



Propuesta de Evaluación de Estrategias de Atención Primaria en Salud. Una aplicación al caso de la Ciudad de Buenos Aires

Resumen Ejecutivo

Daniel Maceira¹

¹ Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Investigador Adjunto del CONICET y Director del Área de Política de Salud de CIPPEC. El autor agradece a Mariana Rodríguez y Fernanda Villalba por su colaboración en la elaboración de este reporte. Especial reconocimiento para la Dirección General Adjunta de Atención Primaria del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (DGAAPS-GCBA), en particular a Daniela Daverio, Isabel Duré, Débora Sabbag, Yamila Comes y Alejandro Puchet por la información suministrada, sus comentarios y experiencias. El autor guarda entera responsabilidad por las opiniones vertidas, que no son necesariamente los de la DGAAPS-GCBA). Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

INTRODUCCIÓN

El acceso oportuno a los bienes y servicios necesarios para el cuidado de la salud constituye una asignatura pendiente y un desafío de política pública, no sólo en Argentina, sino en gran parte del mundo en desarrollo. La equidad en acceso implica que individuos con idénticas necesidades de salud, puedan recibir cuidados equivalentes, independientemente de sus características particulares.

En países donde el sistema de salud es segmentado o fragmentado entre subsistemas, se identifican adicionalmente barreras institucionales, que potencian la brecha de equidad en acceso. En tales escenarios, el diseño de una estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) juega un papel particularmente importante, constituyéndose en una herramienta costo-efectiva para lograr la meta de cobertura general de la población. A pesar de ello, es limitada la literatura que da cuenta de esquemas sistemáticos de evaluación y seguimiento de acciones de APS, que sean instrumentos eficaces para analizar el éxito de un plan de acción mediante indicadores unívocos, factibles y consistentes en el tiempo y entre unidades de atención.

Para ello, el modo de evaluación debe considerar tanto las características de los recursos del sistema –disponibilidad de personal e insumos, diversidad de programas, mecanismos de gestión y utilización de los mismos, etc.- como las necesidades de la población –niveles de ingreso y educación, acceso a servicios de saneamiento y agua potable, mecanismos de interacción comunitaria, etc., que permita identificar impacto, brindando la necesaria retroalimentación en la gestión.

El objetivo principal del presente trabajo consiste en establecer un marco teórico-metodológico que permita identificar en un determinado contexto la efectividad de una estrategia de APS, estableciendo el desempeño relativo de los factores participantes desde el lado de la oferta institucional, como la importancia de los requerimientos de la población en el tipo de servicios finalmente prestados. Este marco se aplicará a las acciones y programas

desplegados por la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud (DGAAPS).

La unidad de estudio son los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC) que se encuentran distribuidos en los dieciséis Centros de Gestión y Participación (CGP) de la Ciudad de Buenos Aires². Estas páginas reflejan el producto del trabajo en cuatro de estas jurisdicciones: CGP 3 (Constitución - San Telmo - La Boca), CGP 9 (Mataderos - Liniers - Villa Luro), CGP 11 (Caballito - Villa Crespo) y CGP 14 oeste (Palermo).

MECANISMOS DE EVALUACIÓN DE APS

Usualmente, el objetivo de un plan de evaluación de servicios públicos reside en la posibilidad de identificar buenas prácticas y diferenciar a aquellas acciones que en base a algún criterio consensuado, llevan a una gestión eficiente de sus recursos.

El enfoque económico propone una medida de eficiencia que relaciona los recursos consumidos con la prestación de servicios, planteando que existe una suerte de función de producción de tales servicios que surge de la combinación de recursos humanos, insumos, infraestructura, etc. al interior de un centro o institución de salud. Claramente la combinación de esos elementos –gestión de recursos- no es aleatoria, sino que responde a la naturaleza de la prestación, y contribuye a definir la calidad y efectividad del servicio prestado. Asimismo, la unidad de análisis (un centro de salud, por ejemplo) se encuentra acondicionada para brindar un menú de servicios, por lo cual la “frontera” de posibilidades de producción del centro (asociado con un nivel de calidad de servicio y de empleo) plantea una decisión sobre el peso de cada uno de los servicios prestados en la “producción” del centro, en un momento en el tiempo. Ello, idealmente, debe ser influido por las características de la población objetivo: a diferentes características poblacionales, el menú “ideal” varía, y por tanto la definición del modo más eficaz de

² Paralelamente al modelo de atención primaria llevado en los CESACS, la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud desarrolla el Programa Médicos de Cabecera (PMC), orientado a la población que recibe cobertura pública. Ellos se encuentran fuera del análisis de este trabajo.

combinar recursos para la provisión de ese menú se debe adaptar a las necesidades de la población.

Los centros de atención primaria (CESACs), como también los hospitales, pueden considerarse como organizaciones multiproducto o multiservicio, cuya finalidad no es la maximización de beneficios sino la de la eficiencia social (el logro del máximo nivel de resultados dado los recursos disponibles). De este modo, y como fue planteado en otros trabajos (Maceira, 2005), eficiencia y equidad en acceso son complementarias en los sistemas de salud. Ello es así en la medida que una mejor gestión de los recursos permite aumentar la eficiencia asignativa, llevando a ampliar la capacidad de cobertura del sistema. Ello entonces permite, reducir la brecha que impide alcanzar la meta de igualdad de prestaciones ante igualdad de necesidades.

Dada esta característica, la medición de eficiencia en servicios de salud resulta de la incorporación de variables tanto cuantitativas (como cantidad de prestaciones, recursos físicos y humanos) como cualitativas (asociada con calidad de vida de la población, calidad en los servicios de salud, incentivos no monetarios a los trabajadores de la salud, beneficios asociados con el trabajo en equipo o en red, etc.). Claramente, estas últimas generan algunos desafíos a la hora de identificar un mecanismo idóneo de evaluación, ya que requiere incluir en los métodos convencionales indicadores cuantitativos que puedan ser utilizados como variables que “aproximen” a las nociones cualitativas señaladas.

De este modo, lo “producido” por un CESAC es la resultante de una decisión estratégica de la autoridad sanitaria, que gestiona del modo más idóneo los recursos disponibles para brindar un menú de servicios de salud (consultas preventivas, curativas por especialidad, de promoción e información, grupales o individuales, talleres, prácticas domiciliarias, inmunizaciones, etc.) asociadas, idealmente a las necesidades de la población llevando al CESAC a la frontera de sus posibilidades. Esta población tampoco es ajena a la producción de servicios del centro, sobre la base de dos instancias de decisión: (i) concurrir o no al centro de salud

ante un evento de enfermedad o para una práctica preventiva (lo que habla de la disponibilidad de información, tiempo y recursos para trasladarse al centro), y (ii) crear o participar en la creación de un espacio participativo que retroalimente el proceso de toma de decisiones de la autoridad sanitaria, ampliando las posibilidades de cobertura del centro y llevando al concepto de APS a su definición más completa.

Dos centros de salud con igual dotación de recursos que brindan combinaciones idénticas de servicios, en calidad, cantidad y especialidad, no necesariamente son igualmente eficientes. Ello depende también de que existan similitudes en la población objetivo de cada institución, en términos de, por ejemplo, educación, pobreza, acceso a agua y saneamiento y niveles de necesidades básicas insatisfechas, porcentaje de cobertura formal, etc., de modo que el “plan de acción” de ambos centros coincida. No se encuentra ajeno a este fenómeno el hospital de referencia. La capacidad de coordinar acciones entre el hospital y los centros asociados hace más eficiente el uso de recursos públicos y conlleva a una mayor cobertura. Por tanto, una evaluación de APS a nivel de centro de salud requiere incorporar al hospital, a fin de evitar miradas parciales, ajenas a un plan de acción eficaz.

Una vez resuelto el mecanismo metodológico para instrumentar la combinación de los elementos mencionados y arribar a un modo de evaluación, se hace necesario identificar la variable o grupo de variables que reflejen más acertadamente cuales son los objetivos de la estrategia de APS, y que de su lectura sea posible considerar el éxito del plan de intervención escogido. En general, los resultados de status de salud difícilmente puedan verse asociados inmediatamente con las características de atención en salud, especialmente cuando no se encuentran bases de datos que reflejen períodos de tiempo prolongados, o grupos de control que permitan identificar los cambios de política ante poblaciones de características similares. Ante la falta de indicadores directos que midan dicha mejora, se acude al uso de indicadores de proceso (productos intermedios), como cantidad de consultas

realizadas, tiempo dedicado del personal involucrado, o se aplican criterios arbitrarios de corrección por calidad.

¿Es el número de consultas un indicador de éxito en términos de cobertura? ¿Bajo qué condiciones? Un incremento del porcentaje de consultas preventivas sobre el total de prestaciones refiere a un modelo eficiente, como así también a un incremento en el número de consultas de seguimiento. ¿Es ello siempre así, o depende del tipo de diagnóstico o intervención?

PROPUESTA METODOLOGICA

La presente sección desarrolla una propuesta metodológica para analizar el desempeño de una estrategia de atención primaria en salud, tomando como caso a la Ciudad de Buenos Aires. Esta propuesta combina una serie de elementos de estadística descriptiva con la estimación de un modelo que surge de conceptos de microeconomía aplicados a unidades de generación de bienes/servicios sociales. El modelo a ser estimado se basa en la teoría de determinación de fronteras de eficiencia aplicadas a organizaciones que ofrecen un conjunto de servicios.

Necesidades de la población y homogeneidad de fronteras entre CESACs

Un aspecto adicional para el debate metodológico se presenta al momento de diseñar una estrategia de evaluación de APS. El mismo cuestiona si existe homogeneidad en las demandas de atención entre CESACs más allá de una cuestión de escala de población a cargo, y cómo ello repercute en la definición de una frontera eficiente.

En la medida que cada centro de atención puede ser visto como un instrumento de generación de una variada serie de servicios, si las demandas de las poblaciones objetivo de cada uno de ellos difieren, los patrones de producción de tales servicios deberían ser diferentes a fin de lograr eficacia social. Si ello fuera así, las comparaciones entre CESACs no sólo no serían posibles, sino tampoco recomendables. En el caso específico de los Centros de Atención Primaria que operan bajo la órbita pública existe un criterio que permite salvar el

inconveniente, y facilita la comparación propuesta. En tanto los sistemas de salud argentino y porteño son segmentados, la población que concurre a los centros públicos de salud es aquella que no cuenta con cobertura formal, con ingresos familiares por debajo del promedio jurisdiccional. De este modo, si bien los servicios públicos son de acceso igualitario entre grupos de individuos, la población tradicionalmente demandante se “autofocaliza”, debido a barreras económicas y sanitarias.

De ser cierto este argumento (el cual será analizado en la próxima sección), los CESACs se encontrarían ante perfiles de pacientes similares, más allá del nivel socioeconómico del área de influencia de cada uno. De este modo, existiría una frontera deseable similar, a ser corregida por la escala de la población objetivo, asociada con un menú de intervenciones relativamente homogéneas entre centros.

Sin embargo, el número de consultas que se registra en bases administrativas de prestadores resulta el punto de contacto entre la oferta de servicios y la necesidad de atención que se canalizaron en una consulta. Este indicador es el reflejo de las necesidades de la población que efectivamente concurre a los centros de atención, pero no incorpora las necesidades totales de cuidado de la salud, y que no se resolvieron en el sistema formal. Así, problemas de percepción de enfermedad, limitantes de acceso geográfico o económico, entre otros motivos, generan una brecha en la cobertura, y por tanto en la identificación de las necesidades reales de la población objetivo.

Paralelamente, puede ocurrir que a cualquier nivel de consultas reportadas exista (i) demanda insatisfecha debido a que la oferta no pudo cubrir todas las necesidades o (ii) capacidad ociosa (servicios brindados que la demanda no necesita).

Cantidad de consultas como indicador de desempeño

No existe consenso sobre la definición de “cantidad de prestaciones” como una medida de desempeño satisfactorio. Los cuestionamientos surgen, con razón, del hecho que un mayor número de consultas no

necesariamente refiere a un mejor cuidado de la salud (argumento de calidad), y/o a que el médico bajo ciertas condiciones podría incentivar el sobreconsumo, a fin de aumentar su remuneración (argumento de inducción de demanda).

Para el caso bajo análisis –servicios públicos de salud en centros de atención primaria- la probabilidad de ver sesgada la evaluación a partir de tales argumentos es reducida: bajo regímenes de remuneraciones bajas y fijas, el incentivo monetario de tales profesionales es a la subprestación, un aumento en el número de consultas no puede verse asociada con la búsqueda de mayor ingreso.

En segundo lugar, dada la naturaleza de la demanda en centros públicos, un aumento en el número de consultas se asocia con mayor acceso.

El modelo de evaluación

El esquema de evaluación planteado propone, en primer lugar responder a la hipótesis sobre homogeneidad entre poblaciones objetivo entre CESACs, y su correlato con las características de la población usuaria efectivamente. Ello permitirá establecer la posibilidad de comparaciones entre centros. A partir de entonces, se presenta la evolución trimestral de servicios totales y cada 1000 habitantes con necesidades básicas insatisfechas y su convergencia en el tiempo, como así también la evolución de consultas preventivas sobre el total. En la medida en que la hipótesis asociada a la relativa homogeneidad de la demanda se confirme, se encontraría sustento para el argumento de que las unidades sanitarias presentan fronteras de producción similares, con mapas de necesidad semejantes.

Formalmente, el modelo puede expresarse de la siguiente manera:

$$Y = F(X_1 ; X_2 ; X_3 ; X_4)$$

Donde:

Y: número de consultas semanales por tipo, se encuentra explicada por cuatro vectores de de variables:

X₁: asociado a características propias de cada centro de salud (metros cuadrados

cubiertos, recursos humanos, medicamentos entregados, consultas en los hospitales de referencia, etc.).

X₂: asociado a características socio-económicas de cada una de las zonas geográficas dentro de las cuales se encuentran insertos los centros de salud (necesidades básicas insatisfechas, tasa de escolaridad, desempleo, ingreso per capita familiar, categoría ocupacional, etc.).

X₃: variables dicotómicas por centro de salud. Las mismas tienen como objeto identificar aquellos factores no capturados por las otras variables, y que representan variaciones entre CESACs asociados con diferencias de gestión.

X₄: variables dicotómicas temporales (asociadas con tendencia de consultas y estacionalidad de las mismas).

DESEMPEÑO DEL PROGRAMA DE APS-GCBA. APLICACIONES

Del análisis de la base de datos proporcionada por la DGPAS, se presentan a continuación algunos resultados de estadística descriptiva para los CESAC pertenecientes a los cuatro CGP seleccionados. La información tabulada en el Cuadro 1 muestra el acumulado de consultas realizadas entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2005, discriminado por período. En todos los casos, aproximadamente el 70% de las consultas corresponden a mujeres, siendo la edad promedio de los concurrentes de veinticinco años, y no superando en ningún caso los 30 años de edad. A su vez, el porcentaje de asistentes a los centros de atención que contaban con cobertura médica es muy bajo, con un máximo en el CGP 11 (6.15%) y un mínimo en el CGP 3 (1.55%). Estos indicadores no necesariamente coinciden con los valores de las jurisdicciones donde los CESACs se encuentran insertos, por lo que refleja cierta homogeneidad entre pacientes consultantes de estas unidades de salud.

**Cuadro 1:
Perfil Social de los Concurrentes a CESAC. Período 2004/2005**

CGP	Cesacs	Año 2004				Año 2005			
		Consultas Totales	% Mujeres	Edad Promedio	% Cobertura	Consultas Totales	% Mujeres	Edad Promedio	% Cobertura
3	9 10 16	77904	69,40%	23	1,55%	78512	70,58%	25	1,55%
9	4	36810	73,84%	25	2,79%	13686	69,70%	26	2,79%
11	22-34	28095	69,13%	28	6,15%	39349	69,68%	25	6,15%
14 Oeste	33	32654	69,99%	28	1,77%	34019	69,40%	27	1,77%

Fuente: Elaboración propia en base a datos SICESAC, DGAAPS-GCBA

Asimismo, el Cuadro 2 muestra en forma resumida, los recursos disponibles por cada uno de los CGPs analizados, en

términos de número de profesionales por tipo, capacidad instalada y equipamiento.

**Cuadro 2:
Recursos disponibles en CESACs, por CGP. Año 2004/5**

CGP		3	9	11	140
Recursos Humanos	Fonoaudiología	5	1	13	2
	Kinesiología	0	1	1	0
	Clinicos	54	11	60	27
	Nutrición	5	1	12	1
	Obstetricia	3	6	2	1
	Odontología	1	2	19	4
	Psicología	22	4	10	5
	Psicopedagogía	11	1	2	1
Capacidad Instalada	Enfermería	3	1	2	1
	Consultorios Indiferenciados	26	9	13	8
	Consultorios con Servicios Sanitarios	2	3	1	1
	Sillones Odontología	0	1	1	1
	Superficie m2	1369	496	462	294
Equipamiento	Colposcopio	3	2	1	0
	Ecografo	2	1	2	1
	Electrocardiografo	3	1	2	1
	Estufa de esterilización	3	1	1	0

Fuente: Elaboración propia en base a información provista por la DGAAPS.

Para cada uno de los CGP analizados, se analizó el agregado de consultas realizadas en los CESAC, según programa y en el período 2004/2005. De su lectura se deduce, a pesar de los inconvenientes tradicionales asociados con los mecanismos de carga de información, que las consultas generales y la suma de los tres primeros programas (control del niño sano, control de embarazo y salud reproductiva) dan cuenta de más del 80% de los motivos de concurrencia a los CESACs.

Considerando la evolución del total de consultas efectuadas por CGP en base

trimestral, normalizadas al indicador de "población con necesidades básicas insatisfechas" (NBI), se procura analizar el desempeño de los CESACs escogidos tamizando el efecto de escala poblacional de su jurisdicción. Dado que los concurrentes a estos centros son principalmente grupos sin cobertura, estimar el indicador de "consultas en CESACs cada mil habitantes con NBI", permite establecer un parámetro razonable de comparación entre prestadores públicos.

Se deduce que cuanto más equitativo es el sistema de CESACs y más efectiva es

la estrategia desplegada, existirá una convergencia entre indicadores por CGP, procurando que el valor del indicador sea creciente en el tiempo. A pesar de contar con una gestión única de diseño, los cuatro CGPs seleccionados muestran comportamientos diferenciados, los que no guardan necesariamente relación con las características socioeconómicas de la población de su distrito.

Desde la perspectiva de equidad, se observa cierta convergencia en tres de las cuatro regiones analizadas, pero a niveles marcadamente inferiores a los del CGP más eficaz.

Como fuera discutido anteriormente, el indicador que refleja el número total de consultas, aún expresadas en términos de necesidad (mil habitantes con NBI), limita el análisis de desempeño de una estrategia de APS. Por ello se propone complementar el análisis, al considerar la razón entre consultas preventivas³ sobre el total de consultas, e investigar el sesgo de los distintos CGPs en términos de promoción de la salud.

Con un mínimo en torno del 13% y un máximo cercano al 25% de las consultas totales, los cuatro CGPs considerados tienen conductas variadas. En los barrios del CGP9 la participación de las consultas preventivas supera en todos los períodos al resto de los centros. Nuevamente, los patrones socioeconómicos del entorno no parecieran influir en el tipo de consultas ofrecidas.

Utilizando el marco teórico propuesto previamente, se procedió a estimar una serie de regresiones donde las variables a ser explicadas reflejan indicadores asociados con eficacia en la gestión de

los centros de salud dependientes de la DGAP-GCBA. El Cuadro 3 resume esquemáticamente los principales resultados. Los indicadores seleccionados, que no pretenden ser exhaustivos para la evaluación de desempeño, fueron: el número de consultas semanales por CESAC en la tercera columna, y el peso relativo de las consultas pediátricas, por control prenatal y por tratamiento por diabetes en las cuarta, quinta y sexta columna del Cuadro, respectivamente.

Para cada caso se especifica una serie de vectores de variables explicativas, que representan los distintos componentes que hacen al desempeño del centro de atención: indicadores que den cuenta de las características de la oferta del CESAC, indicadores que reflejen las características de las necesidades de los usuarios del centro de salud, variables temporales, variables que pretenden capturar las diferencias de gestión entre CESACs, controlando por los otros vectores intervinientes, y un vector de daciones (prestaciones en especies intervinientes en las consultas).

Dentro del vector de indicadores de oferta se incluyeron algunas de las variables que hacen a un desempeño diferencial de los centros de salud, tales como número de consultorios y número de odontólogos. Los resultados esperados para cada una de estas variables explicativas asocian disponibilidad de recursos con mayor cobertura, tanto en términos de consultas totales como específicas (pediátricas, controles prenatales y diabetes).

Dentro del vector que identifica las características y necesidades de la población, se incorporan las variables trazadoras tradicionales de demanda de atención. Ellas son: el porcentaje de mujeres sobre el total de consultantes, la nacionalidad del paciente (medido como porcentaje de consultas de nativos argentinos), el porcentaje de pacientes

³ Se consideraron consultas preventivas aquellas prácticas listadas en la publicación "Sistema de información de Atención Primaria de la Salud", Capítulo 21, del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y asociadas a un grupo extenso de diagnósticos cuyos tratamientos se relacionan con controles y exámenes.

con educación primaria completa o menos, y el porcentaje de la población con NBI del CGP donde opera el CESAC en el que se ha realizado la consulta. Se espera que las consultas en los centros públicos de salud se asocien con menor educación y con sexo femenino. Paralelamente, la variable de necesidades básicas insatisfechas, como aproximación a autofocalización, se espera tenga significatividad, baja o negativa (a mayor proporción de población con NBI mayor probabilidad de consulta en un CESAC).

Las variable temporales incorporadas corresponden a (i) la tendencia durante el período bajo estudio y (ii) una variable dicotómica asociada con los meses del verano. Se incorporan asimismo un grupo de variables cualitativas que proponen capturar diferencias de gestión entre CESACs, y que no hayan sido asociadas con los otros indicadores mencionados. La intuición que lleva a la inclusión de estas variables refiere a que, independientemente de la existencia de dotaciones de recursos humanos, físicos y financieros disponibles para cada centro o CGP, las autoridades sanitarias radicadas en cada institución cuentan con diferencias en capacidad de gestión.

CONCLUSIONES

Los resultados de aplicar la metodología propuesta sugieren que los indicadores tradicionales de oferta operan positiva y significativamente en el desempeño de los CESACs. Desde los determinantes de la población, la educación de los pacientes opera en igual dirección, de modo tal que menor educación limita el acceso a los servicios existentes. En términos de homogeneidad de demandas entre CESACs, el ejercicio de regresión confirma la hipótesis de autofocalización: los pacientes que acuerden a centros públicos cuentan con niveles de pobreza

similar, independientemente de la localización de los mismos.

Finalmente, del análisis de variables específicas por CESAC se observa que la metodología propuesta sugiere la presencia de diferencias significativas de gestión entre los CESACs 14 oeste y los pertenecientes a los CGPs 9 y 11. Si bien el estudio identifica diferenciales de gestión, los resultados hallados no dan indicios de que existan unidades más eficaces que otras en términos absolutos, sino que depende de los indicadores de desempeño analizado. A modo de ejemplo, el CGP9 cuenta con ventajas relativas en controles prenatales por sobre el CGP 14 oeste, una vez aislados los efectos de demanda y escala de la oferta. Paralelamente, las estimaciones realizadas sugieren que los centros correspondientes al CGP11 tienen una producción relativamente menor a su par de Palermo, aunque las diferencias en control de diabetes, pediatría y consultas prenatales lo ubican en un nivel de eficacia mayor.

Cuadro 3
Determinantes de Desempeño de CESACs

Variables		Cantidad de Prestaciones	Consultas Pediátricas	Consultas c/Diagnóstico	Consultas c/Diagnóstico
		Semanales	%	Control Prenatal %	Diabetes %
OFERTA	Cantidad total de prestaciones	-	positiva**	positiva***	positiva***
	Cant Consultorios	positiva***	negativa marginalmente***	ns	positiva***
	Cant Odontólogos	positiva**	negativa marginalmente***	-	-
DEMANDA	Mujeres %	positiva***	-	-	positiva***
	Argentinos %	ns	ns	ns	ns
	Educación. Menor o igual Primaria Completa %	positiva***	positivo***	positivo***	ns
	NBI	negativa marginalmente***	negativa marginalmente***	ns	ns
ESTACIONALIDAD	Verano	negativa***	ns	ns	ns
	Tendencia	ns	ns	ns	ns
GESTIÓN	Dummy CGP 14 Oeste (constante)	ns	positiva***	negativa***	negativa***
	Dummy CGP 3	ns	ns	ns	ns
	Dummy CGP 9	positiva***	negativa***	positiva***	negativa***
	Dummy CGP 11	negativa***	positiva***	positiva***	positiva***
DACIONES	Preservativos	ns	-	-	-
	Inyectables	positiva***	ns	positiva***	-
R2 ajustado		0,4805	0,6674	0,741	0,3903
Cantidad de observaciones		722	722	722	722

*** Significatividad al 1%

** Significatividad al 5%

* Significatividad al 10%

BIBLIOGRAFIA

Charnes, A., Cooper, WW. Y Rhodes, E. "Evaluating program and managerial efficiency: an application of data envelopment analysis program follow through". *Management Sci* 1981, 27(6): 668-97.

Dirección General de Estadística y Censos de Gobierno de Ciudad de Buenos Aires, Encuesta Anual de Hogares 2004/ 2005.

García Latorre, J. F., Marcuello Servos, C., Serrano Peris, G., Pérez, O. "Evaluación de la eficiencia en centros de atención primaria. Una aplicación del análisis envolvente de datos". *Revista de Salud Pública* 1996; 70:211-220.

Jones, A. *Health Econometrics*, capítulo 6 de AJ Culyer y JP Newhouse (eds.): *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: Elsevier; 2000.

Maceira, D. "Descentralización y Equidad en el Sistema de Salud Argentino", en Flood, C., La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina, Editorial La Colmena, Buenos Aires, 2005.

Ministerio de Salud Gobierno de Ciudad de Buenos Aires, Atención Primaria de la Salud, Anuario 2004/ 2005.

Ministerio de Salud Gobierno de Ciudad de Buenos Aires, "Sistema de Información de Atención Primaria de la Salud. Subsistema CESAC (SICESAC). Instructivos y definiciones. Versión 4". Dirección de Estadísticas para la salud. Departamento de Análisis Estadístico.

Pinillos, M., Antoñanzas, F. "La Atención Primaria de Salud: descentralización y eficiencia". *Gaceta Sanitaria* 2002, 16(5): 401-407.

Puig-Junoy, J. "Eficiencia en la Atención primaria de salud: una revisión crítica de las medidas de frontera". *Revista de Salud Pública* 2000; 74:483-495.

Secretaría de Salud Gobierno de Ciudad de Buenos Aires, "Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la población de la ciudad de Buenos Aires- Año 2003" Departamento de Epidemiología, Dirección General Adjunta de APS, 2004.

Villalbi JR, Pasarin M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. "Evaluación de la atención primaria de salud". *Atención Primaria* 2003; 31: 382-5.