

Valoración de la atención primaria de la salud en el Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón desde la perspectiva de los profesionales de la salud (estudio de corte transversal)

Agustín M. Segalini, Mariela Weisbrot, Valeria Vietto, María Rezzónico, Fernando Vázquez Peña, Sergio Terrasa y Karin Kopitowski

RESUMEN

La atención primaria de la salud (APS) favorece un cuidado más eficiente y equitativo en relación con las necesidades de la población. El objetivo de este estudio de corte transversal realizado durante 2013 fue evaluar el grado de implementación de las funciones fundamentales de la APS en el Centro de Salud de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón (CMFyCSP), ubicado en Boulogne, partido de San Isidro, Buenos Aires, República Argentina, desde la perspectiva de los profesionales de la salud. Se administró en forma electrónica la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria (en inglés *Primary Care Assessment Tools*: PCAT) para profesionales de salud validada en la Argentina. Todos los profesionales con una antigüedad de dos años o mayor ($n=25$) la contestaron en forma completa. La puntuación global de las funciones esenciales de APS fue 16,75 (DE 1,42) para un máximo de 24 puntos. *Enfoque Familiar*, *Integralidad/Servicios Prestados* y *Coordinación/Sistemas de Información* fueron las funciones con mejor puntaje (3,51 [DE 0,55], 3,49 [0,58] y 3,16 [0,47], respectivamente).

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, medicina comunitaria, estudios transversales.

ASSESSMENT OF PRIMARY HEALTH CARE'S FUNCTIONS IN A HEALTH CENTER OF BUENOS AIRES FROM THE PERSPECTIVE OF HEALTH PROFESSIONALS: CROSS-SECTIONAL STUDY

ABSTRACT

Primary health care (PHC) favors more efficient and equitable attention to the needs of the population. The objective of this cross-sectional study carried out during 2013 was to evaluate the degree of implementation of the basic functions of PHC in the San Pantaleón Family and Community Medicine Health Center (CMFyCSP), located in Boulogne, San Isidro, Buenos Aires, Argentina, from the perspective of health professionals. The Primary Care Assessment Tool (PCAT) for health professionals validated in Argentina was administered electronically. All professionals with a seniority of at least two years ($n = 25$) responded the survey. The overall score for essential APS functions was 16.75 SD (1.42) for a maximum of 24 points. Family Focus, Integrality / Rendered Services and Coordination / Information Systems were the functions with the highest scores (3.51 [0.55], 3.49 [0.58], and 3.16 [0.47], respectively).

Key words: Primary Health Care, Community Medicine, Cross-Sectional Studies

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2017; 37(1): 4-9.

INTRODUCCIÓN

La estrategia de atención primaria de la salud (APS) cumple un papel central para el buen funcionamiento del sistema de salud, al favorecer un cuidado más eficiente y equitativo en relación con las necesidades de la población¹⁻⁶, y al reducir las desigualdades sociales y económicas^{7,8}.

La definición más aceptada de la APS en la actualidad, según sostiene Starfield¹, es la propuesta en el Informe Millis de 1966³:

...la atención médica de primer contacto que asume la responsabilidad longitudinal sobre el paciente (con

independencia de la presencia o ausencia de enfermedad), e integra aspectos sociales, psicológicos y físicos de la salud, con las limitaciones naturales de la capacidad de los profesionales sanitarios. (p. 20-1)

Esta descripción permite integrar las principales características del concepto de APS consensuadas por diversos autores: primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación de los cuidados³.

En el proceso de implementación de la estrategia de APS, la evaluación constituye un instrumento clave para la mejora continua de la calidad de la atención y para posibilitar una toma de decisiones basada en la evidencia³. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) emitió en 2007 un comunicado que incorpora principios nuevos como la orientación hacia la calidad de la APS mediante su evaluación⁹.

Recibido 25/01/17

Aceptado 12/05/17

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Correspondencia: agustin.segalini@hospitalitaliano.org.ar

Existen numerosos instrumentos desarrollados con este objetivo¹⁰⁻¹⁴; la Herramienta de Evaluación de la Atención Primaria (en inglés *Primary Care Assessment Tools: PCAT*)¹⁵ es un conjunto de cuestionarios considerado de los más completos, ya que ayuda a evaluar las funciones fundamentales de la APS, con la ventaja de permitir obtener información desde distintas perspectivas.

El conjunto está formado por cuatro cuestionarios que valoran la APS desde distintos niveles: PCAT-sistemas, que recoge la perspectiva de gestores de políticas sanitarias, expertos a nivel de sistemas de salud o investigadores; PCAT-centros, dirigido a gestores de los recursos de APS, como directores de centros o profesionales en representación de un equipo o centro; PCAT-proveedores, que indaga la perspectiva de los profesionales y PCAT-usuarios, que valora la perspectiva de la población, tanto adulta como infantil¹⁶.

El modelo de evaluación PCAT se organiza en cuatro funciones principales (*Primer Contacto, Continuidad, Coordinación e Integralidad*) y tres funciones secundarias (*Enfoque Familiar, Orientación Comunitaria y Competencia Cultural*) (Cuadro 1). Presenta adecuadas coherencia interna, fiabilidad test-retest y validez de constructo, está siendo utilizado en numerosos países¹⁷⁻²⁵ y ha sido adaptado al castellano y validado en la Argentina por Berra y cols.^{26,27}

Como antecedente en la región, en el contexto de un estudio multicéntrico, se realizaron estudios de evaluación de la estrategia de APS en la Argentina²⁸, Brasil, Paraguay²⁹ y Uruguay³⁰, utilizando otra versión del PCAT-profesionales validada en Brasil por Almeida y Macinko en el año 2006³¹. El Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón (CMFyCSP) es un establecimiento de APS sostenido en forma conjunta por la Municipalidad de San Isidro, el Obispado de San Isidro y el Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), que funciona desde 2001 de manera integrada al Sistema Público de Salud de dicho municipio. Se encuentra ubicado en la localidad de Bajo Boulogne, partido de San Isidro, provincia de Buenos Aires, a 20 kilómetros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El equipo de salud del CMFyCSP está integrado por veinte médicos de familia, en su mayoría residentes del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA), una enfermera, una empleada administrativa, una promotora de salud, una trabajadora social, una licenciada en obstetricia, un ginecólogo y una farmacéutica.

El centro de salud brinda sus servicios en forma gratuita, articulándolos con los proporcionados por otros efectores del sistema de salud, y compartiendo la atención de la comunidad con el Centro de salud municipal Bajo Boulogne que se encuentra a seis cuadras de distancia.

Si bien no posee una población a cargo definida territorialmente, el centro de salud se encuentra inserto en una comu-

Cuadro 1. Funciones de la APS

Primer contacto: supone la idea de que cada vez que surge un problema nuevo de salud se referencia un centro o profesional de salud concreto, que actúa como puerta de entrada al sistema sanitario y que debe ser accesible a la población.

Continuidad: relación personal a largo plazo entre el usuario y el profesional o centro de salud, que debe facilitar el desarrollo de una relación usuario-profesional basada en la confianza y en el conocimiento de la persona y su familia. Incluye la medida en la que los usuarios identifican una fuente habitual de atención de la salud.

Coordinación: es la función de enlace entre los niveles de atención, de tal modo que la persona reciba un cuidado apropiado de todos sus problemas de salud bajo la responsabilidad de su proveedor de APS.

Integralidad: posibilidad de ofrecer un catálogo extenso, articulado e integral con todos los servicios que la población necesita. Incluye la identificación de problemas de todo tipo, sean orgánicos, funcionales o sociales, particularmente aquellos que son más frecuentes en la población. Esta dimensión se evalúa respecto de servicios disponibles y proporcionados.

Enfoque familiar: centrar la salud de los individuos en su contexto social más cercano.

Orientación comunitaria: dirigir la atención a la detección y resolución de los problemas de salud de la comunidad a la cual tiene como población diana.

Competencia cultural: adaptar y establecer relaciones que faciliten la atención de los problemas de salud en las personas de diferentes grupos sociales de la población asignada.

Fuente: CIESS, 2014.

nidad constituida por una población de alta vulnerabilidad sociosanitaria. Según datos del CENSO 2010, el 95,2% de sus habitantes son argentinos, un tercio se encuentra desocupado o inactivo y un 12,8% vive con necesidades básicas insatisfechas³². Por otro lado, según la información recogida mediante un Análisis de Situación de Salud del barrio, el 50% de la población posee solamente estudios primarios y el 70% depende del sistema público de salud o del sistema de seguridad social del Estado para resolver sus problemas de salud³³.

En la actualidad, el CMFyCSP tiene empadronados a más de 5000 usuarios y realiza alrededor de 700 consultas mensuales (médicas y de enfermería).

El objetivo de este estudio es conocer el grado de desempeño de las funciones de la APS desde la perspectiva de los profesionales de salud del CMFyCSP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Estudio observacional de corte transversal

Instrumento

Para la recolección de los datos se utilizó la herramienta PCAT, versión extensa para profesionales de salud (AR-PCAT-PE), adaptada para su uso en la Argentina²⁷.

Esta herramienta evalúa cuatro funciones esenciales (Primer contacto, Continuidad, Coordinación e Integralidad) y tres funciones secundarias (Enfoque familiar, Orientación comunitaria y Competencia cultural) de la APS.

Las preguntas del PCAT para valorar las funciones de la APS son respondidas en una escala ordinal con cinco opciones, de acuerdo con la existencia o no de cierto rasgo: No, en absoluto; Es probable que no; Es probable que sí; Sí, sin duda; No sé. Los valores de 1 a 4 de cada respuesta se utilizan para calcular un puntaje promedio de cada función de la APS. La respuesta "No sé" se computa con el valor 2 o 2,5 según la función evaluada y según quien responda, siempre que esta respuesta no alcance el 50% de los ítems de una función. Como resultado de cada dimensión o función se obtienen valores en una escala de 1 a 4 al realizar la media del total de las respuestas de cada ítem. Para su interpretación, los promedios cercanos al 4, es decir, los más altos, indican un mayor logro de las funciones de la APS. Si bien no existe un punto de corte establecido, se aceptan como buen nivel de cumplimiento los valores promedio mayores de 3, ya que este valor representa la respuesta "Es probable que sí se cumpla".

Además, se calcularon dos puntajes globales de APS: Puntaje total de funciones esenciales, calculado como la suma de los puntajes obtenidos por las funciones esenciales, por lo que resulta un valor entre 6 y 24 puntos, y Puntaje total extendido de las funciones, calculado como la suma los puntajes obtenidos por las funciones esenciales y las tres funciones secundarias, por lo que resulta un valor entre 9 y 36 puntos. Para su interpretación, a mayor puntaje, mayor logro de las funciones de la APS.

Fuente de datos

La herramienta fue autoadministrada en forma electrónica durante 2013.

Población y criterios de inclusión

Se realizó entre todos los profesionales de la salud del CMFyCSP que tuvieran una antigüedad de 24 meses o mayor.

Análisis de datos

Se efectuó un análisis descriptivo (distribución de frecuencias, medias aritméticas de las variables de cada dimensión) y se construyeron los índices correspondientes por dimensión y subdimensión, así como un análisis

compuesto global. Se utilizó Microsoft Office Excel® versión 2007.

Consideraciones éticas

Se garantizó el anonimato de todos los participantes y la confidencialidad de los datos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires.

RESULTADOS

De 32 profesionales de la salud que trabajan en el CMFyC-SP fueron excluidos siete, por tener una antigüedad menor de 24 meses. Se obtuvieron 25 cuestionarios completos con una tasa de respuesta del 100% (n = 25). En el cuadro 2 se observan las características principales de los participantes. En la figura 1 se presenta el promedio de las puntuaciones obtenidas para cada función de la APS, según la valoración realizada por los participantes.

Se destacan las funciones *Coordinación*, en su subdimensión de *Sistemas de información*; *Integralidad*, en su subdimensión de *Servicios proporcionados* y *Enfoque familiar*, que obtuvieron un promedio por encima de 3 puntos, considerado un buen nivel de cumplimiento. Por el contrario, se observa que las funciones *Acceso al primer contacto*, *Coordinación* en su subdimensión de *Integración de la información* y *Competencia cultural* aparecen con los puntajes más bajos, poniendo de manifiesto aspectos del sistema de atención del CMFyCSP susceptibles de mejoras.

La puntuación global de todas las funciones esenciales de APS fue 16,75 (DE 1,42) para un máximo de 24 puntos, y la puntuación global ampliada de APS (funciones esenciales y secundarias), 25,36 (DE 2,49), para un máximo de 36 puntos.

DISCUSIÓN

El presente trabajo examina el grado de desempeño de la APS en el CMFyCSP desde la perspectiva de los profesionales de la salud y se basa en un modelo conceptual de amplia aceptación y utilización a nivel internacional. El estudio del grado en que la APS alcanza su propósito constituye un desafío actual de la investigación de los servicios de salud. El conjunto PCAT es uno de los instrumentos más completos para evaluarla.

Cuadro 2. Características principales de los encuestados (n = 25)

Especialidad	88% Médicos de Familia
Antigüedad promedio en el centro	5,84 años
Horas de trabajo semanales promedio	12,68

Fuente: Elaboración propia desde los datos obtenidos.

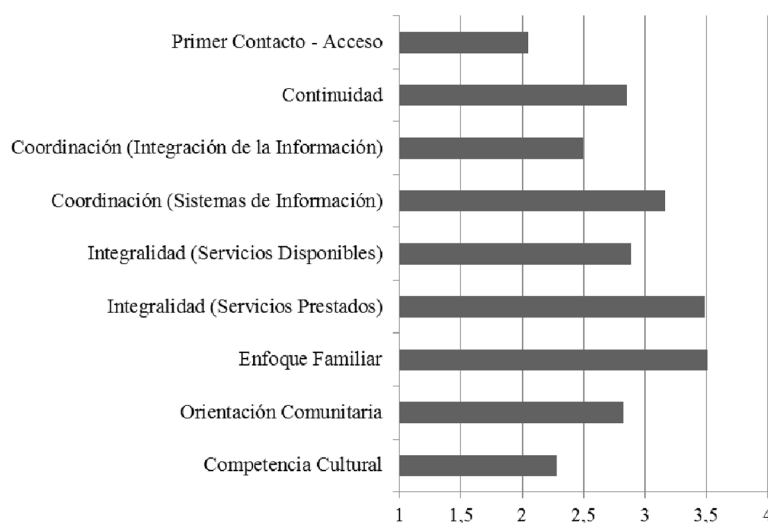


Figura 1. Puntuación de las funciones esenciales y secundarias de la APS
Fuente: Elaboración propia desde los datos obtenidos.

De las nueve funciones evaluadas, solo tres contaron con un puntaje promedio bajo: “Primer contacto-Acceso” (2,05; DE: 0,38), “Competencia cultural” (2,28; DE: 0,51) y “Coordinación” en su subdimensión Integración de la información (2,5; DE: 0,43).

La función *Primer contacto-Acceso* obtuvo el puntaje más bajo. El horario reducido de atención al público (lunes a viernes de 9.00 a 16.00 h) del CMFyCSP podría explicar en gran medida, aunque no completamente, el bajo desempeño de esta función. Similares resultados fueron observados en los estudios realizados en Lanús, provincia de Buenos Aires²⁹, y en Paraguay³⁰.

El bajo nivel alcanzado por la función *Competencia cultural*, que refleja el proceso de adaptación y establecimiento de relaciones que contrarresten las barreras socioculturales existentes, facilitando la solución de los problemas de salud de los diferentes grupos sociales, es un resultado preocupante. Dado que una deficiencia en esta función podría representar una barrera importante en la atención de salud de nuestros pacientes, consideramos necesario establecer estrategias que permitan mejorarla.

El bajo nivel de desempeño de la función *Coordinación* en su subdimensión de Integración de la información, con la cual se evalúan los mecanismos de transferencia de la información y de recepción de otras fuentes que pueden estar involucradas en la atención de las personas, podría reflejar las dificultades para el contacto con otros servicios de salud del municipio, que se explicarían por dos motivos. Por un lado, la mayoría de los médicos que prestan sus servicios en el CMFyCSP no pertenece formalmente al sistema de salud del municipio de San Isidro sino a la residencia del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del HIBA. Por otro lado, el municipio no dispone de una adecuada estrategia de referencia-contrarreferencia entre

los efectores que forman parte del sistema. Sin embargo, entendemos que es importante implementar nuevas medidas que tiendan a fortalecer esta función.

En cuanto a las funciones que mayor puntaje obtuvieron, *Enfoque familiar* fue la mejor valorada, con un promedio de 3,51 (DE 0,55). Este resultado es esperable, ya que la mayoría de los encuestados son médicos de familia, y una de las principales características de esta especialidad es la de centrar la salud de los individuos que atienden en su contexto social más cercano.

La función *Integralidad de los servicios prestados*, así como la función *Coordinación de los sistemas de información* obtuvieron puntajes de 3,49 (DE 0,58) y 3,16 (DE 0,47), respectivamente, lo que refleja que los profesionales encuestados consideran que el centro de salud presenta un buen nivel de provisión de servicios en relación con las necesidades de la población que asiste, así como en la disponibilidad de instrumentos de registro de la información y de incorporación de esa información al plan de atención de la persona.

Las funciones *Continuidad*, *Orientación comunitaria* e *Integralidad de los servicios disponibles* obtuvieron puntajes de 2,85 (DE 0,24), 2,82 (DE 0,57) y 2,89 (0,27), respectivamente, valores muy cercanos a los de un buen nivel de cumplimiento.

Como limitación de este estudio debemos mencionar que el equipo médico del CMFyCSP no es permanente debido a que está compuesto en su mayoría por médicos residentes, lo que implica un recambio anual de estos y un recambio completo cada cuatro años al finalizar la residencia. Esto debería tenerse en cuenta en la potencial toma de decisiones sobre la base de sus respuestas.

Por otro lado, los médicos residentes realizan rotaciones formativas en otros servicios y centros de atención, que

pueden ocasionar su ausencia en la prestación de servicios hasta un máximo de seis meses. Estas particularidades hacen que la continuidad en la atención por un mismo médico de cabecera sea difícil de mantener. Sin embargo, el centro de salud obtuvo un puntaje elevado en esta función, ya que persiste como referente para la atención de la población, asegurando de esta manera una relación personal a largo plazo entre los usuarios y el centro de salud.

Como fortaleza de esta investigación podemos decir que es el primer estudio realizado en el partido de San Isidro que intenta evaluar el grado de implementación de la estrategia de la APS, y el primero en este centro de salud. Aporta valiosa información para tener en cuenta a la hora de tomar decisiones con miras a mejorarlo.

Próximamente se llevará a cabo la evaluación de las funciones de la APS desde la perspectiva de los usuarios del CMFyCSP, lo que permitirá profundizar y complementar el análisis de esta estrategia de atención.

CONCLUSIÓN

Consideramos que, desde la perspectiva de los profesionales de la salud, el CMFyCSP tiene una clara orientación hacia la APS en varios de sus aspectos, con un buen nivel de cumplimiento en tres de las nueve funciones evaluadas. Sin embargo, debemos continuar trabajando estratégicamente para procurar mejores resultados, especialmente en las funciones de *Primer contacto- Acceso*, *Competencia cultural* y *Coordinación* en su subdimensión *Integración de la información*, funciones que obtuvieron los puntajes más bajos.

Agradecimientos: Ignacio Ricardo Ricci, Ana Herrera, Santiago Esteban, Silvina Berra y Johns Hopkins University y Profesionales del Centro de Medicina Familiar y Comunitaria San Pantaleón

Fuente de financiamiento: Fundación MF

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

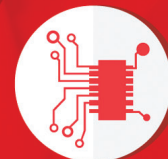
- Greenfield S, Rogers W, Mangotich M, et al. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *JAMA*. 1995;274(18):1436-44.
- Shi L. The relationship between primary care and life chances. *J Health Care Poor Underserved*. 1992;3(2):321-35.
- Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.
- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994;344(8930):1129-33.
- Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract*. 1994;39(2):123-8.
- Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv*. 1994;24(3):431-58.
- Shi L, Starfield B, Kennedy B, et al. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract*. 1999;48(4):275-84.
- Shi L, Starfield B, Politzer R, et al. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res*. 2002;37(3):529-50.
- Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de la salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) [Internet]. Washington, DC: OPS/OMS; 2007 jul [citado 2017 enero 10]. Disponible en: http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
- Kringos DS, Boerma WG, Spaan E, et al. A snapshot of the organization and provision of primary care in Turkey. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:90.
- Rose-Jacobs R, Black MM, Casey PH, et al. Household food insecurity: associations with at-risk infant and toddler development. *Pediatrics*. 2008;121(1):65-72.
- Tomasi E, Facchini LA, Osorio A, et al. [Software program to systematize data for planning public health actions]. *Rev Saude Publica*. 2003;37(6):800-6.
- Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, et al. The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care*. 1998;36(5):728-39.
- Mead N, Bower P, Roland M. The General Practice Assessment Questionnaire (GPAQ) - development and psychometric characteristics. *BMC Fam Pract*. 2008;9:13.
- Leiyushi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract*. 2001; 50(2):161-75.
- Berra S. El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud: adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en Argentina [Internet]. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas. Centro de Investigaciones Epidemiológicas y en Servicios de Salud Escuela de Salud Pública; 2012 octubre [citado 2017 enero 10]. Disponible en: http://ciess.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2012/05/2012_FuncionesAPS_AR-PCAT_CIESS-UNC.pdf
- Cassady CE, Starfield B, Hurtado MP, et al. Measuring consumer experiences with primary care. *Pediatrics*. 2000;105(4 Pt 2):998-1003.
- Haggerty J, Martin CM. Evaluating primary health care in Canada and the right questions to ask! The National Evaluation Strategy for Primary Health Care. Ottawa: Health Canada; 2005.
- Haggerty JL, Pineault R, Beaulieu MD, et al. Room for improvement: patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. *Can Fam Physician*. 2007;53(6):1057, 2001:e.1-6, 1056.
- Macinko J, Almeida C, de Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. *Health Policy Plan*. 2007;22(3):167-77.
- Pasarín MI, Berra S, Rajmil L, et al. [An instrument to evaluate primary health care from the population perspective]. *Aten Primaria*. 2007;39(8):395-401.
- Tsai J, Shi L, Yu WL, et al. Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system. *J Am Board Fam Med*. 2010;23(3):402-12.
- Wong SY, Kung K, Griffiths SM, et al. Comparison of primary care experiences among adults in general outpatient clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health*. 2010;10:397.
- Tsai J, Shi L, Yu WL, et al. Usual source of care and the quality of medical care experiences: a cross-sectional survey of patients from a Taiwanese community. *Med Care*. 2010;48(7):628-34.
- Macinko J, Almeida C, dos SE, et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. *Int J Health Plann Manage*. 2004;19(4):303-17.
- Berra S, Audisio Y, Mántaras J, et al. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud.

Rev Argent Salud Pública. 2011;2(8):6-14.
 27. Berra S, Hauser L, Audisio Y, et al. [Validity and reliability of the Argentine version of the PCAT-AE for the evaluation of primary health care]. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(1):30-9.
 28. Gómez SA, Paape P de, Conde LL, et al. La implementación local de la atención primaria en la Argentina: estudio de caso en el municipio de Lanús, provincia de Buenos Aires. Saude Debate. 2012;36(94):436-48.
 29. Rodríguez-Riveros MI, Bursztyn I, Ruoti M, et al. Evaluación de la atención primaria de salud en un contexto urbano: percepción de actores involucrados – Bañado

Sur – Paraguay, 2011. Saude Debate. 2012;36(94):449-60.
 30. Berterretche R, Sollazzo A. El abordaje de la atención primaria de salud, modelos organizativos y prácticas: caso de un centro de salud público urbano de Montevideo, Uruguay, 2011. Saude Debate. 2012;36(94):461-72.
 31. Almeida C, Macinko J. Desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde: validação de uma metodologia rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local. Brasília: OPAS; 2006. 215p [citado 2017 enero 10]. Disponible

en: http://observasaude.fundap.sp.gov.br/BibliotecaPortal/Acervo/Monitoramento,%20Regula%C3%A7%C3%A3o%20e%20Auditoria%20em%20Sa%C3%BAde/Artigos%20e%20Estudos/AB_AvalRap.pdf
 32. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010. Buenos Aires: INDEC; 2010.
 33. Weisbrot MA, Segalini AM, Burdisso N, et al. Análisis de Situación Integral de Salud (ASIS) de la comunidad del barrio Santa María, Bajo Boulogne, partido de San Isidro. Rev Hosp Ital B.Aires. 2016;36(4):136-42.

Maestría en INFORMÁTICA EN SALUD



La única maestría de habla hispana en **Informática en Salud**, una disciplina fundamental para la mejora continua de los sistemas de salud a través de la incorporación de **Tecnologías de Información (IT)**.

● Inicio

4 de septiembre de 2017

● Destinatarios

Profesionales de la salud, de computación, de información, de comunicación y de ingeniería.

● Duración

2 años

● Modalidad

Virtual + 2 semanas intensivas al año

● Directores

Dr. Fernán González Bernaldo de Quirós
Dr. Daniel Luna

● Fecha límite de inscripción

25 de agosto

Perón 4395, C.A.B.A (+5411) 4959-0200 Int. 5729
 informes_posgrado@hospitalitaliano.edu.ar
 www.hospitalitaliano.edu.ar



/iuhiba



/iuhiba



/iuhiba



/iuhiba



Instituto Universitario
Hospital Italiano