar a ésta análisis la tensión que los lineamientos provocan con el pronto advenimiento de propuestas a nivel mundial de mercantilización de la salud y reducción del gasto público, principalmente en lo relacionado con la salud. Actualmente, continúa el debate en torno a las concepciones de la atención en salud bajo dos posturas contrapuestas. Por un lado se encuentra la lógica de un Sistema Universal de Salud (SUS) como en Brasil o en Cuba y por el otro una Cobertura Universal de Salud (CUS) como en EEUU y Chile. Éstas propuestas de sistema sanitario son antagónicas y opuestas en relación a diversos aspectos. Se destaca que estos sistemas proponen modalidades de atención práctica contrapuestas. La CUS propone una esquematización y normatización de la atención de Salud, bajo la idea de instaurar un seguro de salud el cual sería financiado por los individuos que solicitan la atención de acuerdo a sus necesidades singulares y su

capacidad de pago. Por su parte la SUS incorpora una lógica universalista y de único acceso con financiación exclusiva o mayoritaria del Estado, tomando a la salud comunitaria como pilar fundante de su atención (Laurell, 2012; Iriart, 2016).

Por su parte, Laurell (2012) manifiesta que existe "una confusión, deliberada o no, entre cobertura poblacional y cobertura de servicios o médica" (Laurell, 2012, 2). Esta confusión se encuentra enlazada a la discusión en torno a la propuesta que trae la lógica de CUS en cuanto al suponer que cobertura, acceso y utilización van emparejadas cuando en verdad se encuentran disociadas, refiriendo a diferentes posturas y concepciones del sistema. Por lo que, siendo que la propuesta del sistema de salud actual apunta a categorizar las acciones en salud, y por lo tanto la atención, ¿Qué lugar ocupa en ella la participación social en salud? ¿Entendemos bajo ésta lógica que participación en salud es acercarse a solicitar una prestación? ¿Es participación en salud sólo registrar las propias afecciones y solicitar atención? De seguro que como profesionales de la salud, este reduccionismo vacía de contenido nuestros acompañamientos a los procesos de salud de la población. Más adelante, se propone esbozar algunas respuestas a éstas preguntas.

Por otro lado, la constitución de los equipos básicos de salud se acompañan de una tendencia a una nominalización de la población. En la actual gestión de salud en la Ciudad se ha tendido a un registro cuantitativo de la población, que acompañado de la incorporación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en todos los efectores, derivó en un registro individualizado de las personas empadronadas asistentes a los efectores. Si bien, se destaca la importancia de dicho recurso por su accesibilidad por parte de los profesionales, posibilidad de visualizar la HCE desde cualquier dispositivo y desde cualquier efector; también responde a éstas lógicas individualizantes, biomedicalizantes y a demanda de cada sujeto. Por ejemplo, la HCE se estructura por las consultas realizadas por la persona, debiendo catalogar el tipo de consulta o demanda en categorías ya preestablecidas del orden médico. Indicar intervenciones de índole social, de promoción o prevención de la salud no se encuentra dentro de las categorías habituales.

Hasta aquí se pretendió realizar un breve análisis de algunos aspectos de la reglamentación normativa que engloba al sistema de salud porteño actual, destacando algunas tensiones y debates que surgieron en la tarea de un equipo profesional específico. Se espera que éstos

sean un puntapié para otras reflexiones y análisis críticos, que resulten en propuestas integradoras e integrales de la salud.

Cabe destacar que la existencia de equipos de salud con anclaje territorial no nace como producto de ésta normativa, sino que la misma viene a encuadrar un trabajo que las instituciones del primer nivel vienen realizando prácticamente desde su creación. Se profundizará sobre éste aspecto más adelante.

### **CeSACs y territorios: ¿Equipo Básicos de Salud o Equipos Territoriales?**

En el primer nivel de atención las modalidades de atención, el análisis de las necesidades del territorio y las diversas perspectivas sobre las tareas de asistencia comunitaria de los equipos de profesionales fueron adaptándose mostrando la necesidad de la conformación de equipos interdisciplinarios territoriales. La normativa vigente se constituye en una herramienta que adquiere diversas particularidades en cada institución del sistema de salud. Es decir, que habiendo realizado un sondeo aproximativo de experiencias prácticas de implementación de esta normativa, cada CeSAC (los efectores del primer nivel de atención) -aplica la misma de acuerdo a sus particularidades, la conformación de su equipo profesional y las singularidades del territorio.

El Bajo Flores se constituye como uno de los barrios con los mayores índices de vulnerabilidad de la Ciudad de Buenos Aires. Allí se entabla una de las Villas más populares y más grandes, la Villa 1.11.14 “Barrio Padre Ricciardelli”. Ésta se compone de alrededor de 30 manzanas con la estructura habitacional típica de las villas y varios núcleos habitacionales incorporados al catastro de la Ciudad. Según el último informe del Instituto de Vivienda de la Ciudad que no fue publicado, allí viven 40.059 personas en 4.907 viviendas (IVC, 2019). Entre las principales problemáticas que atraviesa el barrio se pueden nombrar: Bajos recursos socioeconómicos, precariedad habitacional, precariedad en las conexiones de los servicios como agua y electricidad, enfermedades asociadas a la vulnerabilidad habitacional, inseguridad, dificultades de acceso a servicios públicos, etc (ASIS, 2016; IVC, 2019).

Asimismo, se destaca que el barrio en los últimos 19 años ha crecido poblacionalmente en un 45% (IVC, 2019) y al ser unas de las villas más antiguas de la Ciudad

y con mayor crecimiento es el barrio que más cantidad de CeSAC tiene en sus cercanías. Un dato no menor considerando las propuestas de abordaje territorial que se proponen para éstas instituciones y la complejidad que el barrio presenta para los equipos de salud.

A los fines de éste escrito se propone analizar un CeSAC en particular, ubicado en la zona sur del barrio. El área correspondiente al mismo incluye 8 manzanas de la Villa y dos sectores de complejos habitacionales. Abarca a un total estimativo de 5600 familias, con un equipo de aproximadamente 50 profesionales (incluidos equipo de administración, promotores de salud, limpieza y mantenimiento). Se evidencia entonces la dificultad de abarcar la totalidad de las familias del área con un equipo pequeño, lo que hace que la tarea cotidiana sea ardua y sumamente activa.

En relación a la información sobre la situación de salud de la población, el último Análisis de Situación de Salud de la CABA fue presentado en Diciembre de 2017, no teniendo al momento datos actualizados. La Comuna 7 correspondiente al barrio posee altos índices de vulnerabilidad en relación a la salud, al igual de que se encuentra entablado en la Cuenca Matanza-Riachuelo, siendo éste un determinante de consideración en la salud de la población. En relación a las principales enfermedades presentes en ésta población, las relacionadas con la Tuberculosis se presenta como la principal.

En el caso del CeSAC considerado como ejemplo de análisis, la conformación de los equipos territoriales, se remonta a sus inicios. Desde ese entonces el trabajo en terreno fue abordado por los equipos de profesionales adquiriendo diversas características a medida que se fueron incorporando otras disciplinas.

Según se desprende de algunas entrevistas realizadas a actores claves de la historia del CeSAC, las primeras profesiones en realizar tareas de asistencia en el terreno concreto fueron las psicosociales (Trabajo Social, Psicología, Psicopedagogía). Luego de darse espacios de reflexión, acompañados por la conducción de la institución, se evaluó la necesidad de realizar entrevistas domiciliarias, acciones comunitarias de prevención y promoción de salud, entre otras acciones, que permitiesen no sólo un conocimiento sobre las formas y determinantes de enfermedad de la población, sino también reconocer diversos modos de vida y subjetividades, repensar las intervenciones, compartir estrategias de seguimientos y pensar en perspectiva de políticas públicas en salud. Ta-

reas fundamentales del trabajo en el proceso de SEAC en territorio.

En la actualidad el CeSAC cuenta con 5 equipos territoriales. Cada uno tiene asignadas manzanas o terrenos del área de cobertura. Es interesante el planteo que surgió en las entrevistas y reuniones, en relación al nombre que se le asignan a los equipos. La Normativa constituye la propuesta de Equipos Básicos de Salud conformado por 3 profesionales de la Salud (Médica/o generalista, pediatra y enfermera/o), pero en este CeSAC son nombrados como equipos territoriales e incluyen a profesionales de todas las disciplinas del campo de la salud. Si bien no se propone una oposición a la propuesta de abordaje territorial planteado por De Sousa Campos (1998) o a la normativa gubernamental de equipos básicos de salud, que fueron descritas anteriormente, ésta conformación se visualiza más operativa y eficaz, ya que la interdisciplina en el abordaje concreto se vuelve indispensable para pensar el trabajo en territorio. Asimismo, permite que los y las profesionales de los equipos complementen y amplíen sus tareas de asistencia incorporando el trabajo en terreno, una salida al barrio, que los incluya en los desafíos por construir APS por fuera de la atención en consultorio.

Actualmente aún quedan muchas resistencias y tensiones al interior de los equipos. Tensiones entre la sobrecarga de tarea a los equipos territoriales, sin la consecuente asignación de más horas abocadas a dicha función (actualmente los profesionales de los equipos tienen asignadas de su jornada laboral un 60% de horas a las tareas de asistencia y un 40% a tareas comunitarias, según la normativa regulatoria), situación que se hace imposible de sostener en la complejidad de los territorios y necesidades de los usuarios y las usuarias.

Otro de los aspectos de tensión dentro de los equipos es la propuesta de nominalización de familias. La dinámica de los territorios en las cuales nos insertamos, hace dificultosa la nominalización de las familias. Las constantes olas migratorias de otros países e incluso dentro del mismo barrio, las dificultades de accesos a ciertos sectores del barrio y la asignación de turnos (en muchos casos las familias deben hacer cola para un turno desde la 4 de mañana), situación que encadenada con otras cuestiones dificulta el acceso al sistema de salud y la construcción de un vínculo de salud entre los profesionales y los usuarios. En este sentido, el debate se asocia con lo trabajado anteriormente en relación a la propuesta de imposición de la CUS, donde la lógica de detec-

ción, empadronamiento y nominalización de personas y necesidades se vuelve necesaria para su establecimiento. Principalmente, porque necesita de estos registros para la cuenta de servicios y prestaciones ya adquiridas y por lo tanto facturadas.

Por otro lado, la conformación de diversos equipos territoriales con sectores del barrio asignados para el abordaje, permite abarcar todo el terreno, realizar mejores seguimientos de las situaciones de las familias y habitantes del barrio, entre otras cuestiones. Arribar a ésta conformación no fue un recorrido institucional fácil, ya que la complejidad del territorio en términos de su constitución y cotidianeidad política y algunos obstáculos para la circulación por cuestiones de seguridad, tensionan la tarea de atención en salud. Salir al terreno, por ejemplo con visitas domiciliarias, implica un sumergirse en la cotidianeidad de las personas, en su subjetividad. Y ello de por sí significa una tensión. En este sentido desde el Trabajo Social la intervención en terreno, en el domicilio de las personas, es constitutiva de la intervención profesional vinculada principalmente a las funciones de asistencia, educación y gestión. A esto, Oliva y Pagliaro (2015) plantean: "La visita implica cambiar de escenario, realizar un encuentro entre el usuario y el profesional, en un ambiente más "controlado" por el usuario. Se trata de su lugar conocido" (pg 88). Por lo tanto, implica insertarse desde otra perspectiva en otros aspectos de su subjetividad que no pueden ser observados desde la atención exclusiva en consultorio. Éste se constituye en otro punto interesante de la construcción de equipos de salud con anclaje territorial.

### **La particularidad de la participación social en salud en los equipos territoriales**

Hasta aquí se ha trabajado en torno a la propuesta de la APS con sus aportes de integralidad y universalidad en la atención de salud, se han analizado algunos ejes de la normativa que implementa el trabajo territorial mediante equipos básicos de salud, criticando su reducción en disciplinas de carácter biomédico, y se ha compartido la experiencia de conformación de equipos territoriales en un CeSAC en particular. Por lo que, a continuación, tomando lo abordado en el apartado anterior en relación a la particularidad de la constitución y acción de los equipos territoriales en un efector del primer nivel de atención, las instancias de reflexión generadas por los equipos profesionales y el contexto de la rotación como



residente de Trabajo Social, es que se propone compartir algunas inquietudes, reflexiones y análisis conceptual acerca de la particularidad y la tensión que en el proceso de trabajo generan las acciones de participación social en salud.

Para comenzar, es necesario retomar algunas conceptualizaciones en relación a la APS. Con su desarrollo incorpora 3 pilares de acción fundantes para los equipos territoriales: la promoción, la prevención y la participación social en salud. Se entiende por prevención y promoción lo siguiente: “La prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo; en cambio la promoción de la salud está centrada en ésta y pone su acento en los determinantes de la salud y en los determinantes sociales de la misma (cuando se hace referencia a prevención se centra en la enfermedad y cuando se habla de promoción en la salud).” (Vignolo, et al, 2011, 13). Entonces, la prevención aborda el control de enfermedades, mientras que la promoción incorpora a los determinantes sociales que inciden en la salud. Por lo que, la participación en salud, pareciera precisar de definiciones y acepciones más complejas, ya que incorpora ideas de procesos sociales y políticos. Se trabajará en torno a ella más adelante. Primero cabe preguntarse, ¿De qué manera se reflejan estos aspectos de la APS en las normativas que dan marco de acción a los equipos profesionales? Como se planteó anteriormente en la Norma SSAPAC-DGSCOM 01/16, se describen las actividades y funciones de los Equipos Básicos de Salud. Sólo dos de ellas remiten específicamente a actividades de promoción, prevención y participación en Salud. Éstos son:

- Desarrollar proyectos y acciones de promoción y prevención de la salud en el territorio.
- Motivar la participación social en la planificación, ejecución y evaluación de acciones en salud, garantizando espacios y mecanismos de apropiación.

Éstos objetivos se vuelven difíciles de alcanzar cuando se acompañan de una división tan desigual en cargas horarias para tareas de asistencia directa y actividades comunitarias.

Planteado este marco, ¿Qué se entiende por participación social en salud y cómo ésta es practicada en las intervenciones de los equipos profesionales, considerando estos aspectos normativos enumerados? Sin dudas, el eje de participación social en salud, es el que ha gene-

rado mayores inquietudes en los equipos territoriales, en cuanto a qué entendemos por ella, cómo promoverla, con qué recursos se cuentan, y por lo tanto cómo evaluarla.

Múltiples autores (Bronfman & Gleizer, 1994; Solitario & Garbus & Stolkiner, 2008; Delrio & Lobo & Spataro, 2010; Menéndez, 1998, Ugalde, 2006) han desarrollado escritos sobre la idea de participación social en salud. La misma ha sido criticada y re encausada reiteradas veces, sin embargo aún en la actualidad no se renuncia a ella como aspecto fundamental de las actividades de abordaje en APS. Su conceptualización la aborda como un objetivo y como un instrumento de aplicación y de reflexión teórico/metodológica. Es decir que es el medio y el fin en sí mismo, lo cual complejiza su análisis. A su vez, en conexión constante con los contextos políticos y sociales de las sociedades ha ido adquiriendo diferentes categorías para su análisis, con la particularidad de que en América Latina la misma adquirió características y modalidades diferenciales a otras partes del mundo.

En consecuencia, las definiciones de participación social propuestas post Declaración de Alma Ata colocaron el eje en los procesos de poder y en la toma de decisiones: “la participación social así definida tiene implicaciones políticas que rebasan el marco de atención de salud, por cuanto significa ejercicio de poder y como tal fortalecimiento de la sociedad civil y de la democracia de base... Desde esa perspectiva la participación social equivale al proceso de reapropiación por la población, del conjunto de instituciones que regulan la vida social y de los servicios que representan” (Brofman y Gleizer, 1994, 15). En esta definición los autores incorporan la categoría de toma de decisiones y de poder, ya que la misma no es neutra por definición. Por lo que la participación social en salud aparece como mecanismo de ejercicio, donde los sujetos y sujetas experimentan su propio poder y sus posibilidades. En palabras de Menéndez (1998): “la participación social se va convirtiendo en una suerte de mecanismo generalizador que opera desde lo político hasta lo terapéutico” (pág. 9). Es decir que abarca campos de tensión como lo son la vida cotidiana y la arena de disputas por la construcción de políticas de salud. Asimismo, el autor agrega que: “la participación social aparece como uno de los mecanismos que pueden oponerse a lo institucionalizado, pero en la medida que dicha participación sea constante y continua.” (pág. 8). En consecuencia, la participación social en salud viene a tensionar con los estándares de atención tradicionales y hegemónicos, lo cual significa tensiones que en la prác-

tica concreta de la atención en salud se traducen en múltiples inquietudes sobre cómo generar los espacios participativos y cómo sostenerlos, cuánto cuestionamiento o reclamo al trabajo concreto se puede producir y qué respuesta se puede dar a ello como institución, cómo lograr un empoderamiento de la población en contextos sociopolíticos individualizantes y culpabilizantes, entre otras cuestiones. Preguntas que también han surgido en los equipos territoriales del efector.

Por otra parte, Menéndez (1998) agrega al analizar la participación social en salud que la misma se debe interpretar en diversos niveles de complejidad: "Si bien dicha participación se centró inicialmente en procesos meso y microsociológicos, en particular referidos a la participación comunitaria y a los grupos de auto ayuda, ulteriormente implicó la inclusión de procesos macro-sociales." (Menéndez, 1998; 6). Es decir que se adaptó para abarcar necesidades colectivas, con acciones que abarquen niveles diferenciales según el encuadre, objetivos y poder de influencia en la subjetividad de las y los sujetos sociales. En este sentido, describe que "... se ha reconocido que es a nivel del grupo doméstico y de otros microgrupos, que se realiza el mayor número de actividades - incluidas las participativas- referidas al proceso de s/e/a, y que dichas actividades están centradas en la mujer en su rol de esposa/madre. (Menéndez, 1998, 16). Dicho planteo, no sólo incorpora una perspectiva de género, sino que también apunta a analizar las acciones concretas de participación de forma que puedan ser comprendidas en distintos niveles de grupos sociales. En sentido de lo expuesto en dicha definición, las familias se configuran como el principal núcleo de atención en salud, en particular en las mujeres como esposa/madre. Si bien, éste punto podría sugerir todo un análisis particular, en éste trabajo se propone analizarlo en términos de la inclusión de actividades participativas en salud. Este planteo habilita a preguntarse, de acuerdo a las actividades que realizan los equipos territoriales, ¿qué actores sociales son los principales receptores de ésta participación social? ¿Hacia quienes se apuntan las actividades de participación? ¿Pueden distinguirse actividades concretas y reducidas a la exclusiva participación? Por lo relevado y reflexionado en los equipos territoriales se observó que apuntan principalmente a la realización de actividades de autoatención de salud y movilización de los recursos individuales para enfrentar las dificultades relacionadas con el proceso de SEAC. Es decir que, los equipos territoriales por su posibilidad de salida al terreno y su inserción en barrios donde la red de instituciones y organizaciones estatales y socia-

les es amplia, consideran como principal acción en el marco de la participación social, la creación de actividades de índole educativas que promuevan una cultura de la salud en la población. Por ejemplo, actividades que abarcan desde el reconocimiento de síntomas de enfermedades crónicas, hasta acciones de descacharreo o mejora del hábitat para evitar enfermedades. Es ante esto que se considera que las familias son el principal foco de intervención, ya que es allí donde las personas viven su cotidianeidad y su subjetividad.

Por otro lado, regresando a los análisis conceptuales Menéndez (1998) continúa describiendo los niveles en los cuales la participación social en salud puede ser desarrollada. Microgrupos y mesogrupos construidos refieren a aquellos grupos organizados intencionalmente para la realización de actividades inmediatas o a mediano plazo y suponen la producción de una organización formal momentánea o permanente. En ese sentido, , podría decirse que actualmente los equipos territoriales de salud no accionan directamente en estos niveles, pero sí se realizan actividades de articulación con organizaciones e instituciones barriales con el fin de construir una red. Sin embargo, en mucha de esas articulaciones no participan directamente las personas con las cuales se intervine. Podría inferirse que esto se debe, en parte, al corto tiempo de constitución de los nuevos equipos territoriales en el CeSAC de referencia. Se plantea entonces que uno de los obstáculos que impide la proliferación de actividades de participación social en salud de carácter macrosocial, es que fomentar el empoderamiento y la incidencia en la toma de decisiones no sólo toma un carácter local y meramente asistencial, sino que éstos permitirían a la población objeto incidir en la construcción de políticas, entrando así en la arena de disputas de poder que las gestiones de gobierno no desean abandonar. También, así no sólo constituirse en movimientos de salud permitiría construir políticas democráticas en esa área sino también en la política pública más general. Evaluar si una acción favorece a la participación social implica tener en consideración los efectos esperados. A esto Bronfman y Gleizer (1994) proponen: "La relación entre la participación comunitaria, sus consecuencias sociales y políticas y sus efectos sobre la salud dependen de las formas que la participación adquiera en la práctica. Es necesario, por tanto, tener claro, cuando se propone incluir a la participación en programas de salud, cuáles son los efectos que se espera tenga la participación y cómo se va a implementar para que, efectivamente, tenga los efectos esperados y exista correspondencia entre la concepción y la prácti-

ca de la participación.” (pg. 115). En consecuencia, estas posturas dejan la construcción de participación social en los macrogrupos (organizaciones más amplias como sindicatos, movimientos sociales en salud, etc.), ubicándolas como instancias de carácter más institucional y/o de gestión del CeSAC, así como a intereses personales de los profesionales. Participaciones que no se encuentran nombradas, ni propuestas en las reglamentaciones y normativas de regulación de las actividades de los equipos de salud, ya que éstas implicarían avalar su ingreso en la arena de disputa de poder gubernamental.

Para finalizar, si bien estos pequeños análisis y reflexiones grupales por parte de los equipos territoriales muchas veces dejan más dudas que certezas, no cabe duda que la producción de acciones de participación social por parte de los equipos se vuelve imprescindible como política de salud en una perspectiva integral. Como consecuencia este posicionamiento político, implica también garantizar una formación continua en la evaluación de los efectos que nuestras actividades cotidianas en los CeSAC generan en la población y los determinantes de su salud. Formación y discusión que es responsabilidad de las y los profesionales tanto como de quienes gestionan el sistema de salud. Esto significa sin dudas brindarse espacios para la reflexión de práctica profesional en salud. Por ello es interesante como análisis final, pensar a la participación en términos teóricos e ideológicos y no exclusiva y excluyentemente como una acción concreta.

## Apreciaciones finales y conclusiones

Otra de las inquietudes que surge en los equipos territoriales, está relacionada con la imposibilidad de distinguir en lo concreto las actividades de los equipos enmarcadas en alguno de los tres ejes de la APS, sino que toda acción en salud los incluye. Toda actividad en terreno por parte de los equipos territoriales significa acciones en promoción, prevención y participación. Ya que éstas refieren a marcos teórico-conceptuales que engloban y dan sentido a las actividades.

Se entiende entonces que tanto la participación social en salud como la prevención y la promoción son herramientas que están en constante construcción y redefinición. Situación que genera tensiones, dudas e inquietudes en las y los profesionales de los equipos del sistema de salud, ya que la tarea cotidiana por su constante complejidad, llama a cuestionarse reiteradas veces las intervenciones en el campo de la salud.

En este sentido, se concluye que la participación social no es solamente hacer actividades comunitarias en los equipos territoriales. Ésta abarca todas las intervenciones realizadas desde la perspectiva de APS. Se puede tener participación en una instancia de consulta individual, fomentando el involucramiento de las personas en su propio proceso de SEAC, siendo siempre conscientes de que dicha problemática se enmarca no en una individualidad sino en su origen comunitario. El proceso de SEAC es una problemática social más amplia que los propios síntomas.

Es interesante en éste sentido, los aportes de Stolkiner, et al. (2011), quienes plantean que el desafío en las instituciones de salud con perspectiva en APS se encuentra en fomentar el acceso al sistema sin que esto implique la reducción de la atención a la medicalización. Es decir, que la APS no se convierta en simplemente la puerta de entrada al sistema medicalizante. Cuestionamiento que se han realizado desde los equipos territoriales y que abre a nuevas inquietudes tales como: ¿Qué garantizamos desde el equipo territorial? ¿Promoción de salud o Acceso al sistema de salud formal mediante un turno?

Participación social significa abrir el juego del campo de la salud a otros nuevos actores y actrices con poder de incidencia en las decisiones. Este pensar a la APS y sus tres ejes principales de abordaje tensionan la implementación de políticas individualizantes y mercantilizadoras de la salud, como por ejemplo la CUS. Cobertura que deja entrever una nomenclatura de prestaciones, reduciendo la asistencia sanitaria a acciones ahistóricas y descontextualizadas, fragmentadas, medicalizantes y que sobre responsabiliza a la población por su salud, aun siendo ésta un derecho universal.

Asimismo, podría inferirse que pensar las políticas de salud de ésta manera y en éste contexto sociopolítico, significa una reducción de la APS al Primer Nivel de Atención, deconstruyendo canales de articulación intersectorial integrales. En éste sentido Menéndez (1998) aporta que: “El problema está en comprender cómo a partir de dichas actividades articuladas o no con otras, puede constituirse un proceso de transformación que no se reduzca a la reproducción de la subalternidad.” (pg. 19) Es decir, que el desafío de la participación social también radica en pensar cómo pasar de una acción de salud concreta a un proceso social más ampliado que favorezca a una transformación de la cultura de la salud, en respeto de la singularidad de la vida cotidiana de las y los sujetos. Este es un aspecto que se relaciona con

lo planteado por De Sousa Campos (1998) en cuanto a incorporar la subjetividad en los procesos de atención de la salud. En este sentido surge de los equipos territoriales la siguiente inquietud: ¿Cómo es posible pensar en generar o incidir en un cambio en la cultura de salud de las personas si no se abordan aspectos relacionados con las condiciones socio-económicas y culturales en las que vive nuestra población?

Pensar en construir una cultura de la salud, significa trabajar con las subjetividades de las personas involucradas. Hacerlas partícipes de su propia salud significa empoderarlas. Considerarnos profesionales con una mirada en la APS implica abogar por la construcción de estrategias asertivas, colectivas y reflexivas en torno a la salud de la población. Este escrito pretende invitarles a construir salud para todas y todos.

## Bibliografía

- Ase, I. y Burijovich, J. (2009) *La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿Progresividad o regresividad en el derecho a la salud?* Salud Colectiva, 5(1):27-47. Buenos Aires, Enero-Abril 2009.
- Bronfman, M., & Gleizer, M. (1994). *Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria*. Cuadernos de saúde pública, 10, 111-122.
- Delrío, V., Lobo, A., Spataro, G. (2010) *Intersectorialidad y participación social: los procesos de tomas de decisiones en una red territorial* 3er Congreso de Atención Primaria de la Salud, GCABA.
- Iriart, C. (2016) *El sistema de salud de los Estados Unidos: Mitos y Realidades* (Parte I), Saúde em Red, 2 (1): 07-21.
- Laurell, A. (2012), Sistema Universales de Salud: Retos y Desafíos. Conferencia «Sistemas Universales de Salud: retos y desafíos», ISAGS el 21 de febrero de 2013. Disponible en: [https://issuu.com/isagsunasur/docs/sistemasuniversalesdesaludretosydesafios\\_/2](https://issuu.com/isagsunasur/docs/sistemasuniversalesdesaludretosydesafios_/2)
- Menéndez, E. (1998). *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social privado*. Cuadernos médico sociales, 73, 5-22.
- Oliva, A. y Pagliaro, S. (2015) Características de las Visitas Domiciliarias En: Oliva, A. y Mallardi, M. *Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*, Tandil, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.
- Pasarín, M. I., Forcada, C., Montaner, I., De Peray, J. L., & Gofin, J. (2010). *Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública*. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria, 24, 23-27.
- Rovere, M. (2012). *Atención primaria de la salud en debate*. Saúde em Debate, 36, 327-342.
- Solitario, R., Garbus, P, Stolkiner, A. (2008). *Derechos, ciudadanía y participación e salud: con la accesibilidad simbólica a los servicios* Anuario de Investigaciones, XV( ),263-269.[fecha de Consulta 29 de Enero de 2020]. ISSN: 0329-5885. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3691/369139944025>
- Sousa Campos, G. (1998) *Equipos Matriciales de Referencia y Apoyo especializado: Un Ensayo Sobre Reorganización del Trabajo*. Departamento de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Ciencias Médicas. UNICAMP. Disponible en: <https://www.rosario.gob.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf>. Consulta 5 febrero 2020.
- Stolkiner, A., Comes, Y, & Garbus, P. (2011). *Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en Argentina*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(6), 2807-2816. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600019>
- Ugalde A., (2006) *“Un acercamiento teórico a la participación política de las mujeres se sectores populares en Ecuador”*. En: Spinelli H. y Menéndez E. Participación social ¿Para qué?, Lugar Editorial, 1ra ed. Buenos Aires.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C. y Sosa, A. *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. Arch. Med Int [online]. 2011, vol.33, n.1, pp.7-11. ISSN 0250-3816.

## Fuentes documentales

- Informe Censo Barrio Padre Rodolfo Ricciardelli (2018), Instituto de la Vivienda de la Ciudad, CABA, (no publicado).
- Ley N°153. Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, 25 de febrero 1999, CABA, Argentina. <http://www2.cedom.gob.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley153.html#:~:text=Ley%20153%20%2D%20Ley%20B%C3%A1sica%20de%20Salud%20%2D%20REGLEMENTADA&text=Art%3%ADculo%201%C2%BA,acciones%20conducentes%20a%20tal%20fin.>
- Ministerio de Salud CABA. (2016) Norma SSAPAC DGSCOM 01/16 Equipos Básicos de Salud, Dirección General de Salud Comunitaria, CABA, Argentina.
- Ministerio de Salud CABA. (2017) Análisis de Situación de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CABA, Argentina.
- Ministerio de Salud CABA, (2017) Plan de Salud CABA 2016-2030, CABA, Argentina.
- Ministerio de Salud Nación (2004) Bases del Plan Federal de Salud. (Documento Institucional, n° 1). Poder Ejecutivo Nacional, Argentina.
- Organización Mundial de la Salud (1978). Declaración de Alma Ata.

