



Departamento de Medicina Familiar

1. Profesor Dr Battistella, Gabriel

Jefe de Departamento Medicina Familiar

Un Plan de Salud Basado en la estrategia de Atención Primaria.

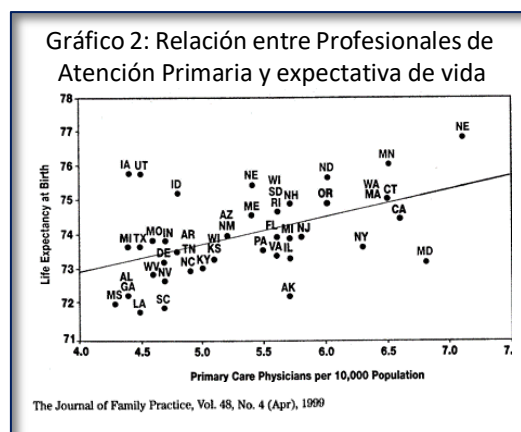
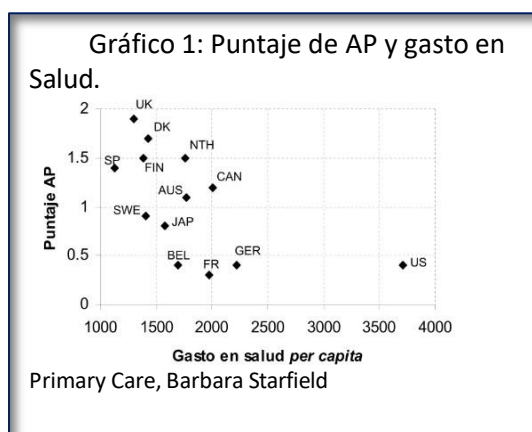
Gabriel Battistella.
Subsecretario de Atención
Primaria Ambulatoria y Comunitaria
Ministerio de Salud. GCABA

Introducción.

Si se realiza una búsqueda bibliográfica de cómo tendría que estructurarse un plan de salud, no caben dudas que se encontrarían suficientes evidencias que tendría que ser basado en la estrategia de Atención Primaria.

Desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata de 1978 convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) se plantea esta necesidad.

La reconocida sanitarista Bárbara Starfield, en su libro *Primary Care*, describe los beneficios de un plan de salud basado en Atención Primaria.



En el gráfico 1 se muestra como los países que tienen un sistema de salud basado en estándares de atención primaria tienen menor gasto.

En el gráfico 2 se muestra cómo los países que tienen mejor expectativa de vida tienen mayor proporción de profesionales de atención primaria.

La OPS afirma que ampliar las intervenciones en atención primaria de la salud (APS) en los países de ingresos bajos y medianos podría salvar 60 millones de vidas y aumentar la esperanza de vida en 3,7 años para 2030 en todo el mundo.

Pero pasaron más de 40 años de Alma Ata y esto no ocurre de manera generalizada. En abril del 2019 se realizó el lanzamiento y presentación del informe de la Comisión de Alto Nivel Salud Universal en el siglo XXI: 40 años de Alma-Ata, en el marco de la Estrategia de Salud Universal aprobada por la OPS en 2014 y del 40° Aniversario de la Declaración de Alma-Ata. En esta reunión se retomó las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel se hizo un llamado a la acción a los países de la Región para hacer que la Atención Primaria de Salud (APS) sea el eje de los sistemas de salud y acelerar así el camino hacia la salud universal y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030.

Marcos teóricos

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la población y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas, tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (OMS y UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs).

Un sistema de salud basado en la atención primaria orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la justicia social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud universal es el fundamento de un sistema basado en los valores del derecho a la salud, la equidad y la solidaridad de la APS.

Hay cuatro líneas de la Estrategia para el acceso universal a la salud que comprenden la transformación de los sistemas de salud hacia la APS:

1. La ampliación del acceso equitativo a **Servicios de Salud Integrales e Integrados**, de calidad, y centrados en las personas, las familias y las comunidades. Esto implica la integración de los servicios y de su gestión, así como su organización en **Redes Integradas de Servicios de Salud** a nivel territorial, en las que la piedra angular es un **primer nivel de atención** con capacidad resolutive efectiva.

2. El fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza de los sistemas de salud, lo que significa que, mediante procesos de diálogo y participación social, se desarrollen políticas, planes y marcos jurídicos y regulatorios que den cuenta del derecho a la salud, la equidad, la solidaridad en salud y el **bienestar** para todas las personas, sin dejar a nadie atrás.

3. *El aumento y la mejora del financiamiento con equidad y eficiencia*, y el avance hacia la eliminación del pago directo, que constituye una barrera para acceder a la prestación de servicios y mejorar la equidad y la eficiencia en la asignación y el uso de los recursos financieros, con transparencia y rendición de cuentas.

4. El fortalecimiento de la *coordinación y de la acción intersectorial* para promover políticas públicas que incidan en las barreras de acceso y en los determinantes de la salud. Esto significa avanzar en los niveles nacionales, subnacionales y territoriales para articular las instancias sociales, sectoriales, intersectoriales y comunitarias, así como el desarrollo de políticas económicas y sociales que promuevan y protejan el bienestar, la salud y el desarrollo humano en el conjunto de la sociedad.

Desde los Organismos de Salud internacionales se determinó el llamado **Pacto 30-30-30**. Este es un llamado a la acción para intensificar y acelerar los esfuerzos de la región para lograr la salud universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en el 2030. Es un pacto para reafirmar que la salud es un derecho, y que universal significa universal, es decir, que todas las personas tengan acceso y cobertura a servicios de salud integrales y de calidad, y a intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud, sin tener dificultades financieras. Esto requiere el compromiso de transformar los sistemas de salud, un esfuerzo concertado para eliminar las barreras de acceso en un 30% como mínimo, y requiere además aumentar el gasto público en salud al menos a un 6% del producto interno bruto, e **invertir al menos el 30% de estos recursos en el primer nivel de atención**.

Situación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Comenzaré describiendo algunas de las características que ayudan a comprender el contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Relacionadas a la Demografía

La población de la CABA (Tabla 1) se mantiene estable en relación a la cantidad de habitantes a lo largo de las últimas décadas, con una distribución similar a los grandes centros urbanos del mundo con tendencias a la disminución de la natalidad y al envejecimiento poblacional. (Tablas 2 y 3).

Tabla 1. Población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

2.7 Población estimada por sexo y grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires. Años 2019/2021

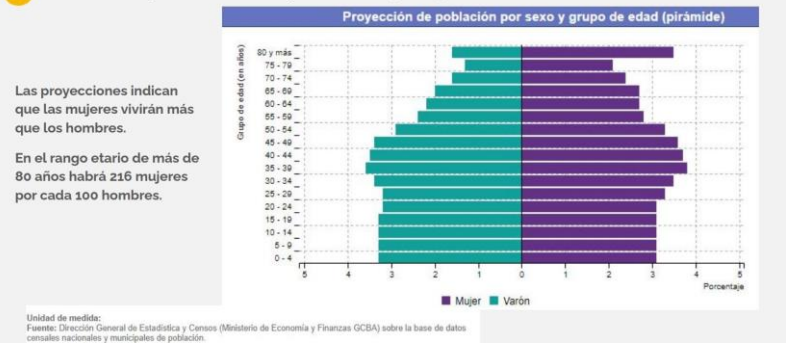
| Grupo de edad (años) | 2019 | | | 2020 | | | 2021 | | |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Total | Varón | Mujer | Total | Varón | Mujer | Total | Varón | Mujer |
| Total | 3.072.029 | 1.441.350 | 1.630.679 | 3.075.646 | 1.444.545 | 1.631.101 | 3.078.836 | 1.447.495 | 1.631.341 |
| 0 - 4 | 205.585 | 105.824 | 99.761 | 204.007 | 105.015 | 98.992 | 202.276 | 104.126 | 98.150 |
| 5 - 9 | 202.308 | 104.073 | 98.235 | 202.200 | 103.973 | 98.227 | 201.450 | 103.592 | 97.858 |
| 10 - 14 | 200.590 | 102.793 | 97.797 | 198.935 | 102.081 | 96.854 | 197.620 | 101.471 | 96.149 |
| 15 - 19 | 189.040 | 95.868 | 93.172 | 192.179 | 97.651 | 94.528 | 195.299 | 99.403 | 95.896 |
| 20 - 24 | 195.869 | 97.401 | 98.468 | 193.088 | 96.245 | 96.843 | 191.121 | 95.498 | 95.623 |
| 25 - 29 | 213.717 | 104.740 | 108.977 | 211.953 | 104.083 | 107.870 | 209.628 | 103.150 | 106.478 |
| 30 - 34 | 236.770 | 115.461 | 121.309 | 232.275 | 113.301 | 118.974 | 227.098 | 110.846 | 116.252 |
| 35 - 39 | 229.679 | 111.850 | 117.829 | 229.085 | 111.570 | 117.515 | 229.265 | 111.684 | 117.581 |
| 40 - 44 | 222.473 | 107.667 | 114.806 | 223.548 | 108.302 | 115.246 | 223.732 | 108.450 | 115.282 |
| 45 - 49 | 197.947 | 94.051 | 103.896 | 203.306 | 96.849 | 106.457 | 207.663 | 99.170 | 108.493 |
| 50 - 54 | 165.908 | 77.175 | 88.733 | 169.027 | 78.818 | 90.209 | 173.627 | 81.174 | 92.453 |
| 55 - 59 | 158.064 | 71.396 | 86.668 | 157.343 | 71.332 | 86.011 | 156.995 | 71.425 | 85.570 |
| 60 - 64 | 153.158 | 66.791 | 86.367 | 153.265 | 67.020 | 86.245 | 152.784 | 67.011 | 85.773 |
| 65 - 69 | 138.136 | 57.902 | 80.234 | 138.735 | 58.266 | 80.469 | 139.588 | 58.758 | 80.830 |
| 70 - 74 | 120.884 | 48.174 | 72.710 | 122.012 | 48.705 | 73.307 | 122.866 | 49.130 | 73.736 |
| 75 - 79 | 95.976 | 35.577 | 60.399 | 97.501 | 36.206 | 61.295 | 99.037 | 36.842 | 62.195 |
| 80 y más | 145.925 | 44.607 | 101.318 | 147.187 | 45.128 | 102.059 | 148.787 | 45.765 | 103.022 |

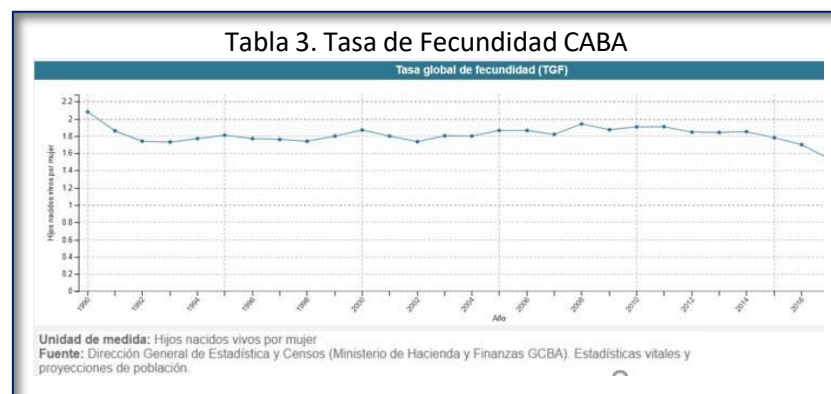
Nota: población estimada al 1ero. de julio de cada año.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA) sobre la base de datos de INDEC, Análisis Demográfico N° 36.

Tabla 2. Pirámide poblacional

✓ Ciudad: Proyección de envejecimiento (2024)

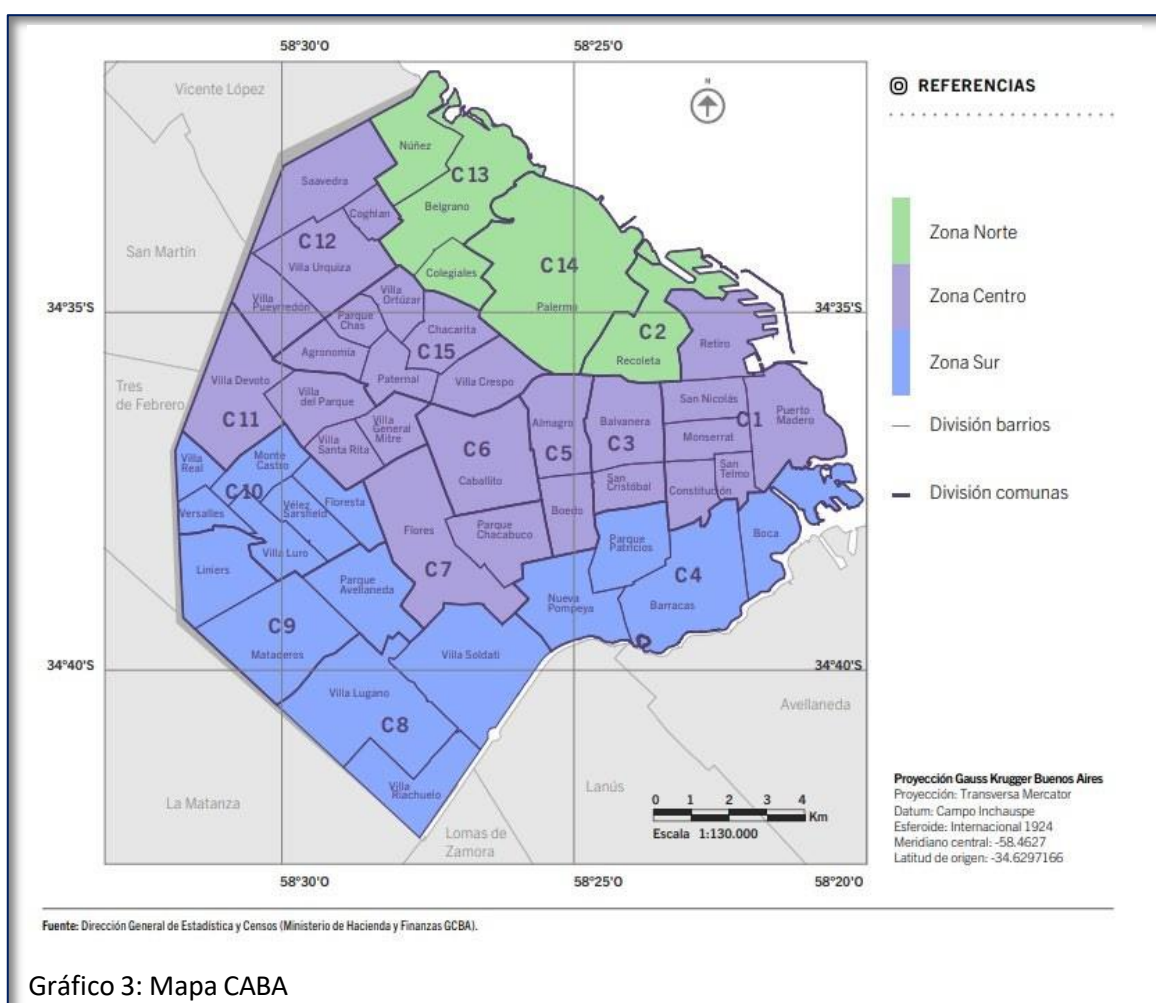




Relacionadas a los Determinantes Sociales

Si bien el territorio de la Caba no es extenso, podemos definir casi tres ciudades en una en relación a los determinantes sociales. Esto es importantísimo de tener en cuenta en toda implementación de cualquier tipo de política pública centrada en la equidad y relacionada al bienestar de la población y al trabajo intersectorial que ello exige.

En el siguiente mapa lo podemos representar.



Las características socioeconómicas, educacionales, laborales son distintas entre estas tres zonas. Profundizando el dato podemos ver la diferencia en relación al tipo de

cobertura de salud que poseen:

Tabla 4 Distribución de la población por tipo de cobertura según comuna. Caba. Año 2021

| Comuna | Tipo de cobertura | | | | | | Ns/Nc |
|--------------|-------------------|----------------------|------------------|---------------------------------------|---|--------------------|-------|
| | Total | Solo sistema público | Solo obra social | Solo prepaga o mutual vía obra social | Solo plan de medicina prepaga por contratación voluntaria | Otros ¹ | |
| Total | 100,0 | 18,6 | 45,0 | 18,8 | 11,4 | 6,3 | --- |
| 1 | 100,0 | 29,2 | 46,7 | 12,5 | 7,9 | 3,7 ^a | - |
| 2 | 100,0 | 6,1 ^a | 41,5 | 18,7 | 24,2 | 9,4 ^a | --- |
| 3 | 100,0 | 19,8 | 50,7 | 15,4 | 7,9 ^a | 6,1 ^a | - |
| 4 | 100,0 | 36,9 | 46,5 | 10,9 | 3,5 ^a | 2,3 ^a | - |
| 5 | 100,0 | 9,6 ^a | 49,9 | 23,9 | 7,6 ^a | 8,9 ^a | - |
| 6 | 100,0 | 8,9 ^a | 41,1 | 28,4 | 14,6 | 7,0 ^a | - |
| 7 | 100,0 | 24,4 | 36,4 | 20,3 | 11,6 | 7,3 ^a | - |
| 8 | 100,0 | 48,8 | 41,2 | 6,6 | 2,3 ^a | 1,1 ^b | - |
| 9 | 100,0 | 25,9 | 50,0 | 12,2 | 9,1 | 2,8 ^a | - |
| 10 | 100,0 | 18,1 | 50,4 | 15,7 | 9,0 ^a | 6,8 ^a | - |
| 11 | 100,0 | 11,1 ^a | 49,3 | 22,5 | 9,2 ^a | 7,9 ^a | - |
| 12 | 100,0 | 4,2 ^a | 55,8 | 21,4 | 11,2 ^a | 7,4 ^a | - |
| 13 | 100,0 | 5,7 ^a | 33,9 | 31,0 | 19,6 | 9,7 ^a | - |
| 14 | 100,0 | 5,0 ^a | 40,4 | 20,4 | 26,0 | 8,3 ^a | - |
| 15 | 100,0 | 13,1 ^a | 46,1 | 24,3 | 9,5 ^a | 7,0 ^a | - |

¹ Incluye a la población cubierta por dos o más sistemas y a la que tiene solo mutual y/o sistemas de emergencias médicas.

^a Valor de la celda con carácter indicativo (el coeficiente de variación estimado es igual o mayor al 10% y menor o igual al 20%).

^b Valor de la celda con carácter indicativo (el coeficiente de variación estimado es mayor al 20% y menor o igual al 30%). Hasta 2016, el coeficiente de variación supera el 20%.

--- No se presenta dato debido a que el coeficiente de variación estimado es mayor al 30%.

Nota: la suma de las cifras parciales difiere del total por procedimientos de redondeo. Por tratarse de valores marginales, no se presentan los coeficientes de variación de la categoría Ns/Nc.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA). EAH 2021.

Vemos que tenemos una acuarela de dispersión que va desde el 4,2 % de Cobertura Pública exclusiva en la comuna 12 al 48,8% en la comuna 8.

Relacionadas al marco normativo.

El marco normativo de Salud en la CABA lo constituye la Ley n°153, sancionada por la Legislatura en 1999, que es la Ley Básica de Salud. No tengo dudas en expresar que es una de las leyes locales más inclusivas en relación a políticas sanitaria que existe tanto en la República Argentina como en el resto del América. Garantiza el derecho a la salud integral sustentado en principios de participación, solidaridad social, cobertura universal, descentralización y “el acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.

Resaltaré algunos contenidos de la Ley:

- Garantiza el derecho a la salud integral de todas las personas.
- Detalla los derechos de las personas en su relación con el sistema de salud.
- Establece las funciones del Gobierno de la Ciudad como autoridad regulatoria del conjunto del sistema de salud.
- Fija la organización general del subsector estatal de salud, con base en la estrategia de atención primaria, en la constitución de redes y tres niveles jerarquizando el primer nivel de atención y la descentralización progresiva de la gestión.
- Determina la organización territorial del subsector estatal por regiones sanitarias integradas por unidades locales denominadas áreas de salud.

La historia de los efectores de salud dependientes del GCABA es diversa y variada: no responde a un análisis de las necesidades de la comunidad y por ende no fue planificado su crecimiento. Se fue dando en forma espontánea con la incorporación progresiva de camas de internación en establecimientos de distintos orígenes y dependencias dentro del sector público, algunos de la órbita municipal y otros nacionales. Concentran la mayor complejidad en el sector público en el país, en un modelo en el que se asocia complejidad con calidad, a la par que constituyen instituciones transmisoras de conocimiento, les ha otorgado prestigio a nivel local y nacional.

De la evaluación del sistema de salud pública de la CABA surgió en diciembre de 2015 la necesidad de implementar un modelo de atención superador, desarrollando ***Redes Integradas de Cuidados Progresivos de Regionalización Preferente*** como respuesta a distintas problemáticas relacionadas con la eficiencia, coordinación y gobernanza; fragmentación; desigual acceso a servicios y resultados sanitarios.

Desarrollo redes integradas de cuidados progresivos con un Modelo basado en la APS, en el subsector público de salud de la CABA.

El subsector público de salud de la CABA históricamente desarrolló un modelo hospitalo-céntrico, con escasa priorización de la atención primaria.

La organización territorial en regiones sanitarias pero sin una población a cargo nominalizada y definida, no ha permitido un enfoque integrado en el primer nivel de atención con una planificación y gobernanza coordinada para toda la CABA, dando lugar a una influencia elevada de los centros de alta complejidad en lugar de brindar más capacidad resolutive y liderazgo al primer nivel de atención, que con un enfoque de cuidados progresivos es el nivel más apropiado para administrar el flujo de pacientes y lograr impacto poblacional.

Esta fragmentación generó dificultades en el acceso, dificultades en la continuidad de cuidados, baja coordinación entre niveles de atención, uso poco racional de los recursos y baja satisfacción de los ciudadanos, con demoras innecesarias por la saturación de los servicios ambulatorios hospitalarios.

Se realizaron múltiples intentos para modificar esta situación. En la Ciudad de Buenos Aires, la regionalización territorial sanitaria lleva ya varios años de desarrollo. Comenzó de manera efectiva con la creación de las áreas programáticas en 1987, delimitadas sobre la base de las áreas de urgencia. Se fueron configurando así doce áreas, una por cada hospital general de agudos, y recientemente la décimo tercera con la creación del Hospital Cecilia Grierson. A partir de esta división inicial se fueron desarrollando y recreando las sucesivas experiencias que en materia de estrategia de Atención Primaria de Salud se materializaron en la Ciudad. Los *Centros de Salud y Acción Comunitaria (Cesac)* se constituyeron como los brazos ejecutores de las políticas territoriales. A partir de la creación de las de Áreas Programáticas hospitalarias se intentó implementar una política de descentralización y apertura hacia las necesidades de la comunidad a través de los Centros de Salud y Acción Comunitaria, como un modelo de intervención capaz de proveer respuestas más adecuadas desde una conceptualización de la atención con eje en la construcción de la salud desde una perspectiva comunitaria y en las necesidades sociales. Esto se fue consolidando de manera muy heterogénea y sobre la base principalmente del capital humano a expensas de iniciativas surgidas desde los departamentos de áreas programáticas o desde los propios profesionales de los Cesacs, algunos con una importantísima inclusión territorial, pero sin consolidarse en un plan general. Precariamente insertas en el sistema

de salud, dependiendo del hospital de referencia para la obtención de sus recursos, debían competir en desventaja con los servicios hospitalarios para su financiamiento. Esto determinó que, a medida que iba incrementándose la demanda de la población hacia los Centros de Salud, sus recursos disminuyeran y su infraestructura se deteriorara. En algún momento los Cesacs fueron conceptualizados como “Centros periféricos” o “Centros de atención precaria” para “poblaciones empobrecidas”. Desde lo institucional dependían del Director del hospital, lo que generaba heterogeneidad en el involucramiento o en las políticas aplicadas y su financiamiento.

En la construcción de las organizaciones siempre es importante el contexto en que se desarrollan, y muchas veces esta incertidumbre generó a manera de subsistencia incorporar o mimetizar modelos de gestión hospitalarios, que reflejaran su legitimidad como centros asistenciales, de una manera similar a un consultorio externo. Esto podía implicar un rol pasivo en el cuidado poblacional, centrado en demandas difícil de asimilar, generando esperas, colas desde temprano, predominando lo espontáneo a lo programado, careciendo de tiempo real y respetado para acciones que no tenían que ver con lo meramente asistencial. Muchas veces esta realidad se asimilaba e interiorizaba, quizás por imposibilidad de vislumbrar otro modelo de atención.

Otro intento de mejora en el modelo de atención fue la implementación en 1997 del Plan Médicos de Cabecera y en el 2000 de los Centros Médicos Barriales. Su objetivo era fortalecer la red de acceso al primer nivel de atención y brindar asistencia personalizada a la población con cobertura pública exclusiva de salud. En el caso de estos profesionales, operó además otra variable: el trabajo en un consultorio particular los retrotraía a una práctica más valorada tradicionalmente por los médicos, el ejercicio liberal de la profesión. Una especie de sistema mixto público privado en relación a las responsabilidades. La mayoría de los profesionales surgían de horas extendidas de los cargos hospitalarios de base. Eran circuitos paralelos a los Cesac, con distintas formas de accesibilidad e inclusive con retiro de medicamentos en farmacias comerciales. Es complejo fortalecer el primer nivel de atención basada en una política de atención primaria cuando los modelos de atención de los profesionales estaban más relacionados a reproducir modelos de atención hospitalarios y los cuidados en los distintos efectores no fuesen equitativos.

La crisis de 2001 movilizó a la población de la Ciudad en torno a distintos reclamos sociales, entre ellos, la creación de más CESACs debido al costo que implicaba a los vecinos acercarse a los hospitales. Esta situación crítica se convirtió en una oportunidad para fortalecer el primer nivel de atención. Para modificar la estructura hospitalo-céntrica era necesario cambiar el eje administrativo; pero, al no contar con un contexto propicio para ello, se decidió invertir la metodología. Es decir, manteniendo los objetivos, se modificó la estrategia de descentralización iniciada, por la de fortalecer el primer nivel de atención a través de su centralización en una Dirección General Adjunta de Atención Primaria.

Durante su gestión (1999-2007), se propuso trabajar con dos objetivos generales:

- 1) Incrementar la accesibilidad al primer nivel de atención desconcentrado.
- 2) Mejorar la calidad de atención de salud.

Uno de los ejes de trabajo de la estrategia de APS apuntó a fortalecer el primer nivel de atención. En esta dirección, se amplió y mejoró la infraestructura, aumentando los efectores e incrementando el horario de atención de los CESACs. Se mejoró la capacidad de resolución en este nivel, incorporando equipamiento nuevo y generando desconcentración diagnóstica. Se implementó la toman las muestras descentralizadas, articulando la operación con los laboratorios de los hospitales para que las retiren y entreguen posteriormente los resultados. Se establecieron tres niveles de complejidad

dentro de las estructuras de los CESACs, y se creó una Jefatura de Relaciones con la Comunidad, que no tuviera funciones estrictamente médicas.

La articulación intrasectorial fue una de las cuestiones más complejas para abordar. Las iniciativas que lograron implementarse fueron aquellas que contaron con recursos que la Dirección General de Atención Primaria conseguía. Así, algunos programas comenzaron a trabajar con la Dirección, generando redes como la “Red de Epilepsia” o el “Programa de Diabetes”.

Otra iniciativa fue la creación de una Unidad de Proyectos Especiales sobre riesgo nutricional, que requirió la articulación con los Ministerios de Educación, Desarrollo Social y Salud, y el Consejo de los Derechos del Niño, la Niña y el Adolescente. Se integró la información de atención primaria de la Ciudad (Centros Médicos Barriales, Médicos de Cabecera y CESACs) en un sistema de información nominalizado, que tiende a fortalecer la gestión local.

En el 2008 se disuelve la Dirección General Adjunta de Atención Primaria. En el 2011 a través del decreto 281 se eleva el nivel de las Divisiones Áreas Programáticas a Departamentos y se crea la División Programas y Centros de Salud y la Sección Salud Escolar, que dependerán del Departamento Área Programática de Salud de los distintos Hospitales Generales de Agudos. Todas estas modificaciones de forma, sin demasiado impacto en la salud de la población.

Podemos ver en un informe de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires del año 2013 que realiza el seguimiento de 2 cortes de evaluación de los años 2007 y 2011 sobre los CESACs de zona sur, las principales problemáticas de ese momento:

Entre distintas observaciones podemos citar:

- *Se sancionaron normas modificatorias de las estructuras organizativas que elevan el nivel de las áreas programáticas y la dinámica de redes en el marco de la Atención Primaria. No obstante estas articulaciones entre los niveles involucrados, los mecanismos de referencia y contrarreferencia no se han formalizado.*
- *Provisión de medicamentos: La previsión de los gastos continúa centralizada, no pudiendo determinarse la participación en los costos de la atención de salud por CESAC, siendo incluido en el presupuesto del hospital de pertenencia.*
- *No se ha verificado la formulación de objetivos y metas ni su seguimiento en los Cesacs.*
- *Los promotores de salud capacitados para fortalecer actividades de autocuidado de la salud, fueron reasignados al cumplimiento de tareas administrativas ante la falta de personal para tal fin.*
- *No se han asignado recursos administrativos que permitan a los promotores de salud retornar a sus actividades específicas.*
- *Es elevada la proporción de responsables de la gestión de los CESAC que no han sido designados como Directores (superior al 80%).*
- *La distribución de los recursos profesionales no responde adecuadamente al perfil de la demanda de cada Centro.*
- *El aumento de la demanda asistencial sin la modificación consecuente de los recursos impide jerarquizar las actividades de promoción y prevención.*
- *En la mayoría de los Centros, la población registrada, es predominantemente femenina y de menores de 5 años. No se evidencian acciones tendientes a cubrir la demanda designando profesionales con formación en Medicina Familiar, Pediatría y Tocoginecología. Ante la escasez de recursos se cubre la demanda con profesionales que realizan regularmente suplencias de guardia.*
- *Favorecer la informatización de los CESAC y fortalecer los recursos en el área administrativa que permitan realizar un seguimiento de los participantes en las actividades noasistenciales desarrolladas en los Centros Médicos para lograr su incorporación como población activa.*

- Realizar un análisis de las condiciones en que se encuentran emplazados los Centros Médicos y asegurar protección para pacientes y trabajadores de manera que se extienda el horario vespertino de atención.
- Los CeSAC no tienen vinculación con los Centros de Salud del conurbano.
- En la mayoría de los Centros auditados el espacio disponible es escaso, aún en los de reciente construcción. Faltan consultorios, salas de usos múltiples para talleres y lugar para la espera de pacientes.
- Faltan ventiladores y equipos de calefacción en la mayoría de los CESAC auditados. De los existentes, muchos fueron provistos por el personal.
- Los CeSAC no tienen actualizado el equipo informático y no se encuentran conectados en red con el Hospital, lo que dificulta las actividades administrativas, el registro estadístico, el seguimiento de pacientes y la implementación de un sistema de referencia-contrarreferencia entre otras. Muchos no cuentan con acceso a Internet.

Evidentemente con el transcurso de las distintas gestiones se fueron dando distintas improntas, que en su conjunto no se reflejaron en importantes impactos poblacionales y no se asociaban a un plan estratégico e inclusivo de salud.

Ante estos desafíos se inició la gestión en diciembre de 2015.

Primariamente se trabajó en la construcción de una visión que se centró en contar con servicios de salud que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población, mediante el acceso universal equitativo, integral, oportuno y sin restricciones a cuidados de salud, y a una intervención integral, programada y participativa sobre los determinantes sociales de la salud.

Para llegar a esta visión el desafío era construir redes integradas de servicios de salud orientadas a la prestación de servicios más accesibles, equitativos, eficientes, de mejor calidad y que satisfagan las expectativas de los ciudadanos

Los ejes que guiaron esta construcción son la orientación hacia una cobertura y acceso universales, hacia una priorización del primer contacto de población definida a cargo, hacia una atención y cuidado integral e integrado y continuo, hacia el cuidado apropiado en el lugar apropiado, con una organización y gestión óptimas, orientado hacia la comunidad y la acción intersectorial.

A partir de esto se definió su visión:

Construir una **Red Integrada de Salud** basada en **necesidades de la población** con un modelo de atención basado en la **atención primaria de la salud integrada al terreno** y articulada de forma intersectorial e incorporando la acción sobre **determinantes sociales**, priorizando a la **población vulnerable**, con soluciones diagnósticas y terapéuticas en el nivel ambulatorio.

Conformar una **red de hospitales con perfiles complementarios** que resuelvan problemas complejos para ciudadanos de la ciudad y otras jurisdicciones.

Desarrollar e implementar **sistemas de información abiertos, que permitan mejorar la toma de decisiones** en el cuidado de los ciudadanos y para la gestión.

Promover el desarrollo de **recursos humanos de perfiles apropiados y** ajustados a las necesidades de la población.

Se tomaron distintas definiciones relacionadas con la estructura del Ministerio de Salud. Entre ellas la creación de la *Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria*, cuyo objetivo principal fue el de generar políticas y acciones que fortalezcan el primer nivel de atención y en general de los cuidados ambulatorios de la red.

Las redes integradas permiten mejorar la accesibilidad, reducir la fragmentación, mejorar la eficiencia, contener los costos y responder a necesidades y expectativas de la comunidad.

Se propone entonces la construcción de una **red pública integrada de cuidados de salud progresivos y coordinados con regionalización preferente**, permitiendo que el primer nivel de atención sea el eje del sistema y que sea posible la integración y coordinación en toda la CABA:

- se entiende por **Integrada** una articulación efectiva entre los niveles de atención con un liderazgo y coordinación del primer nivel de atención como puerta de entrada y seguimiento de población a cargo
- se entiende por **Cuidados Progresivos** a una forma escalonada de organización y prestación de los servicios de salud para lograr un equilibrio en su cantidad y variedad disponibles para satisfacer las necesidades de la población. Implica una asignación racional de los recursos centrada en el individuo y su problemática en el eje funcional del sistema, en el cual las distintas instancias de asistencia acompañen el nivel de complejidad
- se entiende **Regionalización Preferente**, la organización en áreas de cuidado en las que naturalmente, los ciudadanos de la CABA y sobre todo aquellos que cuenten con cobertura pública exclusiva, puedan acceder al cuidado de su salud a través de los equipos de salud de los Cesacs.

La visión del modelo de atención que se implementará incorpora como características a lograr:

1. **Proximidad** con el ciudadano.
2. Foco integral en los **determinantes sociales** de la salud.
3. Preferencia por **proximidad**, priorizando la atención de los ciudadanos de la CABA cercanos a cada efector.
4. Fuerte **articulación** con otros ministerios e inserción en otras iniciativas intersectoriales de transformación social y atención vecinal.
5. El profesional de atención primaria como articulador del **equipo de salud** para el cuidado directo de su comunidad, prevención y promoción, seguimiento de pacientes domiciliarios, plan de participación ciudadana y gestión gubernamental de activos comunitarios y determinantes sociales.
6. Una **estrategia de identificación de problemas y oportunidades locales**, participación comunitaria e identificación como eje de la transformación de determinantes socio-ambientales, evolución cultural y hábitos saludables y cuidado de la salud, que articula iniciativas ya existentes en terreno, las oportunidades de diferentes ministerios, los recursos del sector salud y las entidades de la sociedad civil organizada con voluntad de participación.

Adecuación del sistema de salud a la situación epidemiológica

Los sistemas de atención de salud son la respuesta social a las necesidades sanitarias de la población, por lo tanto debe haber buena sintonía entre la situación de salud de la

población y la forma en que se estructura el sistema de atención sanitaria para responder a esa situación particular.

La crisis contemporánea de los sistemas de atención sanitaria refleja el desajuste entre una situación epidemiológica dominada por condiciones crónicas y un sistema de atención de la salud centrado en las enfermedades agudas y las agudizaciones de las condiciones crónicas, las que son atendidas de forma fragmentada, episódica y reactiva.

Las redes integradas de salud son organizaciones poliárquicas de conjuntos de servicios de salud vinculados entre sí por su misión única, por objetivos comunes y funcionamiento cooperativo e interdependiente, que permiten ofrecer atención continua e integral a determinada población, coordinada por la atención primaria de salud y proporcionada en el momento oportuno, el lugar apropiado, al costo adecuado, con la calidad necesaria, de forma humanizada, segura y con equidad, con responsabilidad sanitaria y económica por la población adscrita, que genera valor para la población. Por eso es importante la transformación de los modelos piramidales y jerárquicos a redes integradas, como se evidencia en el siguiente gráfico:

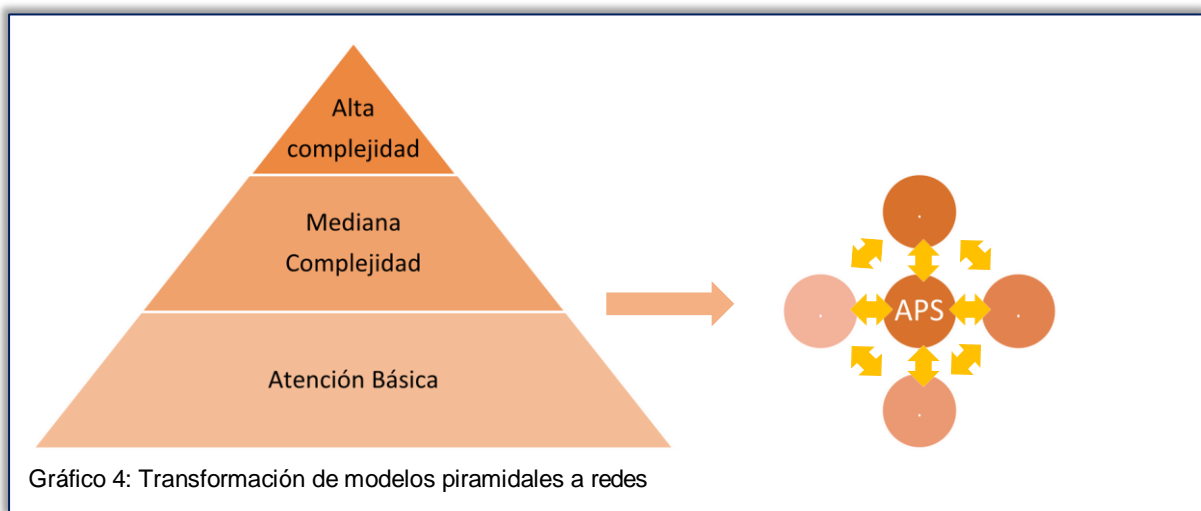


Gráfico 4: Transformación de modelos piramidales a redes

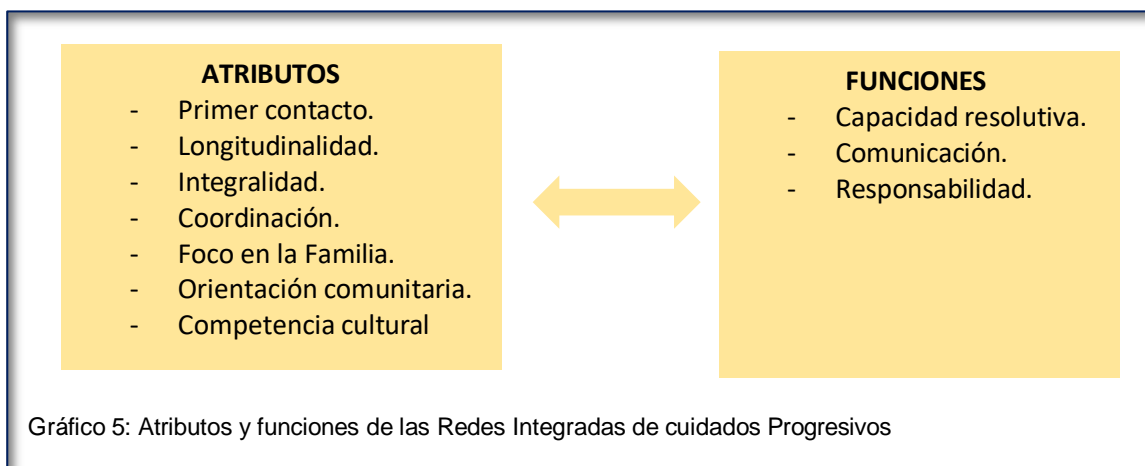
El Ministerio de Salud asume la responsabilidad sanitaria y económica de una población adscrita. Para ello planifica la construcción social de territorios/población. La población de responsabilidad de las redes integradas vive en territorios sanitarios específicos, se organiza socialmente en familias y se registra en subgrupos según riesgos sociosanitarios; debe ser totalmente conocida y estar empadronada en el sistema y debe estratificarse por factores de riesgo o vulnerabilidad en relación a condiciones de salud establecidas.

Es posible construir redes temáticas de atención de salud, como las de atención de mujeres y niños, de enfermedades cardiovasculares, de adultos mayores y otras, ya que las redes se estructuran para hacer frente a una condición de salud específica o a grupos homogéneos de condiciones de salud a lo largo de un ciclo completo de atención. No obstante, esas redes temáticas no guardan relación con el concepto de programas verticales, que son sistemas de atención de salud dirigidos, supervisados y ejecutados, exclusivamente, mediante recursos especializados. Tampoco son programas horizontales establecidos para resolver varios problemas de salud comunes, con visión y objetivos únicos y con tecnologías y recursos compartidos para alcanzar su propósito. El plan requiere consolidar la idea de abandonar la dicotomía entre programas verticales y horizontales y favorecer los programas diagonales, que combinan objetivos

singulares de determinadas condiciones de salud con una estructura operativa que organiza transversalmente los sistemas de apoyo, logísticos, de gobernanza y la atención primaria de la salud, es decir, proporcionar la atención por medio de las redes.

Características de la Atención Primaria de la Salud en las Redes Integradas de Cuidados Progresivos

La concepción de la APS como una estrategia de organización del sistema de atención de salud del Ministerio de Salud del GCBA, requiere ciertos atributos y funciones como lo vemos en la siguiente figura:



El primer atributo, *contacto*, se refiere a la accesibilidad y el uso de los servicios para cada nuevo problema de salud o nuevo episodio de un problema para el que se busca atención de salud.

La *longitudinalidad* se refiere al aporte rutinario de atención por parte del equipo de salud y su uso constante a lo largo del tiempo, donde haya una relación de confianza mutua y humanizada entre equipo de salud, individuos y familias.

La *integridad* significa que, a través del equipo de salud, se presta un conjunto de servicios que atiende las necesidades de la población adscrita en los campos de la promoción, prevención, cura, atención y rehabilitación y que la APS se hace responsable de la oferta de servicios en otros puntos de atención de salud y de reconocer adecuadamente los problemas biológicos, psicológicos y sociales causantes de enfermedades.

La *coordinación* se trata de la capacidad de garantizar la continuidad de la atención otorgada por el equipo de salud y el reconocimiento de problemas que requieren seguimiento constante.

La *orientación a la familia* implica que ella es el objeto de la atención, lo que exige que el equipo de salud interactúe con esa unidad social y conozca todos sus problemas de salud y las formas singulares del abordaje familiar.

La *orientación comunitaria* se refiere al reconocimiento de las necesidades de la familia en el contexto físico, económico y social en el que viven, por lo tanto, requiere un análisis de las necesidades de las familias con respecto a salud desde el punto de vista poblacional, y la integración de la APS en programas intersectoriales que afrontan los factores determinantes sociales proximales e intermedios de la salud.

La *competencia cultural* exige una relación horizontal entre el equipo de salud y la población, que respete las particularidades culturales y las preferencias individuales y familiares.

Al igual que con los atributos anteriores, solo podrá haber APS de calidad si se cumplen tres funciones esenciales: resolución, comunicación y responsabilidad.

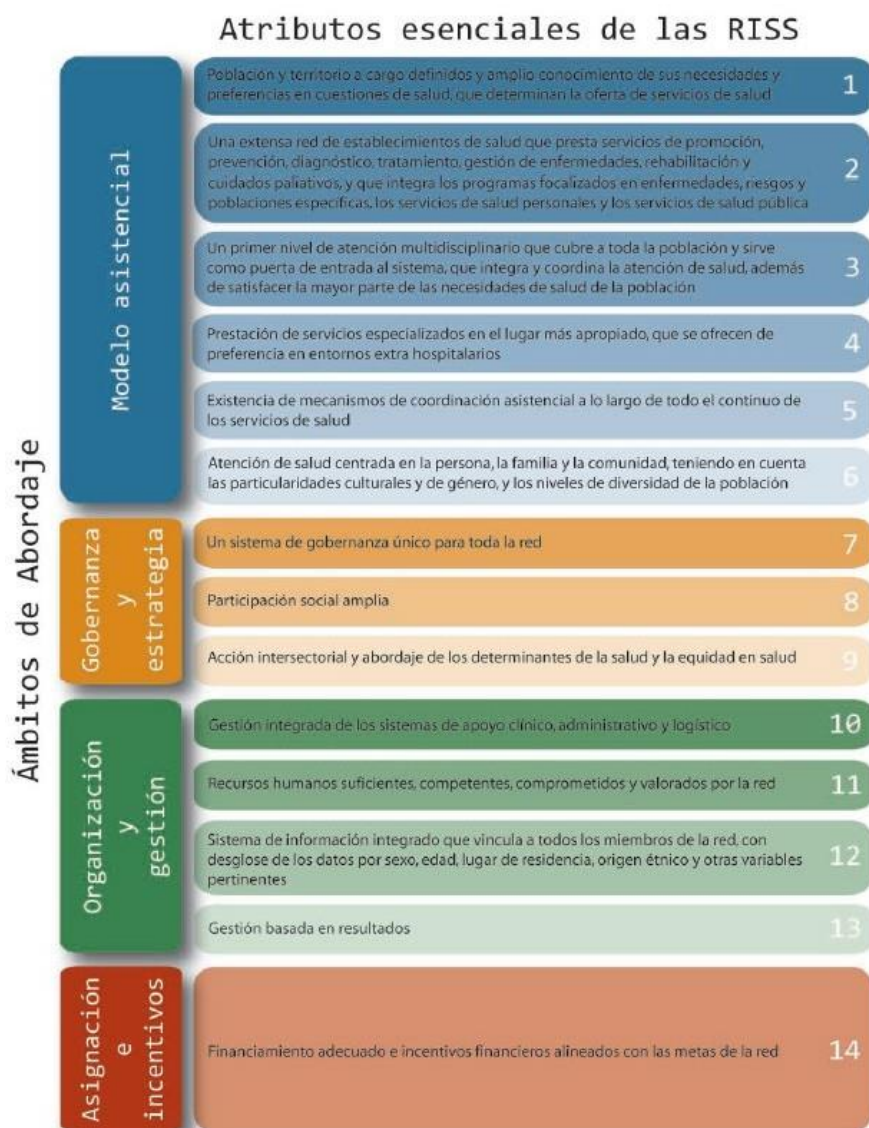
La función *resolutiva* significa que la APS debe estar preparada cognitiva y tecnológicamente para atender más de 85% de los problemas sanitarios de su población.

La función de *comunicación* es la expresión de la APS como centro de comunicación de las redes, es decir, tiene condiciones de ordenar el flujo y contraflujo de personas, productos e información entre los diferentes componentes de la red.

La función de *responsabilidad* requiere un conocimiento y relación íntima de la población adscrita en los microterritorios sanitarios y el ejercicio de responsabilidad económica y sanitaria en relación con esa población.

Sobre la base de los atributos de las redes integradas que define la Organización Panamericana de Salud, se trabajó para implementar los cambios en el sistema.

Gráfico 6: Atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud



Organización Panamericana de la Salud "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas" Washington, D.C.: OPS, © 2010

Desarrollaré la implementación de estos atributos para la implementación del Plan de Salud.

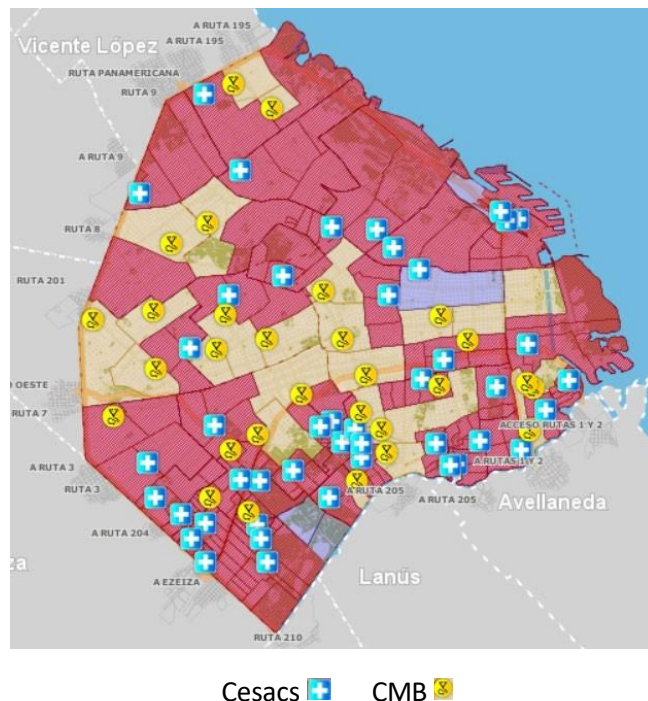
Modelo Asistencial

Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud.

Se trabajó con el objetivo de que todo punto de la CABA esté georeferenciado a un efector del primer nivel de atención. De esta manera cada Cesacs y cada CMB posee

un área de responsabilidad y sus equipos son responsables de los cuidados de la población de ese territorio y realizarán las intervenciones comunitarias pertinentes junto con los demás actores de ese territorio.

Gráfico 7: Areas territoriales de CESACs y CMB



Los Equipos de Salud se constituyen como la puerta de entrada que organiza la relación de la población con el sistema de salud y de éste con las áreas del GCABA que participan del cuidado de la salud con foco en los determinantes sociales.

El objetivo de estos equipos es abordar los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado a través de la conjunción entre la atención integral, el trabajo con la comunidad, sus organizaciones y la planificación de acciones intersectoriales para el abordaje de los determinantes que condicionan o comprometen la situación de salud de la población en un área geográfica determinada.

Los Equipos de Salud tienen familias a su cuidado.

Para que un grupo se constituya en equipo son importantes las siguientes condiciones:

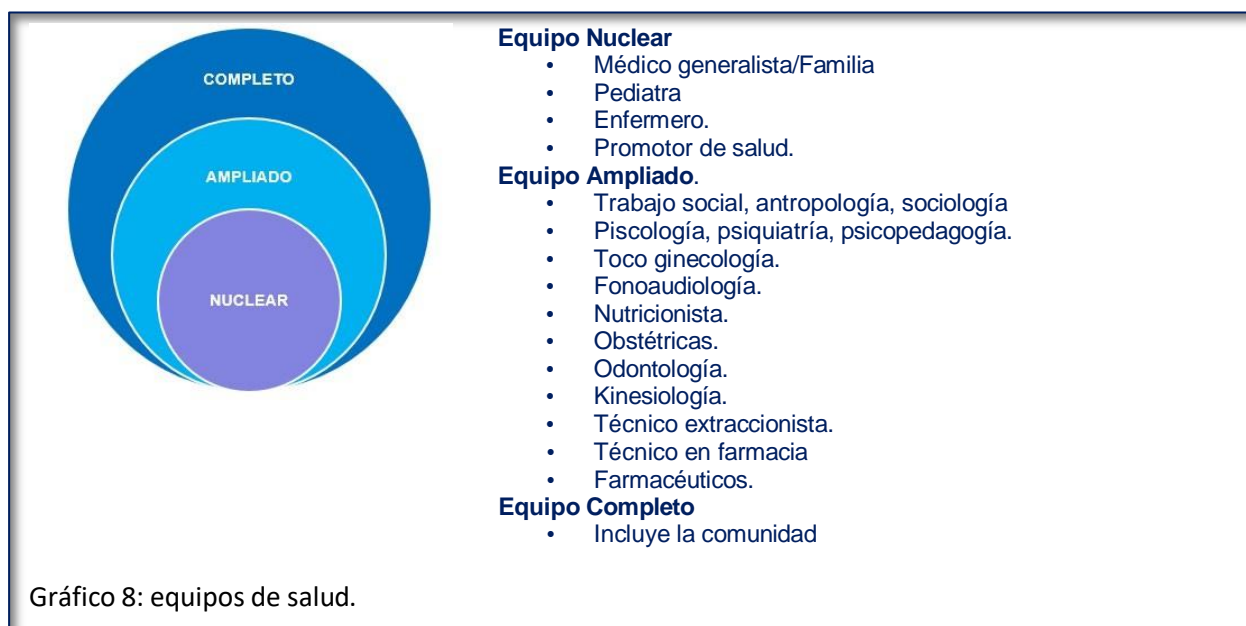
- El desempeño es el objetivo principal, el equipo sigue siendo un medio no el fin.
- La creación de una ética de desempeño del equipo por parte de los jefes del centro de salud fortalece el trabajo de los propios equipos.
- Existe una tendencia cultural hacia el individualismo que no debería entorpecer el desempeño del equipo.
- La disciplina dentro del equipo y la organización crea las condiciones para el desempeño del equipo.
- El desempeño del equipo está asociado con la calidad y la integralidad de sus respuestas en un ámbito cambiante como es la salud.
- El equipo cuenta con una variedad de conocimientos desde las diferentes profesiones que le permite interpretar la realidad y abordar los problemas desde diferentes ópticas y construir respuestas integrales e integradas.

Este reordenamiento del trabajo en salud según la directriz del Vínculo Terapéutico entre equipo de profesionales y personas/familias estimularía la producción progresiva de un nuevo patrón de responsabilidad para la coproducción de salud.

Este modelo organizacional trabaja con la hipótesis de que la reforma de las prácticas en salud dependería fundamentalmente de la reconstrucción de los patrones de vínculos corrientes en la mayoría de los servicios de salud.

Sin modificaciones organizativas y sin procesos planificados de educación continua, la institucionalización de un ordenamiento diferente, no superará todas estas limitaciones, por sí sola. La organización de los servicios de salud con base en los Equipos de Salud tiene el mérito de mostrar estas contradicciones y conflictos, que el modelo tradicional tiende a ocultar y a diluir. Habría que enfrentar estas dificultades considerando sus especificidades y luego, con distintos recursos, la mayoría con la mirada puesta para recomenzar la reconstrucción de la cultura institucional y de la subjetividad predominante entre los trabajadores de salud. En este sentido, los Equipos de Salud son una herramienta más para operar con esta reconstrucción de los sujetos trabajadores de salud. En este espacio pueden ser elaborados planes estratégicos, se puede analizar y tratar las relaciones institucionales, se puede aprender clínica, se puede trabajar de forma más productiva y agradable.

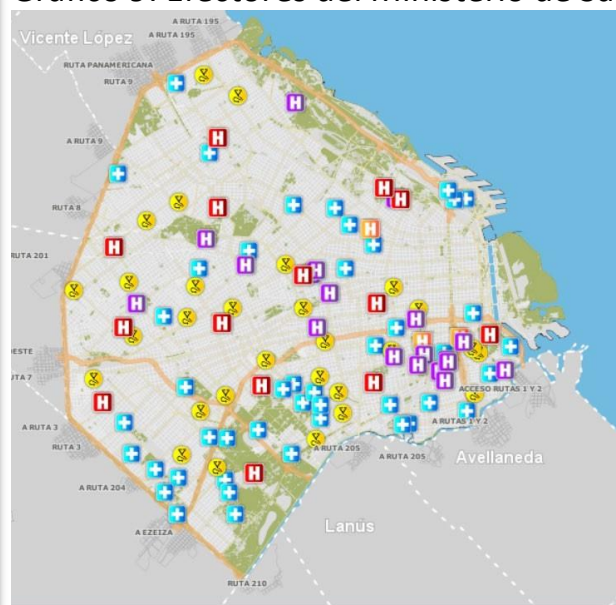
Conformación de los equipos de salud:



Una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública.

La red de efectores del sistema de salud de la CABA es una de las más amplias y complejas. Está constituida por los siguientes efectores:

Gráfico 9: Efectores del Ministerio de Salud de Caba



| ESTABLECIMIENTOS | Nº |
|---------------------------------------|----|
| CENTROS DE SALUD Y ACCION COMUNITARIA | 47 |
| CENTROS MEDICOS BARRIALES | 22 |
| CEMAR | 2 |
| HTALES GENERALES DE AGUDOS | 13 |
| HOSPITALES DE NIÑOS | 2 |
| HOSPITALES ESPECIALIZADOS | 19 |
| CENTROS DE CUIDADOS INTEGRALES | 2 |

Un primer nivel de atención multidisciplinario que abarca a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.

Uno de los puntos importantes a la hora de enunciar un programa de salud basado en la atención primaria es que el primer nivel de atención no sólo sea la puerta de entrada al sistema, sino el organizador de los cuidados de las personas.

Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extrahospitalarios.

Se definió la creación de un nuevo efector en el sistema, el Cemar (Centro médico de Especialidades Ambulatorias de Referencia). Este nuevo efector tiene su dependencia de la Subsecretaría de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria y se constituye con un nivel de complejidad intermedia entre los Cesac y Hospitales, teniendo especialidades que no están en los cesac y capacidad diagnóstica en exámenes complementarios. Su acceso es por interconsulta desde el cesac.

A la Fecha se crearon el Cemar 1 en Paternal y el Cemar 2 en Barracas.



Cemar 1 Paternal



Cemar 2 Barracas

Gráfico 10: Cemar 1 y 2

Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.

Se definieron los roles de cada efector y se crean mecanismos de articulación en toda la red. Se genera el “Gestor de Encuentros” una herramienta que permite planificar los distintos encuentros que suceden entre la población y sus efectores, ya sea el de una persona con un profesional, varias personas con un profesional, una persona con varios profesionales. Las agendas de los distintos efectores son abiertas y compartidas en toda la red, con la posibilidad de impactar en forma cruzada entre los distintos niveles de atención.

Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

Este principio es básico para sostener la accesibilidad, la equidad y la continuidad de cuidados dentro del sistema.

Los equipos de salud tienen una matriz de competencias establecidas a saber:

| Tabla 5: Matriz de competencias de los equipos de salud | | | |
|---|---|---|---|
| Elementos esenciales de la APS | Función estructural | Competencias | |
| | | Conocimientos | Habilidades para: |
| 1. Acceso y cobertura universal | Eliminar barreras de acceso | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las barreras de acceso: Geográficas Económicas Organizacionales Socioculturales De género, étnicas, etarias, grupos sociales • Reconocer y analizar los actores para el diálogo social de la comunidad. • Conocer estrategias que permitan extender la protección social en salud hacia una cobertura universal. • Accesibilidad organizacional (emergencias) | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las poblaciones que tienen barreras de acceso. • Aplicar estrategias para reducir las barreras de acceso y ampliar la cobertura. • Interactuar, facilitar el diálogo, negociar y lograr consensos para eliminar barreras y reducir las inequidades. |
| 2. Atención Integral e integrada | Proporcionar atención integral e integrada a la población. Longitudinalidad | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer conceptos básicos sobre promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. • Conocer la situación de salud y los problemas prevalentes en la comunidad. • Conocer las técnicas y procedimientos para la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. • Conocer las técnicas y procedimientos para la atención intra y extramural. • Conocer la red funcional de los servicios de salud y los | <ul style="list-style-type: none"> • Captar necesidades percibidas y no percibidas del individuo y la familia. • Ampliar la capacidad de resolutiveidad en relación a los problemas de salud prevalentes de la comunidad. • Aplicar los conocimientos de cada disciplina (campos del saber), para el abordaje del ciclo vital individual y familiar y utilizar adecuadamente las evidencias para resolver los problemas • Promover en la comunidad el auto cuidado de la salud de acuerdo a las enfermedades prevalentes. |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | <p>mecanismos de referencia y contrarreferencia para todos sus niveles de atención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer el ciclo vital individual y familiar. • Conocer concepto básico sobre atención continuada. • Conocer las políticas alternativas de cuidado de la salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Promover en la comunidad el autocuidado de la salud. |
| 3. Énfasis en promoción y prevención de la salud | Promoción de la salud y prevención de las enfermedades | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la situación de salud de la comunidad, su distribución y sus determinantes. • Conocer conceptos básicos y diferencias sobre la prevención de la enfermedad y de la promoción de la salud. • Conocer herramientas para aplicar, monitorear y evaluar las actividades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar las estrategias de promoción y prevención de la enfermedad con base en la evidencia. • Facilitar el aprendizaje conjunto del equipo de salud y la comunidad. • Establecer compromisos y/o alianzas intersectoriales para la producción social de la salud. • Participar en las iniciativas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con otros componentes del sistema de salud y otros actores. • Diseñar programas locales de promoción y prevención basadas en las necesidades de su comunidad. |
| 4. Atención apropiada | Atender las necesidades de salud de las personas basándose en la evidencia y utilizando los recursos disponibles con criterio de eficiencia, | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer las buenas prácticas para responder a las necesidades (físicas, sociales, mentales y de salud de las personas). • Conocer, identificar y aplicar las nuevas tecnologías y métodos apropiados de acuerdo a la cultura y recursos locales. • Conocer cómo aplicar las buenas prácticas de la gestión clínica. | <ul style="list-style-type: none"> • Dar atención apropiada basada en la evidencia en los distintos escenarios (intra y extramural). • Aplicar los procedimientos de manera oportuna y eficiente en el uso de la red de servicios de salud. • Integrar los conocimientos de la situación de salud de la comunidad con las prioridades de atención y |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | efectividad y equidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Promover en la comunidad la importancia del autocuidado de la salud. (autonomía, participación en las decisiones clínicas) | <p>la asignación y disponibilidad de recursos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definir las responsabilidades de cada uno de los miembros del equipo para garantizar una atención apropiada. • Realizar la coordinación de los cuidados. |
| 5. Orientación familiar y comunitaria | Planificar para intervenir, focalizando en la familia y la comunidad | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer y aplicar metodologías y herramientas para identificar: <ul style="list-style-type: none"> Situación de Salud Determinantes de Salud Red de Servicios Recursos financieros Situación socioeconómica y cultural Situación familiar • Definir las necesidades de servicios y establecer las prioridades de atención. • Conocer acerca de planificación y programación participativa. | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar fuentes de información y actores claves en la comunidad. • Recolectar, analizar y utilizar la información adecuada y pertinente. • Definir las necesidades de salud de la comunidad y de sus condicionantes para establecer las prioridades de intervención con participación comunitaria. • Realizar entrevistas familiares. • Hacer planificación y programación participativa. • Emplear la visión integral para promover el auto cuidado individual, familiar y comunitario. • Abordaje a grupos específicos. • Ver al individuo como parte de su contexto familiar. • Manejar y aplicar las herramientas epidemiológicas en la planificación sanitaria. |
| 6. Mecanismos activos de participación | Facilitar y promover la participación social en salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer técnicas y metodologías para el análisis de actores e instituciones claves. • Conocer los espacios de concertación, así como las metodologías participativas existentes en el sistema de salud y en la comunidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Estimular la participación activa de la comunidad en la priorización, gestión, evaluación y regulación del sector salud. • Aplicar metodologías para optimizar la información, comunicación y educación efectivas. • Manejar las herramientas para |

| | | | |
|--|---|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Promover en la comunidad la importancia del auto cuidado de la salud. • Conocer metodologías para la comunicación efectiva entre los miembros del equipo y la comunidad. • Comprender el rol de la comunidad en el desarrollo de su salud. | <p>identificar los actores e instituciones existentes en la comunidad, para el trabajo conjunto en la atención integral en salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Habilidad del equipo para trabajar en forma conjunta con la comunidad. • Desarrollar en la práctica, la cooperación y la negociación. • Desarrollar instrumentos para la participación, abogacía y la capacidad de adaptación. • Establecer mecanismos de cooperación y corresponsabilidad del equipo con el individuo y la comunidad. |
| 7. Marco Legal e institucional | Promover y fortalecer políticas públicas y marco legal del sector Salud | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer políticas públicas, el marco legal e institucional de salud. • Conocer: <ul style="list-style-type: none"> Políticas del Sector Salud Planes y programas del Sector Salud Políticas Públicas locales Marcos legales existentes vinculados con el sector de la salud Políticas sociales | <ul style="list-style-type: none"> • Analizar la coherencia entre políticas, planes y programas y su relación con el trabajo multidisciplinar en APS. • Propiciar y abogar por el desarrollo de políticas locales y sectoriales por medio de la participación ciudadana. • Adaptar las políticas, las normas a la realidad local. (reflexión crítica) • Realizar análisis críticos integrados sobre políticas sociales y su influencia sobre el sector salud. • Evaluar las políticas públicas y su relación con el sector salud. |
| 8 Organización y gestión óptimo | Aplicar prácticas adecuadas de gestión | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer políticas, el marco legal e institucional de salud. • Conocer las etapas de gestión administrativa. • Conocer las competencias de los recursos humanos en los distintos ámbitos: laborales, gremiales, | <ul style="list-style-type: none"> • Usar la información: desarrollar planificación estratégica, investigación operativa y evaluación del desempeño. • Seguir el proceso de gestión administrativa, que implica: diagnóstico, negociación, ejecución, evaluación y control. |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | | <p>sindicales, niveles de atención, administrativo, etc).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las organizaciones sociales, gremiales y sus actores y conocer el rol que desempeñan. • Conocer los registros definidos y establecidos en el Sistema de APS • Conocer los instrumentos de evaluación de la gestión. | <ul style="list-style-type: none"> • Negociar con los líderes reconocidos. • Usar los registros específicos y actualizados para la APS. • Usar instrumentos de evaluación de la gestión para el equipo. • Capacidad para negociar con la comunidad y los niveles más altos. • Capacidad de definir sistemas de incentivos y desempeño (individual y colectivo, incluir la motivación). |
| 9. Políticas y programas que estimulan la equidad | Incorporar criterios de equidad en las propuestas programáticas | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer las limitaciones existentes en las políticas planes y programas del sector salud que limitan la equidad. • Reconocer y analizar las inequidades existentes en la comunidad. • Conocer las estrategias de abordaje para la resolución de las inequidades en salud y sus marcos políticos y legales. | <ul style="list-style-type: none"> • Incorporar la participación social en la resolución de las inequidades. • Identificar y actuar sobre las inequidades en salud y promover estrategias para reducirlas. |
| 10. Primer contacto | Favorecer la accesibilidad y la utilización de los servicios Establecer el primer contacto | <ul style="list-style-type: none"> • Establecer puerta de entrada al sistema de salud. • Promover estrategias para garantizar un buen acceso a los servicios de salud. • Conocer el rol a desempeñar por el equipo en su conjunto y cada uno de sus miembros para realizar una adecuada acogida al individuo. • Reconocer y valorar, a través de la entrevista, los problemas de salud o de otro tipo (económicas, sociales, | <ul style="list-style-type: none"> • Dar un trato digno y respetuoso. • Priorizar las necesidades y las intervenciones en salud. • Acoger al individuo/familia/comunidad y sus demandas dentro del sistema de salud, así como darle atención longitudinal. • Desarrollar una buena comunicación con el individuo/familia/comunidad que solicita atención de salud o de cualquier otra índole. |

| | | | |
|--|------------------------------|--|---|
| | | etc.) que repercutan en el proceso salud-enfermedad. | <ul style="list-style-type: none"> • Organizar el servicio para garantizar el acceso. • Determinar la población objetivo y el área geográfica. • Desarrollar espacios de cooperación mutua entre cuidador, personas y grupos. (individuos, familia y comunidad) • Respetar y promover la autonomía de los individuos, familias y comunidades. |
| 11. Recursos humanos apropiados | Trabajar en equipo | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer y definir roles y responsabilidades dentro del equipo. • Conocer acerca de los procesos de capacitación y actualización permanente. • Conocer y aplicar el código ético entre ellos y con la comunidad. • Conocer acerca de la red de servicios de atención en el sistema de salud para movilizar recursos. • Capacidad de reconocer e identificar la necesidad de mantener actualizado los conocimientos a través de la formación continua. • Conocer las necesidades de calificación y recertificación de los trabajadores del equipo. • Conocer las metodologías de evaluación del desempeño. | <ul style="list-style-type: none"> • Apoyar y participar en el proceso de educación permanente de los miembros del equipo. • Analizar el perfil del equipo y las necesidades de salud de la población, en forma participativa, del equipo y de la comunidad. • Negociar condiciones de trabajo (requerimiento de dotación de personal para los equipos, financiamiento). • Elaborar, desarrollar y participar en procesos del trabajo en equipo: <ul style="list-style-type: none"> Comunicación Colaboración Coordinación Negociación y solución de conflictos Participación Toma de decisiones Responsabilidad compartida |
| | Uso racional de los recursos | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los recursos necesarios de acuerdo al análisis de la situación de salud con información del nivel comunitario. | <ul style="list-style-type: none"> • Hacer un uso racional y eficiente de los recursos disponibles. • Generar información útil y detallada acerca de las necesidades de salud y los |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12. Recursos adecuados y sostenibles | | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer los recursos disponibles: Instalaciones de salud con que cuenta la comunidad. Personal Equipamiento Suministros (que se tiene y que se necesita) Medicamentos (consumo y consumidores) Recursos financieros Sistemas de información • Conocer metodologías de auto evaluación y rendición de cuentas para medir el uso racional de los recursos y garantizar la sostenibilidad. | recursos que facilite a los tomadores de decisión (autoridades políticas del Sistema de Salud) a hacer una planificación de los servicios <ul style="list-style-type: none"> • Producir nuevos conocimientos para la atención primaria en salud. • Construir indicadores de salud y establecer metas para hacer la gestión adecuada a las necesidades de salud de la población. • Autoevaluar y rendir cuentas de los recursos y garantizar su sostenibilidad. |
| 13. Acciones Intersectoriales | Articulación de todos los sectores para producir salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer los diferentes sectores con impacto sobre el proceso salud y/o sus determinantes. • Poner en común y definir acciones en colaboración con los diferentes sectores para actuar sobre los determinantes de la salud de la comunidad. • Identificar las responsabilidades y límites de cada actor y/o sector dentro del proceso de Intersectorialidad. • Coordinar acciones intersectoriales de promoción y prevención para producir salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Liderar, participar y apoyar las acciones intersectoriales. • Movilizar recursos intersectoriales y de la propia comunidad para responder a las necesidades de salud. • Interactuar con las autoridades nacionales y la comunidad. |

Gobernanza y estrategia

Un sistema de gobernanza único para toda la red

El ministerio de Salud es el responsable único de emanar las políticas sanitarias, de implementar las distintas estrategias para ejecutarlas y monitorizarla.

Participación social amplia.

No existe un sistema de Salud inclusivo si no existe una participación social amplia. Se establecieron distintas estrategias para que esto ocurra. En lo que refiere a los equipos de salud, se les otorgó un tercio de sus horas para planificar y desarrollar actividades comunitarias. Se creó la Dirección de Salud Comunitaria cuyo objetivo era fortalecer el vínculo entre las distintas organizaciones sociales y los Cesacs. Se crea la figura del “Promotor de Salud” llave articuladora entre la población y los cesacs. Se lo dota de una capacitación específica a tal fin. Todas estas acciones se evidenciaron fuertemente durante la pandemia, ya que la construcción de las distintas redes en el tejido social, permitieron un trabajo articulado y llegando al intersticio de todos los barrios otorgando de esta manera un acompañamiento muy cercano a las poblaciones más vulnerables.

Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

Si abordamos los principales problemas de salud solamente desde el Ministerio de salud, su efectividad sería escasa. Como lo definimos anteriormente el concepto de salud implica tener acceso al trabajo, la educación, la diversión, la cultura el desarrollo personal, un medio ambiente apto que aporte al bienestar de las personas. Todo esto hace obligatorio un abordaje interministerial y desde una política de gobierno que contemple todos los puntos citados anteriormente.

Organización y Gestión

Gestión integrada de los sistemas de apoyo Clínico, administrativo y Logístico.

Para estructurar una red es fundamental compartir la información. Sobre la base del Sigehos se generó la Historia Integral de Salud. Esto permite que cada ciudadano tenga una historia electrónica única a lo largo de la red de efectores, con niveles de seguridad altísimos y accesible en toda la red. El junio de 2016 comienza su implementación en los Cesacs y luego en los consultorios externos de los hospitales y últimamente en las guardias hospitalarias. Comenzó como una herramienta básica y con la participación de los profesionales de los distintos efectores se fue adaptando a las necesidades de la red, presentando distintas versiones de mejora.

Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.

A fin de fortalecer los efectores se realizó la incorporación de una cantidad importantísima de profesionales.

En lo que refiere al primer nivel de atención se incorporaron:

| Concurso | Profesionales | Fecha adjudicación |
|--------------|---------------|--------------------|
| APS I | 76 | jul-16 |
| APS II | 91 | oct-16 |
| APS III | 36 | mar-17 |
| APS IV | 100 | ago-17 |
| APS V | 84 | dic-17 |
| APS VI | 50 | jun-18 |
| APS VII | 45 | dic-18 |
| APS VIII | 37 | feb-19 |
| APS IX | 41 | abr-19 |
| APS X | 97 | dic-22 |
| APS XI | 92 | jun-23 |
| Total | 749 | |

Tabla 6: Concursos SSAPAC 2015-2023

Para llevar a cabo esta incorporación de profesionales hizo falta adaptar el recurso físico existente, realizando la inversión más importante desde la creación del Ministerio de Salud en el primer nivel de atención.

Se crearon nuevos cesac: Cesac 43, Cesac 46, Cesac 47, Cesac 48, Cesac 23, Centro de Cuidados Integrales Rodrigo Bueno, Centro de Cuidados Integrales Playón Fraga.

Se reconstruyeron a nuevos: Cesac 7, Cesac 22, Cesac 37, Cesac 30, Cesac 21, Cesac 28, Cesac 25, Cesac 14, Cesac 32, Cesac 35, Cesac 47, Cesac 18.

Se contruyeron 2 Cemar: Cemar 1 Paternal, Cemar 2 Barracas

Se iniciaron las obras de: Cesac 42, Cesac 49, Centro de Cuidados Integrales Playón Fraga y la mudanza y construcción del nuevo Cesac 15.

Tabla 7: Obras en el Primer Nivel de Atención. 2015-2023

| | |
|---------------------------------|-----------|
| CESAC NUEVOS CONSTRUIDOS | 4 |
| CESAC RECONSTRUIDOS | 12 |
| Total Cesacs construidos | 16 |
| Cemar construidos | 2 |
| CCI construidos | 2 |

Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes

Con la implementación de la Historia Integral de Salud se pudo consolidar en una sola base los datos referentes a salud de todo el sistema, permitiendo de una manera ágil, segura, eficiente y rápida poder contar con datos a la hora de la toma de decisiones.

Gestión basada en resultados

Al poder contar con datos unificados y factibles los indicadores construidos ganan en validez.

Entre algunos de los resultados a remarcar es que se llegó en el 2023 a la tasa de mortalidad infantil más baja de la historia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: 4,4 y se disminuyó la tasa de embarazo adolescente de 33,5/100 a 6,7/1000.

Asignación e incentivos financieros ajustados a metas.

Se creó la Facoep, una sociedad del Estado que tiene como objetivo realizar la facturación y cobranza de terceros. Se mejoraron los procesos de facturación y se elevó exponencialmente lo cobrado. Este monto se distribuye su 25% en dos veces en el año entre todo el personal de salud

Discusión.

Implementar un plan de Salud basado en APS evidentemente no es una tarea fácil. El estatus quo de las instituciones, los intereses personales o de distintos colectivos, el descontento, la influencia de cuestiones políticas relacionada a lo partidario, la participación gremial, la falta de liderazgos son parte de la complejidad a abordar.

No obstante todo esto, se definió políticamente realizar un plan de salud, basado e la estrategia de atención primaria.

Otro punto importante a destacar fue la definición política de fortalecer el primer nivel de atención. Como se mostró en estos 8 años se construyeron 16 centros de salud, 2 cemar, 2 centros de cuidados integrales e ingresaron por concurso casi 800 profesionales al primer nivel de atención además de personal administrativo. Se incorporaron promotores de salud a todos los cesac, capacitándoles para ejercer su rol, otro de los puntos nunca realizados hasta ese momento. Se informatizaron todos los Cesac. Se acondicionaron todas las farmacias. Se fortaleció en equipamiento. Se definieron procesos de compra de insumos, se triplicó la entrega de medicamentos en los cesac, se definieron todas las áreas de responsabilidad de los Cesac y Centros Médicos Barriales. También se trabajó en la consolidación de las agendas y su informatización. Un importante hito es que las agendas de los cesac son compartidas con el hospital de referencia y viceversa, lo que permite una mejor articulación. Todo esto implica una parte importante del presupuesto destinado a la atención primaria y ejecutado a través de la Subsecretaría de Atención primaria Ambulatoria y Comunitaria (SSAPAC). Al principio describíamos que dentro de los objetivos de desarrollo del milenio estaba aumentar el porcentaje del presupuesto destinado a la atención primaria, siendo ideal que llegue al 30%. Para poder consolidar esto había una situación particular en relación al personal que trabaja en un cesac. Excepto los que ingresaron desde que existe la SSAPAC el resto tenía su partida correspondiente dependiendo del hospital de cabecera. De esta manera gran parte del personal de los cesac no impactaban presupuestariamente en el primer nivel de atención. En relación a esto, si uno analiza las dependencias de los centros de atención primaria en el país ninguno depende de una dirección hospitalaria. Dado que la SSAPAC tomó la responsabilidad de solicitar y administrar el presupuesto para el primer nivel de atención se tomó la decisión política de traspasar a los profesionales que su partida presupuestaria estaba en el hospital a la SSAPAC. Algo que parece bastante lógico de pensar en relación a quien es responsable del presupuesto y de las políticas del primer nivel de atención tenga en su esfera los recursos económicos y humanos, no fue tan sencillo de implementar. Generó

incertidumbre en muchos de los profesionales del primer nivel de atención, probablemente los mismos que establecían sus reclamos hacia las estructuras hospitalarias en post de más recursos y criticaban los modelos hospitalocéntricos. Muchos lo definieron como una “separación de los niveles”, cuando en realidad distaba mucho la articulación formal de los mismos. No cabe duda que para generar cualquier red de cuidados cada eslabón de la red tiene que establecer sus funciones y objetivos y sobre la base de ellos se establece el presupuesto y los recursos humanos económicos y financieros para que lleven a cabo sus tareas. Sin esta diferenciación es imposible generarlo. Y como dije es una diferenciación, no una separación. Son dos estructuras que tienen cada una de ellas estar consolidadas internamente para luego tomar las responsabilidades que les corresponde en relación a su rol en la red de cuidados. De todas las cuestiones negativas y algunas catastróficas que algunos postulaban que ocurrirían con esta definición, ninguna ocurrió.

En el 2008 no requirió demasiado esfuerzo sacar a la Dirección Adjunta de Atención Primaria, ya que no tenía una estructura propia, solo era el nombre de una estructura. Con la definición de fortalecer el primer nivel de atención y la consolidación de la SSAPAC con una estructura importante, se consolida una política pública orientada a la atención primaria con una fuerte base territorial.

Próximos pasos.

Los 47 Cesac es lógico que tengan características distintivas cada uno. Una parte relacionada a la idiosincrasia de la población a la que cuidan, y otro parte en relación a las características de los profesionales que los componen. Y está bien que suceda. Lo que sí esto tiene que favorecer la accesibilidad, no entorpecerla. Por otro lado la población tiene que tener clara las formas de acceder a un Cesac y esto sí debe ser transparente y similar para todos, porque forman parte de una red. Se están realizando importantes esfuerzos para que esto suceda. A nadie le satisface que las personas tengan que acercarse a horas muy tempranas, aún con el Cesac cerrado, para obtener un turno o alguna otra demanda. El mostrar la oferta disponible, el ajustarla a las necesidades de una población, el modificar la misma sobre la base de indicadores tiene que ser el trabajo del día a día y fortaleciéndolo aún más.

En relación a los equipos de salud. No caben dudas de los beneficios de que un profesional o un equipo brinde continuidad de cuidados, longitudinalidad en el tiempo y un vínculo estable. Estos puntos aún hay que fortalecerlos. En condiciones ideales la agenda de trabajo de un equipo de salud tendría que estar diseñada sobre la base de los problemas de la población a la que cuida, tanto dentro del Cesac como a la hora de organizar las tareas extramurales. Deben conocer nominalmente a su población, generar dentro de las agendas programadas la cantidad de turnos disponibles para la realización de las prácticas preventiva en relación a los distintos ciclos de vida. También conocer todas las oportunidades en relación a los cuidados que pueden estar en la comunidad, o en otras organizaciones del estado, y tenerlas en cuenta para utilizarlas.

Población con Cobertura Pública Exclusiva referenciada a los Cesacs. La pandemia favoreció el traslado de una importante porción poblacional que recibía sus cuidados en el hospital a los Cesacs. La situación ideal es que la mayoría reciba sus cuidados habituales en los Cesacs y realice en el hospital las consultas y prácticas de mayor complejidad. Para esto hay que seguir generando los procesos para dotar a los Cesac de mayor capacidad resolutoria y generar los mecanismos para facilitar el tránsito de las personas hacia niveles mayores de complejidad.

En relación a la articulación interniveles hace falta fortalecerla. Las redes las componen las personas, y necesitamos un liderazgo importantísimo de las estructuras intermedias

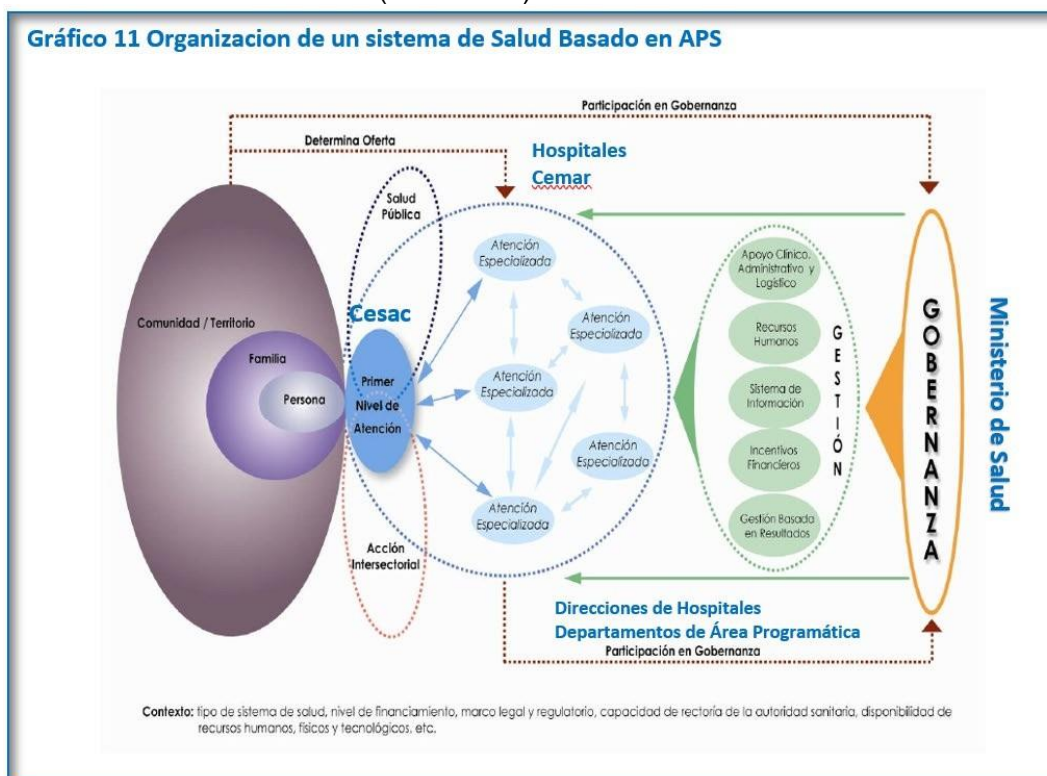
para que esto suceda. Las Direcciones Hospitalarias y los Departamentos de Áreas Programática deben establecer vínculos habituales para tratar de manera coordinada, periódica y oficial, los problemas de la red.

Articulación intersectorial. Durante la pandemia se consolidaron algunas articulaciones intersectoriales. Debemos continuar por este camino y fortalecerlas. Dada la complejidad de muchos de los problemas a abordar es necesaria la participación de todos.

Participación comunitaria: está dicho en todos los manuales la importancia de la participación comunitaria. Es una de las acciones más complejas. Dar participación es abrir las puertas, es escuchar, acompañar, y asimilar tanto lo bueno como lo que hay que mejorar. Pero por sobre todo mantenerla en el tiempo. Muchas de las experiencias fallidas se deben a haber buscado la colaboración de la comunidad para el logro de objetivos preestablecidos con niveles ajenos a ella, de tal manera que se tiende a una cierta manipulación o uso de la población como un instrumento para fines ajenos a ella. Frente a una participación que podría ser manipuladora, donde la comunidad se siente como un individuo pasivo, que es llamada sólo para aspectos puntuales según criterios técnicos, o simplemente como mano de obra económica que permita realizar trabajos para dar respuesta a determinados problemas de salud, se propugna que la comunidad tenga una participación capacitante y activa, que suponga una tarea continua de información y comunicación de todos los integrantes de la misma; que todos, personal técnico, comunidad, administradores, tengan entre sus principios la aceptación y respeto a los conocimientos de la población, a su dignidad humana y a la potencialidad de la construcción colectiva para contribuir a su propio desarrollo.

Todavía tenemos un camino para poder mejorar. Para poder encontrar las herramientas y procesos para consolidarla.

Para finalizar mostraré un gráfico de un sistema de salud basado en Atención Primaria que adapté para poder representar la situación del Ministerio de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (Gráfico 11).



Se evidencia como el actor remarcado y principal a la población (comunidad/territorio, familia, persona). La puerta de entrada y el organizador de los cuidados de las personas al Cesac. Los Hospitales y los Cemar como los efectores de las consultas especializadas. Las Direcciones de los Hospitales y los Departamentos de Área Programática como los que consoliden información de los efectores para la toma de definiciones por parte del Ministerio de Salud, quien deberá generar las condiciones para que los efectores puedan cumplir con sus funciones.

Bibliografía.

- “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas” Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4). ISBN: 978-92-75-33116-3.
- Un instrumento para la evaluación de la atención primaria de salud desde la perspectiva de la población M. Isabel Pasarína,b,c, Silvina Berrad, Luis Rajmild, Maite Solansd, Carme Borrellab y Barbara Starfielde.. Aten Primaria. 2007;39(8):395-403.
- Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina / Osvaldo Artaza Barrios; coordinación general de Osvaldo Artaza Barrios. - 1a ed - Buenos Aires Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2017. 90 p; 22 x 15 cm. - (Publicaciones de la representación OPS-OMS en Argentina; 71) ISBN 978-950-710-128-1
- Cid Pedraza C. Financiamiento de redes integradas de servicios de salud. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e121. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.121>
- El rol legislativo en la formulación de políticas sanitarias Aprendizajes del seminario “La Atención Primaria de la Salud” Daniel Maceira ... [et.al.] 1ª ed. - Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2008.