

El Plan de Atención Primaria de la Salud: un cambio en el primer nivel de atención de la salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Autores¹: **Muntaabski** Gabriel; **Chera** Silvia; **Daverio** Daniela; **Duré** Isabel

Sistema de Salud: un nuevo escenario

El Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con un alto reconocimiento, tanto a nivel nacional como en los países limítrofes. No obstante, en los últimos años ha acusado el impacto de una mayor demanda de asistencia por parte de la población.

A las demandas históricas, se suman los sectores medios empobrecidos que, al perder su cobertura de salud por el incremento del desempleo o por la imposibilidad de mantener el pago de coberturas privadas, recurren a los servicios asistenciales públicos².

Este nuevo escenario impone a los hospitales de la Ciudad una dinámica asistencial en la cual su rol original dentro del Sistema, como prestador de mayor nivel de complejidad, se ve desvirtuado en función de la necesidad de atender los crecientes requerimientos de atención ambulatoria.

Por otra parte, esta sobre demanda genera toda una serie de inconvenientes relacionados con la calidad de la atención y de las prestaciones: extensas colas para obtener un turno, servicios de guardia que no sólo deben atender urgencias sino también a pacientes ambulatorios, largos plazos para la realización de estudios (laboratorio, ecografías, Rx, etc.).

El actual sistema se estructuró sobre la base de los 33 hospitales mono y polivalentes, de mediana y alta complejidad. En el año 1989, con la creación de la Áreas Programáticas, se genera una estructura que engloba a Centros de Salud y Acción Comunitaria que, como puerta de entrada al sistema, se insertan en los barrios e implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad.

A esta compleja trama de prestadores se incorpora en 1997 el Plan Médicos de Cabecera y, más recientemente, los Centros Médicos Barriales, como un intento de fortalecer la red de acceso al primer nivel de atención y brindar asistencia personalizada a la población sin cobertura de salud.

Si bien en términos de oferta pareciera ser ésta suficiente para dar respuesta a las necesidades de la población, lo cierto es que la heterogeneidad de los servicios se asienta en una heterogeneidad de modelos de atención que dispersa los recursos y el esfuerzo, y brinda una dispar atención a los distintos grupos poblacionales que acceden espontáneamente por vías diferentes, debiendo en algunos casos atravesar barreras injustificables traducidas en largas esperas, ausencia de turnos, trabas burocráticas, etc.

¹ El presente trabajo fue realizado en la Dirección General de Atención Primaria de la Salud de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

² En los últimos 6 años los niveles de consulta del sistema público se han incrementado en un 35%. Una encuesta realizada en 1998 a los beneficiarios del Plan Médicos de Cabecera arrojó que, al ser interrogados respecto del lugar de atención anterior, un 57% ya se atendía en el hospital público, un 24,7% lo hacía por obra social y un 17,6% en forma privada o a través de empresas de medicina prepaga. En una posterior del año 2000, se hallaron resultados similares: un 56% se atendía en el sector público, un 24,7% a través de obra social, un 10% por empresas de medicina prepaga y el resto combinaba diversas formas de atención de la salud

El presente trabajo se propone realizar un análisis de las características de los distintos efectores y presentar un plan que se está llevando a cabo desde la Dirección General de Atención Primaria de la Salud para integrarlos, enmarcándolos en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, y optimizar el acceso e incrementar la calidad de atención del primer nivel de atención desconcentrado del sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Atención Primaria de la Salud: una estrategia de acción

En este contexto, la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) se manifiesta como un instrumento de probada eficacia ya aplicado por los sistemas públicos de salud de países como Cuba, España, Canadá y Costa Rica, entre otros.

Es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

Se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles dando prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios y, por ende, favoreciendo la accesibilidad geográfica y administrativa, evitando largas colas, esperas o trámites complejos.

Tiene su origen en 1977, cuando en la Asamblea de la OMS, casi todos los países del mundo aceptaron una política de salud, denominada “Salud para todos en el año 2000”, fijando determinadas metas relacionadas con el incremento de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad infantil, la cobertura de vacunación, la extensión de los servicios de agua potable y sistemas de eliminación de excretas y una adecuada organización y distribución de los servicios de salud. Un año más tarde, en la reunión de Alma Ata, se acordó que para llevar a cabo esa política era necesario contar con una estrategia específica, que se definió como Atención Primaria de la Salud. Esta estrategia involucra la integración de programas tales como (Kroeger y Luna, 1992):

1. Programas dirigidos a poblaciones especiales: madre, niño, trabajador, edad avanzada, discapacitado.
2. Programa para la salud en general: alimentación y nutrición, salud bucal, salud mental, prevención de accidentes, saneamiento ambiental.
3. Programas para la prevención, protección y control de enfermedades, etc.

Las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrables y afectan en forma fundamental lo preventivo, aunque también lo curativo y la rehabilitación. Abarcan tanto los ámbitos institucionales como los comunitarios. El objetivo es establecer redes (en el caso de que éstas no existan) o reactivarlas (en el caso de que estén inhibidas) que permitan, en el mismo espacio donde emerge la problemática, generar respuestas concretas y efectivas, en forma equitativa y sin ningún tipo de discriminación. Se trata de una intervención de alto impacto asistencial con los recursos adecuados logrando una máxima efectividad.

La APS propone una organización de los servicios de salud por distintos niveles de atención, que debe contar con la participación de la comunidad, para resolver los problemas mediante prestaciones accesibles, de calidad garantizada y en forma continua e integral para toda la comunidad.

Esta estrategia obliga a readecuar y reorganizar los recursos físicos, humanos o materiales, de modo que funcionen en niveles con complejidad diferente respecto de la capacitación de sus recursos humanos y la tecnología de su equipamiento. Así, los efectores de primer contacto con el sistema deberán estar formados en la prevención, detección precoz y asistencia de los problemas de salud prevalentes en la población de su área de incumbencia, en el abordaje de los grupos familiares como unidad sobre la que se realizan acciones de salud y en técnicas de participación comunitaria para el desarrollo de programas conjuntos como única garantía de sustentabilidad de las acciones. Con aparatología sencilla que permita la realización de estudios de laboratorio, radiología simple y ecografías y la intervención de un equipo de salud conformado por médicos generalistas, clínicos, pediatras, tocoginecólogos, enfermeras trabajadores sociales, psicólogos y obstétricas se puede resolver hasta un 80% de los problemas de salud de la población.

La declaración de Alma Ata señala que “la atención primaria de la salud es la asistencia esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo , con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”

Desde esta visión, el primer nivel es el eslabón inicial de una cadena de atención, e implicaría una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de información pertinente que posibilitaría la circulación del paciente en el sistema. De esta forma, los hospitales generales de agudos y los especializados podrán abocarse a su función específica: la atención de pacientes que requieran prestaciones de un mayor nivel de complejidad.

La articulación con otras áreas de gestión -como educación, medio ambiente, promoción social, deportes, cultura, urbanismo, etc.- también está contemplada dentro de esta estrategia y se convierte en un pilar indispensable para el desarrollo de la misma, ya que facilita optimización de la gestión de los recursos existentes, evitando sobre prestaciones innecesarias, lo que permite enfatizar las acciones tendientes a atender la situación de la población con mayores necesidades.

El Sistema de Salud en la Ciudad de Buenos Aires

En la Ciudad de Buenos Aires el crecimiento del sistema público de salud se dio a expensas de las camas y de los establecimientos hospitalarios³. El prestigio creciente de los mismos y su capacidad de resolución llevó al incremento de la demanda ambulatoria sobre sus servicios, ampliándose la atención

³ El sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con 13 hospitales generales de agudos y 20 hospitales especializados.

de sus Consultorios Externos. Un modelo de atención basado en la patología compleja y en la internación tuvo que resolver, sin una política específica, consultas que han pasado de **6.923.758** en el año 1994 a **8.321.685** en el año 2000. El 60 % de estas consultas son de habitantes de la Ciudad de Buenos Aires y el 40 % corresponden a personas que habitan el conurbano bonaerense y el resto del país.

A su vez, los efectores desconcentrados territorialmente (Centros de Salud, Médicos de Cabecera, Centros Médicos Barriales) fueron el resultado de políticas implementadas por sucesivas gestiones de gobierno que pretendieron desarrollar modelos de atención innovadores y más accesibles, que llevaran a cabo la estrategia de atención primaria, pero lo hicieron sin una articulación ni un proceso de institucionalización adecuada.

El reflejo presupuestario de esta dispersión es la distribución del financiamiento del primer nivel de atención desconcentrado en tres programas diferentes⁴ para el ejercicio 2001. La asignación presupuestaria total que involucran estos programas es de \$ 28.465.309, e incluye personal, bienes de uso, capacitación, insumos para funcionamiento y medicamentos para dispensación ambulatoria tanto en Centros de Salud como en médicos de cabecera. También están contemplados en esta cifra la realización de campañas de prevención y algunos programas especiales que entregan leche y medicamentos como el Maternoinfantil, SIDA y Tuberculosis. Esta suma corresponde a un 3,3% del presupuesto total de la jurisdicción, que asciende \$ 865.572.310.

Las Áreas Programáticas

Si bien desde fines de los años 40, con la gestión del Ministro Carrillo, comienzan a aparecer los “centros de atención periférica”, estos no aparecieron articulados en un modelo de atención.

En 1988, en un intento por integrar en la estrategia de atención primaria al sistema de salud del entonces municipio, se crean las Áreas Programáticas de los Hospitales Generales de Agudos. *El Área Programática de un establecimiento es una superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico-administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles en la misma, se trata de satisfacer las necesidades de la población que la habita* (Lemus, 1988).

En la Ciudad de Buenos Aires hay doce Áreas Programáticas, correspondientes a los doce Hospitales Generales de Agudos⁵. Los radios de las mismas no fueron fijados según criterios epidemiológicos y demográficos, sino que se trazaron sobre los radios de emergencia de las ambulancias. Paralelamente se crea una estructura de conducción de estas áreas, encabezada por los Jefes de Área Programática, con asiento en el hospital de referencia y dependencia jerárquica del Director del hospital.

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria

⁴ Programa 359: Asistencia a la población sin cobertura de salud, \$ 6.070.502

Programa 364: Promover y proteger la salud a través de los servicios de salud, Actividad 573, (1) Salud Comunitaria \$ 3.604.900

Programa 365: Atención Primaria de salud en zonas carenciadas, \$ 18.789.907

⁵ Los doce Hospitales Generales de Agudos son: Álvarez, Argerich, Durand, Fernández, Penna, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Santojanni, Tornú, Vélez Sarfield, Zubizarreta.

Como responsabilidad de estas áreas queda la organización y coordinación de los centros ya existentes, Centros de Salud y Acción Comunitaria (CESAC), y de los que se crearían posteriormente, tanto por iniciativa de la Secretaría de Salud como de la propia comunidad.

Los CESAC son establecimientos que se encuentran insertos dentro de los barrios, especialmente en las zonas donde habitaba la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI), y que implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad que habita en el área, acorde a los principios de atención primaria de la salud. Sus equipos interdisciplinarios integrados por médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y obstétricas, en muchos casos, incorporan nutricionistas, fonoaudiólogos, psicopedagogos, sociólogos y odontólogos.

En la actualidad funcionan 33 de estas unidades con un total de 689 agentes. Sus estructuras son heterogéneas debido a la diversidad de su recurso humano, condiciones edilicias y de la población de su área de influencia. La mayor cantidad de centros se localiza en la zona sur de la ciudad, donde se concentra el grueso de la población con NBI en asentamientos precarios.

El eje de las acciones de promoción y protección de la salud se desarrolla a través de distintos programas: materno infantil, control de niño sano, procreación responsable, sexualidad, prevención del cáncer en la mujer, control de salud en las escuelas, educación para la salud, salud mental, prevención de accidentes, adicciones, violencia familiar, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, diabetes, hipertensión arterial. También se trabaja en talleres con mujeres embarazadas, pacientes con enfermedades crónicas, madres de menores de un año, adolescentes, etc. y se realizan visitas domiciliarias para atención, seguimiento de enfermedades o detección de familias en riesgo.

Pero desde un paradigma de salud estructurado sobre un modelo hospital-céntrico, las Áreas Programáticas no recibieron más impulso que el inicial desde el sistema de salud. Dependiendo del hospital de referencia para la obtención de sus recursos, los CESAC debían competir en desventaja con los servicios hospitalarios para su financiamiento. Esto determinó que, al mismo tiempo que iba incrementándose la demanda de la población hacia los Centros de Salud, sus recursos disminuyeran y su infraestructura se deteriorara.

La situación económica de los 90 complicó la posibilidad de traslado de población que antes se atendía en el hospital, los Centros de Salud tuvieron que comenzar a atender la demanda espontánea y mayor cantidad de consultas que las que podían canalizar con los escasos recursos con los que contaban. En algunos de ellos, los pacientes comenzaron a hacer "colas" a horas tempranas para conseguir ser atendidos, en un proceso de "semihospitalización". La falta de una política específica los dejó librados a la voluntad de los equipos de salud profesionales que trabajaban en ellos y a las convicciones del director del hospital. Al endurecerse las condiciones de trabajo, mucho de su recurso humano prefirió solicitar su traslado a los hospitales, en tanto que desde algunos de estos últimos, lejos de jerarquizar su accionar, se los utilizó como "área de castigo" para los médicos.

El Plan Médicos de Cabecera

El 2 de enero de 1997 se inicia el Plan Médicos de Cabecera, enmarcado en una política denominada de "reconversión y transformación del sistema de salud" y bajo los principios de "universalidad, equidad y accesibilidad de la población en el plano de la atención médico asistencial" (Decreto GCBA N° 456/96).

El objetivo expreso de este programa es el de desconcentrar el primer nivel de contacto con el sistema de salud. A través de él, profesionales médicos que integran la planta de personal de los hospitales

generales atienden en forma gratuita a los beneficiarios del Plan en sus consultorios particulares, en una estrategia que optimiza la utilización de los recursos públicos y privados.

Este programa se lanza a escasos dos meses de iniciada una nueva gestión de gobierno, que además era el primero de la recientemente constituida Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El nuevo gobierno buscaba imprimirle un sello propio a la gestión de salud y promover acciones que favorecieran en forma directa a los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires.

Esta desconcentración se da en un contexto socioeconómico que determina un incremento de la demanda sobre los hospitales públicos, en gran parte debido a que la clase media pauperizada sin cobertura o con acceso a servicios sociales deteriorados poco confiables, los tomaba como a un nuevo efector. Los turnos de los Consultorios Externos se volvían escasos y de menor duración, lo que incrementaba los tiempos de espera.

Aun cuando en el decreto de creación del Plan Médicos de Cabecera se habla de “desconcentrar y descongestionar” los aparatos prestadores de los hospitales, lo que implica seguir colocando en el “centro” al hospital, el nuevo programa acerca los servicios a la población y contribuye a romper la distancia geográfica, económica y social entre ésta y los servicios. Conlleva al mismo tiempo la existencia de una gestión central que garantice una prestación adecuada en cantidad y calidad en cada uno de los servicios.

El Plan está dirigido a la población de la ciudad que no cuenta con cobertura de la seguridad social, lo que involucra un sector muy amplio. El Censo de Población de 1991 incluía aproximadamente a 580.000 habitantes en esta categoría en la Ciudad de Buenos Aires, un 19,7% de la población. Entre la población con NBI esta cifra se incrementaba al 46%, en tanto en la no NBI era de un 16,9%, cantidad que se habría incrementado en los últimos años, teniendo en cuenta la recesión y los crecientes índices de desempleo.

Estructura del Plan

La propuesta del médico de cabecera pone el énfasis en la privacidad y comodidad del consultorio, que favorece la relación médico-paciente y ofrece un marco adecuado para el abordaje de los problemas de salud. Dicha figura, pensada en términos de médico de familia, también se inserta en el Área Programática, ya que los beneficiarios ingresan al Plan registrándose en el hospital general que les corresponde según su domicilio, teniendo en cuenta los límites de las mismas.

En cada hospital hay un “stand” del Plan que inscribe a los vecinos que cumplen con los requisitos, les asigna un médico y realiza la articulación con el resto del sistema de salud. Este centro de referencia cuenta con un Coordinador Médico y dos empleados administrativos que concentran la información del Plan en el área y “facilitan” las derivaciones que realizan los médicos de cabecera.

El “stand” cumple funciones de gestoría y de contención, ya que además de brindar orientación, se constituye en un espacio de referencia y de representación personal. Lleva, además, un registro informatizado de la población beneficiaria, que contiene sus datos de filiación, motivos de consulta y consumo de prestaciones.

Los médicos de cabecera son profesionales que forman parte de la planta o la guardia del hospital y que cuentan con un consultorio dentro del Área Programática, para la atención de una cartera de beneficiarios que les es asignada y a la que citan en forma programada. En la función como médicos de cabecera dependen jerárquicamente del Área Programática. Realizan las derivaciones necesarias hacia su hospital de referencia, en donde son gestionadas a través de los Coordinadores Médicos. Actualmente atienden en forma desconcentrada 217 médicos que se desempeñan en las especialidades

de Clínica Médica (118), Pediatría (65) y Tocoginecología (34), a los que recientemente se incorpora el Odontólogo de Cabecera (27).

En el último período se ha incorporado una nueva modalidad de atención en el Plan: los Centros Médicos Barriales, policonsultorios de médicos de cabecera de los cuales ya se han inaugurado diez, y que nuclean a médicos generalistas, clínicos, pediatras y tocoginecólogos, junto con trabajadores sociales y asistencia de enfermería.

Los Coordinadores Médicos- uno por cada Hospital General de Agudos- son figuras esenciales en este esquema ya que realizan tareas de coordinación del Plan, mediante un trabajo de articulación a diferentes niveles (médicos de cabecera, servicios intra e interhospitalarios, redes comunitarias, programas sociales, nivel central). El Plan, además de la atención en consultorio y la derivación a los servicios especializados hospitalarios, ofrece también cobertura gratuita de medicamentos básicos a diabéticos, menores de 15 años, mayores de 65 y mujeres embarazadas.

Un nuevo marco normativo

También la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en consonancia con el concepto de ciudadanía y asumiendo desde su rol de Estado local autónomo la tutela de los derechos de los ciudadanos, promueve en su artículo 11° “la remoción de los obstáculos de cualquier orden que, limitando de hecho la igualdad y la libertad, impidan el pleno desarrollo de la persona y la efectiva participación en la vida política, económica o social de la comunidad”. Entre estos derechos “Se aseguran a través del área estatal de salud , las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad.” (Artículo 20°)

Al respecto, la Ley Básica de Salud de la Ciudad (Ley N° 153, sancionada en 1999) 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.”(Artículo 3°, inciso h) y crea las áreas de salud, que responden a una delimitación geográfico poblacional que será coincidente con la división territorial propuesta para las comunas. Estas áreas serán las sedes administrativas de las competencias locales en salud y tendrán la responsabilidad de analizar las características socioepidemiológicas locales, pudiendo proponer cantidad y perfil de los servicios de atención.

Al referirse al subsector estatal de servicios, la Ley de Salud le fija como objetivo primero el “contribuir a la disminución de los desequilibrios sociales, mediante el acceso universal y la equidad en la atención de la salud, dando prioridad a las acciones dirigidas a la población más vulnerable y a las causas de morbimortalidad prevenibles y reductibles (Artículo 14, inciso a)

Con respecto a la organización de servicios, la realiza conforme a la estrategia de atención primaria de la salud, mediante la constitución de redes y niveles de atención según capacidad de resolución. La Ley deja explícita la jerarquización del primer nivel, y , en su artículo 19 define su organización:

“ Son criterios de organización del primer nivel de atención:

- a) Constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención,
- b) Coordinar e implementar en su ámbito el sistema de información y vigilancia epidemiológica y sanitaria;
- c) Garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales;

- d) Realizar las acciones de promoción, prevención, atención ambulatoria, incluyendo la internación domiciliaria, y todas aquellas comprendidas en el primer nivel según la capacidad de resolución establecida para cada efector;
- e) promover la participación comunitaria;
- f) Garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades, estableciendo articulaciones horizontales y con los otros niveles, con criterio de redes y mecanismos de referencia y contrareferencia;
- g) Elaborar el proyecto de presupuesto basado en la organización de actividades;
- h) Identificar la cobertura de las personas y efectuar la facturación a terceros responsables de acuerdo a los mecanismos que se establezcan.”

La Ley Básica de Salud fue reglamentada parcialmente por el Decreto GCBA-N° 208-01. Dicha reglamentación, en vista de la demora que se está dando en sancionar la Ley de Comunas de la cual saldrán los límites de las futuras áreas de salud, cuenta con una cláusula transitoria a través de la cual ofrece la posibilidad de avanzar en la implementación de las áreas de salud en relación con los actuales Centros de Gestión y Participación de la ciudad.

Una mirada sobre la situación actual

Pero para que una nueva propuesta configure una instancia superadora de la situación actual, y no sea incorporada al sistema como “una más” es necesario un análisis profundo que oriente las intervenciones hacia los puntos que generarán un mayor impacto sobre el sistema y la salud de la población y permita conocer las limitaciones de dichas medidas.

Es así como la variedad de efectores mencionados aún no ha logrado un grado de organización propia ni un presupuesto suficiente que permitan satisfacer las necesidades de la población de la ciudad en forma adecuada.

Las razones que determinan esta situación obedecen a un sinnúmero de variables entre las cuales podríamos destacar las siguientes:

1. ESTRUCTURALES DEL SISTEMA

- Las Áreas Programáticas están sujetas a una **doble dependencia**: dependen de la gestión hospitalaria en la obtención de los insumos para su funcionamiento. Su personal está incluido en la estructura hospitalaria, por lo cual está sujeto a las decisiones del Director del hospital y de la Dirección General de Atención de la Salud, de la cual dependen todos los establecimientos asistenciales. Por otra parte, funcionalmente responden a los requerimientos de la recientemente creada Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Hasta este último cambio de estructura, la unidad de coordinación de las Áreas Programáticas, la Dirección de Salud Comunitaria, estaba equiparada jerárquicamente a la de un Director de hospital y dependía de la citada Dirección General de Atención de la Salud, reproduciendo a nivel de conducción central la situación de subalternidad del primer nivel respecto del nivel hospitalario.
- **Participación de numerosas unidades administrativas**, ya sea a nivel de ejecución como de decisión, lo que complica el gerenciamiento. Como ejemplo podemos citar la obtención de insumos para prácticas especiales (prótesis), que si bien es una prestación de segundo nivel no siempre es claro para el caso de población nominalizada, si es responsabilidad del primer nivel la adquisición de la misma y aún no se ha podido llegar a una normatización conjunta. Otro

ejemplo es la dispensación de medicamentos para pacientes ambulatorios, que se realiza a través de las farmacias hospitalarias, sin de registros de consumo o epidemiológicos que permitan orientar una gestión de compra, la que descentralizada en los Hospitales sin una política específica, queda librada a la discrecionalidad de priorización de la siempre más urgente problemática hospitalaria.

- **Falta de estructura interna** de los Centros de Salud, por lo cual no poseen dotación asignada que responda a una planificación sanitaria, obteniendo su recurso humano de acuerdo con la capacidad de presión sobre la Dirección del Hospital.
- **Falta de concepción sistémica de la salud** por parte de los efectores, con un modelo de integración vertical y feudal, del cual el primer nivel no es el primer eslabón sino el más bajo. El hecho de que el Área Programática sea el “área **del** hospital” le permite jugar un modelo de territorialidad cerrada, que dificulta la coordinación horizontal: salvo casos aislados como la red de Pediatría de la zona sur y la de Microbiología, los hospitales no se integran en redes según complejidad y especialización ni los Centros de Salud se coordinan para optimizar sus recursos en la implementación de programas comunes. Si bien a partir de la creación de las unidades de Áreas programáticas hospitalarias y con el Plan de optimización de AP (Lemus 1989-1991) se intentó implementar una política de descentralización y apertura hacia las necesidades de la comunidad, la iniciativa se fue diluyendo a lo largo de los últimos años en función de las dificultades en llegar a acuerdos estratégicos con las Asociaciones de Profesionales y los grupos de poder intra hospitalarios. La implementación de acuerdos es necesaria tanto para garantizar una atención de calidad como para erradicar de los Hospitales el fantasma de un presunto vaciamiento con el crecimiento del primer nivel de atención.
- **Desarticulación entre los distintos niveles del sistema**, ignorando los mecanismos de referencia y contrarreferencia, lo que determina que muchos pacientes busquen respuesta a problemas de salud ambulatoria directamente en los hospitales, cuya función primordial es resolver problemáticas más complejas.

2. PERFIL DE LOS EFECTORES

- **La formación de pre y posgrado de los profesionales médicos en nuestro país**, y especialmente en la Ciudad de Buenos Aires, se define de acuerdo al modelo asistencial vigente desde hace más de 50 años, con criterios que priorizan una visión fragmentada de la persona, la patología compleja y la superespecialización con incorporación de tecnología instrumental de alta complejidad. Esto no solamente devino en un perfil profesional determinado, sino que generó una cultura institucional en los prestadores de todos los sectores de la salud difícil de revertir por el impacto que tuvo sobre la población al generar una demanda sentida sobre la alta complejidad que retroalimenta ésta cultura.
- La **cultura hospitalaria** ha considerado siempre la atención ambulatoria en el sector público, en especial la de los problemas más comunes de salud, como una “práctica menor”. Esto se ha visto en las resistencias de los profesionales a concurrir al Consultorio Externo y más aun a los Centros de Salud. No ocurre lo mismo con los médicos de cabecera, ya que el modelo de atención en consultorio privado, ya que los acerca a una práctica por ellos más jerarquizada y anhelada: el ejercicio liberal de la profesión.
- **Para el caso del Plan de Médicos de Cabecera** el perfil adecuado del médico de familia, con énfasis en la atención primaria de la salud, no parece haber quedado lo suficientemente definido entre los responsables de la selección, y así mismo era resistido por algunas sociedades científicas. Ello derivó en que los médicos fueran elegidos mediante pautas heterogéneas, dentro del staff hospitalario, en la mayoría de los casos sin formación para trabajar con criterios

de responsabilidad programática sobre una cartera de pacientes. Con pocas consignas de funcionamiento, lejos de los hospitales y más aun del nivel central, el nuevo modelo de atención corría el riesgo de ser confundido por los médicos de cabecera. Los que tenían mayor sentido de pertenencia al sistema percibían el rechazo del hospital y la subvaloración de su tarea.

- **Para el caso de los Centros de Salud**, la poca jerarquización de la labor de los equipos de salud por parte del resto del sistema, es de alguna manera incorporada como imagen propia por parte del personal de los centros, lo que trae aparejado un posicionamiento desigual a la hora de negociar espacios de poder dentro del sistema. Así mismo esta imagen se ve reforzada por haberse utilizado el pase a los Centros como forma de castigo.
- Falta de integración horizontal entre los distintos efectores que integran el primer nivel médicos de cabecera, centros Médicos Barriales y de estos con los CeSAC

3. PATRONES CULTURALES

- De la mano de esta situación de asimetría entre el 1° y el 2° nivel se han diseñado las pautas de comunicación del sector. Es así como gran parte de **la población desconoce la posibilidad de disponer de los servicios de salud más accesibles** del primer nivel de atención.
- Aun conociendo la disponibilidad de éstos servicios, el consumo de actos médicos también ha crecido de la mano de las políticas que promueven la incorporación de tecnología instrumental de alta complejidad, en desmedro de la valoración de la tecnología de complejidad específica para el primer nivel de atención.
- Ausencia de la concepción de salud como un derecho de la ciudadanía, que considere a la información como sustento real de la participación y permita a los ciudadanos constituirse como sujetos de derecho a través de la accesibilidad a la misma mediante mensaje claro, con códigos compartidos por los diferentes grupos sociales.

A su vez, estos efectores han desarrollado algunas fortalezas que es importante aprovechar

1. EL PLAN MÉDICOS DE CABECERA

- La **nominalización de los beneficiarios** del Plan provee una valiosa herramienta para el cambio del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires, en tanto funciona como un detector de los problemas de dicho sistema al permitir observar sobre una población controlada las dificultades de funcionamiento de las redes formales y de las estructuras establecidas. Cuatro años de gestión han permitido contar con un diagnóstico adecuado de las necesidades de la población y de las barreras de acceso al sistema.
- El **mix público-privado**, que facilita la apertura de nuevas bocas de atención, ya que la provisión del recurso físico la aportan los profesionales seleccionados, buscándola en áreas prefijadas por la Secretaría de Salud y con fiscalización de sus equipos técnicos. A su vez, la posibilidad de atención en un consultorio privado resulta atrayente para la clase media pauperizada, habituada a atenderse en estos ámbitos.
- Una **fuerte presencia del nivel central en su implementación y coordinación**, respaldando su proceso de institucionalización, que ha impedido que se desdibujara, subsumido en la vorágine hospitalaria.
- El desarrollo de una estructura de gestión administrativa altamente operativa y de un espacio de orientación y contención. Las dificultades en el acceso a los recursos del segundo y tercer nivel de atención, impusieron al Plan la necesidad de poner en funciones **una suerte de estructura**

“paralela” para lograr una atención efectiva de los beneficiarios. Es así como una porción significativa del trabajo del Coordinador y del personal administrativo está dedicada a la gestión de turnos, insumos para prácticas y medicamentos, y el stand se ha constituido en un lugar de referencia, que incrementa la accesibilidad del sistema al evitar que los pacientes deambulen por los pasillos del hospital en busca de atención.

2. LOS CENTROS DE SALUD

- **La integración del equipo de salud con un perfil interdisciplinario**, que permite un abordaje multidimensional de los problemas de salud, enriqueciendo la perspectiva de meramente asistencial de los profesionales médicos y favoreciendo las intervenciones comunitarias a través de especialistas en dichas metodologías.
- **El desarrollo de convicciones profundas en los equipos** respecto de la validez de la estrategias de atención primaria de la salud y las actividades de prevención, fortalecidas en la soledad en que el sistema ha dejado a los CeSAC, que han generado una verdadera militancia en sus promotores.
- La **posesión de un saber específico** y el desarrollo de una cierta capacidad de resolución que vienen garantizando desde hace una década el acceso a la salud a la población con NBI, aun con sus dificultades y la escasez de sus recursos.
- La generación de distintos emprendimientos en algunos Centros que constituyen la base de una **programación local participativa**, con posibilidades de ser replicada en otras áreas.

Desde una perspectiva estratégica, la lógica indicaba que el Plan Médicos de Cabecera, los Centros de Salud y la Áreas Programáticas fueran aliados naturales, ya que todos compartían un ámbito común de inserción territorial. Era esperable su articulación en una red desconcentrada, para que ambos encararan en forma complementaria las estrategias de la atención primaria de la salud. De hecho, compartían una misma dependencia común: la Jefatura de Área Programática. Pero esta dependencia era sólo formal. Ya se ha hecho mención al desamparo en el que se hallaban los Centros de Salud. La aparición de una nueva modalidad desconcentrada, con una fuerte inyección de recursos, generó también en ellos recelo. Más aún cuando sus referentes no fueron convocados para aportar su experiencia al diseño del nuevo programa y pocos profesionales de los Centros tuvieron oportunidad de presentarse como médicos de cabecera en una primera etapa, dado que algunos de los típicos problemas de comunicación que se verifican en las organizaciones públicas se agudizan en el caso de efectores desconcentrados. También hay que destacar las resistencias de algunos médicos de cabecera, ya que, como profesionales del ámbito hospitalario, tampoco se visualizan como integrantes del Área y no están habituados a trabajar por programas.

Hacia donde vamos

La propuesta actual es aprovechar las fortalezas de los Centros de Salud, su experiencia en el trabajo comunitario y el abordaje interdisciplinario de los problemas, y las que tiene el Plan como modelo de gestión administrativa, para así avanzar en una gestión articulada. Los Centros Médicos Barriales, policonsultorios de médicos de cabecera de distintas especialidades que incorporan enfermería y trabajo social son una nueva modalidad que revaloriza el abordaje de los problemas de salud de las

familias a través de un equipo. Desde ellos, se realiza un trabajo de detección de familias en riesgo y se las “acompaña” hacia el Plan. A la vez, el sistema de información de médicos de cabecera está siendo adaptado para poder utilizarlo en los Centros de Salud y lograr información uniforme del primer nivel de atención. Se está avanzando en la gestión conjunta de algunos insumos, como medicamentos, y en normas de atención y registro uniformes. Un cambio reciente en la estructura de la Secretaría de Salud ha hecho confluír la conducción de ambos sistemas en una misma unidad orgánica, la Dirección General de Atención Primaria de la Salud, y los ha unificado presupuestariamente, lo que muestra la voluntad política de lograr una articulación efectiva en beneficio de la estrategia de atención primaria.

Dentro de este marco de acción, la Dirección de Atención Primaria de la Salud, se ha fijado dos objetivos estratégicos:

- **Incrementar la accesibilidad, operando sobre los componentes organizacionales, sociales y económicos jerarquizando la atención de la población más vulnerable a fin de compensar las desigualdades sociales**
- **Mejorar la calidad de la atención en salud, interviniendo sobre las diferencias significativas entre los distintos efectores del primer nivel, y sobre la articulación en redes horizontales y verticales que integre paulatinamente en una visión sistémica a todos los efectores.**

Nuevos desafíos institucionales:

En base a los objetivos trazados se ha comenzado la implementación de un plan de acción centrado en los siguientes ejes:

1. La implementación de políticas de **nominalización de los beneficiarios** usuarios del sistema lo que permite una mayor racionalidad en la planificación de la gestión de recursos que asegure el cumplimiento de los derechos de todas las personas constituyéndolas como sujeto en su relación con el sistema de salud y con los servicios de atención sin desmedro de una prestación universal como lo establece el art. 2° de la ley 153. El análisis remite a la necesidad de contar con estrategias complementarias para los distintos grupos poblacionales, si se desea incrementar el acceso a la salud para toda la población.
2. **Organización estructural para la coordinación de políticas del 1° nivel de atención:** La implementación de la Ley Básica de Salud, que propone la regionalización de las áreas de salud tomando como base territorial a las Comunas, permitirá progresivamente romper con el criterio céntrico, que tiene al Área Programática como “área de influencia del hospital” y avanzar en un modelo de primer nivel de atención a través de efectores en consultorios o centros de diversa complejidad. Estos efectores serán la puerta de entrada a un sistema de salud que organizará su segundo y tercer nivel en 33 hospitales de derivación de acuerdo con su cercanía, complejidad y especialización para todos los residentes de la ciudad que requieran de la asistencia del sector público. Sin embargo la doble o triple dependencia del personal profesional, técnico y administrativo se presenta como un obstáculo a la gestión ágil que necesita un sistema integrado por distintos niveles de complejidad creciente. La reglamentación vigente de la ley básica estipula

que las Áreas de salud tendrán como función inicial la coordinación e integración del primer nivel (centros de salud, médicos de cabecera y centros médicos barriales) en su zona de responsabilidad pero manteniendo la dependencia administrativa de los mismos (esto es: centros de salud dependiendo de hospitales y Centros Médicos Barriales y Médicos de cabecera con doble dependencia: central y hospitalaria) dependencia que no aseguró la distribución de recursos orientada al primer nivel, ni el correcto funcionamiento de redes de referencia y contrarreferencia así como una disponibilidad de insumos y medicamentos adecuada a las necesidades prestacionales.

3. Definición del **modelo de gestión** para los distintos efectores del primer nivel:

- Consolidación de la **estructura** de los centros de salud, que contemple la definición de jefaturas con función y responsabilidades, y una dotación de equipo interdisciplinario con planta mínima definida según la cantidad y el perfil de la población del área de inserción geográfica de cada centro.
- Definición y conocimiento de la población a cargo de cada efector: tanto Centros de Salud como Médicos de cabecera según criterios acordes a cada uno, tendiendo a la realización de intervenciones enmarcadas en la **responsabilidad** epidemiológica sobre la población a cargo.
- Implementación de un **sistema informatizado de registros**, capitalizando la experiencia del sistema del Plan médicos de cabecera, que permita: 1. elaborar padrón de beneficiarios, conocer el perfil de la población bajo responsabilidad de efector, y orientar la búsqueda activa en los casos que así lo requieran. 2. llevar un registro de turnos y prestaciones que permita la gestión adecuada de recursos, insumos y medicamentos. 3. Identificar la cobertura social de las personas a fin de elaborar convenios con organismos de la seguridad social.
- Dotar a los efectores de las herramientas necesarias para lograr un adecuado desarrollo de la programación local en un mediano plazo
- Establecer mecanismos de referencia y contrarreferencia con los hospitales mediante acuerdos entre todas las instancias institucionales que aseguren la exitosa articulación entre los servicios definiendo la responsabilidad por niveles.

4. Integración del **modelo de atención** en efectores del primer nivel:

- Unificación de la historia clínica familiar, con carnet perinatal y libreta sanitaria
- Énfasis en el trabajo de equipos multidisciplinarios, asegurando a los médicos de cabecera y a los profesionales de los centros médicos barriales su inclusión en la red de primer nivel de atención para la constitución de los mismos.
- Acordar programas básicos de atención que se desarrollen en todos los efectores: Programa materno infantil (acompañamiento del crecimiento y desarrollo infantil, control prenatal y cuidados perinatales, lactancia materna, sexualidad y procreación responsable, enfermedades infantiles prevalentes, desnutrición), Inmunizaciones; prevención del cáncer en la mujer, enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis; Hipertensión arterial, diabetes y dislipemias. Acordar los mecanismos de definición y evaluación de programas locales de atención.
- Consulta programada para la población bajo programa, uso de ficheros cronológicos con búsqueda activa en domicilio para la población en riesgo.
- Atención a demanda espontánea para la resolución de morbilidades.

- Visitas domiciliarias para la búsqueda activa de la población de riesgo, y para la atención de casos que por sus características lo requieran.
- Actividades con la comunidad, orientadas a intervenciones según programas mínimos o locales.

5. Medicamentos e insumos.

- Implementación del uso del vademécum de atención primaria en todo el primer nivel de atención con la inclusión de la normatización de conductas terapéuticas según patologías.
- Registro de prescripción y dispensación que permita conocer el consumo básico en cada efector.
- Definición del proceso de gestión de compra y distribución
- Dispensación a cargo de farmacéuticos de atención primaria en farmacias hospitalarias y de centros de salud.

6. Redes de diagnóstico en el primer nivel de atención que incluyan tanto la toma de muestras para laboratorio descentralizada como las prestaciones básicas de ecografía y radiología en Centros que por su ubicación geográfica o por el tamaño de la demanda lo requieran.

7. Capacitación del personal de salud como estrategia de integración de todo el primer nivel. Los recursos humanos que trabajan en las instituciones públicas constituyen los mejores aliados para el logro de objetivos de mayor equidad social y de uso eficiente de recursos financieros y la mejor herramienta para la concreción de los objetivos propuestos. En este sentido las actividades de capacitación se piensan tanto como una táctica de integración, como una estrategia de mejoramiento de la calidad de la atención, definiendo la modalidad en servicio como primordial, y tomando como ejes temáticos:

- Los contenidos clínicos, priorizando el conocimiento y la normatización para la atención de las patologías prevalentes y de los controles de salud e intervenciones de prevención adecuadas según edad y sexo, con énfasis en el área materno infantil y en las enfermedades cardiovasculares.
- El fortalecimiento del modelo de atención, y la gestión de población a cargo, con acompañamiento en las actividades de programación local. Integración para la conformación de la red y la inclusión del personal administrativo en atención al público, como la cara más visible del sistema.
- El manejo y elaboración de registros acordes a las necesidades locales y centrales
- La enfermería de atención primaria, por considerarse un recurso crítico.

8. Integración intersectorial: Se realizarán acciones coordinadas y conjuntas con otras jurisdicciones del Gobierno de la Ciudad, como Educación, Promoción Social, Medio Ambiente, etc., a fin de optimizar los recursos y potenciar el impacto de los programas destinados a los mismos grupos poblacionales.

9. Comunicación social. En una sociedad cada vez más mediatizada, las estrategias comunicacionales de los programas sociales adquieren un rol relevante en el impacto de dichos programas., las actividades de comunicación social están orientadas a la difusión de la oferta de servicios del primer nivel de atención, a coadyuvar en las actividades de prevención y a la comunicación de las políticas de gobierno del área.

Reflexiones finales

El cambio propuesto promueve no solamente un cambio en los modelos de atención y gestión sino un cambio de cultura. Pero los cambios en la cultura de una organización y una comunidad son lentos y necesariamente requieren de tiempos prolongados que exceden una gestión de gobierno.

Para modificar la perspectiva del sistema de salud, mediante la transformación de un modelo hospitalo céntrico y la jerarquización del primer nivel, y avanzar en la consolidación de una nueva estrategia para su organización, no alcanza con modificaciones estructurales: hace falta una voluntad política sostenida que supere el nivel local, y que involucre una acción conjunta del sector salud y de educación en la redefinición de la formación de sus profesionales en el pre y posgrado.

A nivel macro, esto se acompañará con la profundización de los procesos de democratización y construcción de ciudadanía. La consagración del derecho a la salud en la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires coloca al Estado en un rol que va más allá del de un mero garante: lo compromete en políticas activas que permitan al ciudadano el ejercicio pleno de tal derecho, brindando desde el sistema público de salud un acceso equitativo y gratuito a servicios de calidad y promoviendo la participación del ciudadano como un actor relevante, al generar espacios para la demanda de ese derecho.

En el nivel comunal, los cambios estructurales y de gestión deberán ser sustentados por alianzas estratégicas, coordinados desde el área central con una sostenida y consistente presencia en acciones concretas y acompañados por una política específica de comunicación, tanto institucional como hacia la comunidad.

Bibliografía

Dirección General de Estadísticas y Censos (GCBA). Anuarios Estadísticos de la Ciudad de Buenos Aires 1998, 1999 y 2000.

Dirección General de Estadísticas y Censos (GCBA). “El Plan Médicos de Cabecera. Encuesta de opinión”.

Dirección General de Estadísticas y Censos (GCBA). “Población de la Ciudad de Buenos Aires”. Boletín SEC. Febrero, 1999.

Dirección General de Estadísticas y Censos (GCBA). “Situación Ocupacional de la Población de la Ciudad de Buenos Aires, 1993-1998”. Boletín SEC. Octubre, 1998.

Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño, Secretaría de Salud, (GCBA), “Series: Movimiento Hospitalario, Partos, Prestaciones Odontológicas, Auxilios y Accidentes. Abril, 2001

Duré, Isabel (1999) “El Plan Médicos de Cabecera del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, una mirada desde la población beneficiaria”. Tesis presentada para optar al título de Magister en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires. (mimeo)

Duré, Isabel (2001) “El Plan Médicos de Cabecera, Un nuevo modelo de atención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”, en Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental, Año 7, N°17, Asociación de Administradores Gubernamentales, Buenos Aires, 2001

Iriart C., Nervi L. y Olivier B. “Surgimiento de la política de recursos humanos en salud pública en Argentina. En “Ciencia, Ideología y Profesionalización de la Salud Pública Argentina. Mimeo. Buenos aires. 1990.

Lemus, Jorge D. “Atención Primaria de Salud y Áreas Programáticas Hospitalarias”, FUNCIDES, Universidad del Salvador, Buenos Aires, 1988.

Linger, C.; “Recursos humanos para los sistemas locales de salud”. Educ. med. Salud 1989.

Marshall, T. H. “Citizen and Social Class”, en Marshall T. H. Y Bottomore T. “Citizen and Social Class”. Chicago. USA. Pinto Press. 1992. (Artículo original publicado en 1950).

Mazzeo, Victoria “Estratificación sociodemográfica de la Ciudad de Buenos Aires”. Seminario de Investigación Urbana: El nuevo milenio y lo urbano. Buenos Aires. Agosto, 1998.

Minujín, Alberto y Kessler, G. “La nueva pobreza en la Argentina”. Temas de hoy. Argentina. Editorial Planeta. 1995.

Pirez, Pedro. “Descentralización y gestión de la Ciudad de Buenos Aires”. En “Ciudad de Buenos aires. Gobierno y descentralización”. Herzer compiladora. CEA. CBC. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. 1996.

Primeras Jornadas de Políticas de Salud, Documentos de trabajo, Fundación Carlos Auyero, Buenos Aires, 26 y 27 de junio 1998.

Normativa

Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Ley N° 153 (Ley Básica de Salud.) y su Decreto Reglamentario GCBA N° 208/01

Decretos del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires N° 456/96; N°3266/98 y N° 2132/00.

Decreto de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires N° 109/90

Resoluciones Secretaría de Salud (GCBA) N° 399/97) y N° 80/98

Resoluciones Secretaría de Salud y Medio Ambiente (MCBA) N° 54/86

Reseña Biográfica

Gabriel Esteban Muntaabski

Cargo: Director General de Atención Primaria de la Salud, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Domicilio Institucional: Carlos Pellegrini 313, piso 11°, (5411) 4326-7868

Domicilio particular: Chascomús 4765 – Chalet Nro. 9, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, (5411) 4635-7122

E-mail: muntaabski@intramed.net.ar, gmuntaabski@buenosaires.gov.ar

DNI 14.156.225

Formación profesional

Médico, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires
Especialista en Medicina General y Familiar

Diplomado en Salud Pública, Ministerio de Salud y Acción Social

Ha realizado numerosos cursos nacionales e internacionales sobre epidemiología, atención primaria de la salud, administración sanitaria, planificación estratégica y capacitación por competencias.

Actividad profesional

Director General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño. Secretaria de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2000.

Consultor Programa Materno Infantil y Nutrición. Subproyecto de asistencia técnica para la reformulación de los sistemas de salud de los Partidos de Marcos Paz y Luján. Pcia. De Bs. As. 1999.

Jefe de Gabinete del Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET). Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. 1998 a 1999

Responsable del Area de Salud y Ambiente. Dirección Nacional de Educación Tecnológica. (INET). Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. 1997

Consultor de la Dirección Nacional de Educación Técnico Profesional. INET. Programa TTP Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. 1996.

Consultor Senior PNUD. Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) 1994-1995.

Consultor Senior. PFM. Programa Reformulación del Sistema de Salud del Municipio de Puán. Provincia de Buenos Aires. 1994

Jefe del Centro de Salud y Acción Social Nro. 24 de la M.C.B.A. 1991 - 1999.

Asesor de la Comisión de Salud del Honorable Consejo Deliberante de la Ciudad de Buenos Aires. 1991-1993.

Jefe del Departamento de Factibilidad y Programación de la Subsecretaría de la Juventud de la M.C.B:A. 1989-1990.

Subdirector Provincial de Atención Primaria de la Salud. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 1987-1988

Integrante de la Comisión Asesora en Medicina General del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. 1987.

Es docente de la Cátedra de Medicina Familiar. Hospital Piñero. UBA y de Carrera de Fonoaudiología. Cátedra de Fonoaudiología preventiva y ha participado como panelista y dictante en numerosos cursos y jornadas de Medicina General y de Atención Primaria de la Salud.

Daniela María Daverio

Cargo: Jefa de Gabinete de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Domicilio Institucional: Carlos Pellegrini 313, piso 11°, (5411) 4326-7868

Domicilio particular: Tronador 1126, 1º Dpto “C”, Buenos Aires, Argentina, (5411) 4554-1608
E-mail: ddaverio@hotmail.com , ddaverio@buenosaires.gov.ar

DNI 16.474.739

Formación Profesional

Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires
Especialista en Medicina General, Residencia completa

Enfermera Profesional, Instituto Padre Luis Tezza, Ciudad de Buenos Aires

Ha realizado numerosos cursos sobre medicina general, administración sanitaria y planeamiento estratégico.

Ha terminado de cursar la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social, Fundación Isalud, con beca obtenida del PRESSAL, Ministerio de Salud de la Nación. Se encuentra elaborando la tesis.

Actividad Profesional

Síndica Médica. Programa de Sindicatura. Superintendencia de Servicios de Salud y Seguridad Social. Abril de 2000 a la fecha.

Coordinadora Médica del Centro Médico de Atención Primaria de San Miguel. Pcia. Bs. As. OSPeCon. 1998/2000.

Consultora Nacional en el Área de Salud de la Gerencia de Operaciones de la Unidad de Coordinación del Programa Materno infantil y nutrición (Promin). 1996 /1998.

Jefa a cargo del Centro de Salud y Acción Comunitaria Nro. 20.1995/2000.

Médica Generalista de planta en el CeSAC N° 24 dependiente del Htal. P. Piñero Municipalidad de Buenos Aires, 1991/1995.

Sub directora del mismo Centro de Salud.1993/1995.

Ha participado como panelista en diversas jornadas sobre atención primaria de la salud y medicina general.

Silvia Gisela Chera

Cargo: Asesora de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Domicilio Institucional: Carlos Pellegrini 313, piso 11º, (5411) 4326-7868

Domicilio particular: Ramírez de Velazco 1064, Dpto 4, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

E-mail: schera@intramed.net.ar, dgaps@buenosaires.gov.ar

DNI 17.165.327

Formación Profesional

Médica, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires

Especialista en Medicina General y Rural, Residencia completa

Ha realizado numerosos cursos sobre medicina general y familiar, atención primaria de la salud y prevención de patologías prevalentes en el primer nivel de atención.

Se encuentra cursando el 2° año de la Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social.

Actividad Profesional

Directora de Medicina Preventiva (Atención Primaria de la Salud), Secretaría de Salud, Municipio de Morón, Provincia de Buenos Aires, Argentina, Diciembre de 1999 a abril de 2001

Médica Generalista del Centros Médicos de Atención Primaria de San Martín, San Miguel y Acassuso, OSPeCom, Provincia de Buenos Aires, 1997/2000

Médica Generalista del Programa Federal (PROFE), San Fernando, Región Sanitaria V, Pcia de Buenos Aires, 1996/1997.

Médica Generalista Rural, Hospital Rural “Teodoro Gandini”, SIPROSALU, Provincia de Chubut, 1995/1996

Se ha desempeñado como docente en la Cátedra de Medicina Familiar de la Carrera de Medicina, UBA, y en cursos de formación de enfermeras y agentes sanitarios, así como en capacitación en terreno a líderes y otros grupos en actividades de prevención comunitaria.

María Isabel Duré

Cargo: Asesora de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud. Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. A cargo de la Coordinación General del Plan Médicos de Cabecera

Domicilio Institucional: Carlos Pellegrini 313, piso 11°, (5411) 4326-7868

Domicilio particular: Yapeyú 829, Ciudad de Buenos Aires, Argentina, (5411) 4931-2310

E-mail: isadure@sinectis.com.ar, uag@buenosaires.gov.ar

DNI: 11.675.720

Formación profesional:

Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires

Administradora Gubernamental, INAP, Secretaría de la Función Pública, Presidencia de la Nación (1995).

Magister en Salud Pública, Universidad de Buenos Aires.

Ha realizado diversos cursos en temas de planificación, programación y economía de la salud, auditoría médica, planificación estratégica, diseño de políticas sociales, gerenciamiento en organizaciones públicas y gestión territorial.

Actividad profesional

Desempeño profesional como Administradora Gubernamental

1996-2001: **Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.** Integrante de la Unidad de Administradores Gubernamentales, brindando asistencia técnica en diversos temas a la Unidad Jefe de Gobierno, Subsecretaría Legal y Técnica, Subsecretaría de Descentralización, Subsecretaría de Gestión y Administración Financiera, Dirección General de Recursos Humanos.

En la Secretaría de Salud se desempeñó como asesora de la Dirección General de Programas Especiales (1996/1997) y de la Subsecretaría de Servicios de Salud (2000). Desde 1997 hasta la fecha se encuentra a cargo de la Coordinación General del Plan Médicos de Cabecera.

1995-1996: **Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.** Integrante de la Unidad de Administradores Gubernamentales, brindando asistencia directa a la Intervención.

Otras actividades profesionales:

Trabajos relacionados con el gerenciamiento de prestaciones y auditoría médica en obras sociales, empresas de medicina prepaga y consultoras 1985/1993.

Ejercicio de la medicina asistencial y de la investigación clínica en el ámbito público y privado en las especialidades de Clínica Médica y Hematología 1979/1988.

Administración de una pequeña empresa familiar prestadora de salud 1982/1988.

Ha participado como dictante y panelista en diversos cursos y jornadas en temas de políticas públicas y salud y gestión de programas de salud.

Resumen

El Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con un alto reconocimiento, tanto a nivel nacional como en los países limítrofes. No obstante, en los últimos años ha acusado el impacto de una mayor demanda de asistencia por parte de la población.

Si bien en términos de oferta el sistema pareciera ser suficiente para dar respuesta a las necesidades de la población, lo cierto es que, particularmente en el primer nivel de atención, la heterogeneidad de los servicios se asienta en una heterogeneidad de modelos que dispersa los recursos y el esfuerzo, y brinda una dispar atención a los distintos grupos poblacionales que acceden espontáneamente por vías

diferentes. Es así como en algunos casos estos grupos deben atravesar barreras injustificables, traducidas en largas esperas, ausencia de turnos, trabas burocráticas, etc.

El presente trabajo realiza un análisis de las características de los distintos efectores del primer nivel de atención desconcentrado y presenta un plan que se está implementando desde la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, que permite aprovechar e integrar las fortalezas de los modelos ya existentes y optimizar el acceso y la calidad de prestación de los Centros de Salud, Centros Médicos Barriales y médicos de cabecera, enmarcándolos en la estrategia de Atención Primaria de la Salud y en los lineamientos de la nueva Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires.