Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur

Mapeo de la APS en Argentina

Consultor: Dr. Gilberto Ríos Ferreira

Documento Autoral de APS en los países de Suramérica

UNASUR
iSAGS
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

UNASUR
Unión de Naciones Suramericanas

MAPEO Y ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR

Mapeo de la APS en Argentina

Consultor: Dr. Gilberto Ríos Ferreira

Documento Autoral de APS en los países de Suramérica

Rio de Janeiro
Junio 2014

UNASUR
ISAGS
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

UNASUR
Unión de Naciones Suramericanas

Expediente

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

Director Ejecutivo:
José Gomes Temporão

Coordinador Técnico:
Henri Jouval

Consejo de Salud Suramericano - Junio de 2014

Juan Luis Manzur
Argentina

Juan Carlos Calvimontes
Bolivia

Arthur Chioro
Brasil

Helia Molina
Chile

Alejandro Gaviria
Colombia

Carina Vance Mafla
Ecuador

Bheri Ramsaran
Guyana

Antonio Carlos Barrios
Paraguay

Midori Musme De Habich Rospigliosi
Perú

María Susana Muñiz Jiménez
Uruguay

Michel Blokland
Surinam

Francisco Armada
Venezuela

Texto y Fotos:
Gilberto Ríos

Proyecto gráfico:
Humponto Design e Comunicação

Mapeo de los modelos de Atención Primaria a la Salud en los países de América del Sur

Coordinación:
Ligia Giovanella

Investigador Asistente:
Suelen Oliveira

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Gilberto Ríos – Consultor de Políticas de Salud

Fue Coordinador Nacional del Subgrupo de Trabajo nº11 del MERCOSUR de 2005 hasta 2011 y del Consejo de Salud Suramericano de 2009 hasta 2011. Fue Director General de salud del Ministerio de Salud Pública de Uruguay entre 2010 y 2011. Actualmente, es el investigador responsable del Perfil de Salud de Uruguay en el Observatorio Mercosur de Sistemas de Salud, Asistente Académico de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y Presidente de la Sociedad Uruguaya de Salud Colectiva.

www.isags-unasur.org
www.facebook.com/isags.unasursalud
www.twitter.com/isagsunasur

Mapeo de la APS en ARGENTINA

Índice

Nota Metodológica 6
Conduccion de la APS 8
Concepción de la APS 8
Atribuciones y competencias de las esferas Federal, Provinciales y Municipales 9
Otros actores influyentes en la política de APS 14
Financiamiento de la APS 15
Fuentes de Financiamiento 15
Mecanismos de asignación y transferencias de recursos entre esferas gubernamentales para la APS 15
Participación del gasto en APS en el total de los gastos públicos en salud 15
Financiación de la APS en los seguros sociales 16
Existencia de copagos en la APS 17
Caracteristicas de las prestaciones de APS 18
Principales acciones / servicios garantizados por la APS 18
Caracteristicas de la organización de la APS 22
Provisión de la APS 22
Tipo de prestador 23
Puerta de entrada al sistema 23
Desigualdades regionales y sociales en el acceso a la APS 25
Coordinacion de los cuidados e Integracion de la APS en la red de servicios 26
Organización del sistema de salud 26
Derivación a la atención especializada 26
Continuidad de la información 27
Fuerza de trabajo en APS 28
Composición de los equipos de APS 28
Nivel de formación y principales funciones 29
Formas de contratación y vínculos de trabajo 29
Formas de remuneración al personal de APS 29
Disponibilidad de profesionales para la APS 29
Estrategias para la permanencia de profesionales en zonas desprotegidas y remotas 30
Formación para la APS 30
Estrategias de educación permanente en APS 31

Adhesión de los profesionales a la AP 31
Actividades de docencia e investigación en los servicios de APS 32
Intersectorialidad 33
Interacción con otros actores públicos para enfoque de determinantes sociales 33
Interacción de los equipos de APS con organizaciones comunitarias y las ONG en el territorio 34
Acciones comunitarias de los equipos de APS 34
Interculturalidad 35
Principales experiencias, acciones y programas 35
La Gestion de la APS 36
Planificación en APS 36
Sistemas de información en APS 36
Monitoreo de la calidad de la APS 37
Sintesis descriptiva de la visita a Argentina 38
Agradecimientos 41
Bibliografia 42
Indicadores Argentina 43

MAPEO DE LA APS EN ARGENTINA[1]

Gilberto Ríos[2]

Dimensiones de la atención primaria en salud

NOTA METODOLÓGICA

La realización del mapeo de APS en Argentina, se basó en dos componentes. Por un lado fueron analizadas fuentes de información secundarias y por otro, información recopilada durante visita a Argentina del 27 al 30 de enero de 2014 con base al matriz de mapeo de APS de ISAGS. La articulación de la visita, se hizo con la coordinación del Dr. Carlos Anigstein, Asesor de la Secretaría de Determinantes y Relaciones Sanitarias y el Licenciado Sebastián Tobar coordinador nacional UNASUR y director de la Dirección de Asuntos Internacionales del Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) y tuvo 3 áreas de trabajo a saber:

1. Reuniones de trabajo con responsables de los diversos programas nacionales que se impulsan desde el Ministerio de Salud de la Nación (MINSAL).

2. Reuniones de trabajo en terreno, para interactuar con redes territoriales y conocer experiencias novedosas con: Visita al **Hospital Alta Complejidad en Red: El Cruce**, en la Provincia de Buenos Aires; y visita al **Centro de Salud Villa Vatteone del Municipio de Florencio Varela** – Provincia de Buenos Aires

3. Entrevistas con autoridades políticas del MSAL para conocer de primera mano la visión sobre la estrategia de APS y su perspectiva en el contexto actual.

A nivel territorial en la visita al Hospital Alta Complejidad en Red El Cruce, en la Provincia de Buenos Aires, los interlocutores fueron el Director Ejecutivo Dr. Arnaldo Medina, equipo de dirección y los directores de salud de los Municipios de Florencio Varela, Quilmes y Berazategui. Es un Hospital de 3er nivel ubicado en el cono urbano sur de la Provincia de Buenos Aires, financiado por la provincia y el gobierno de la Nación, que está en red con hospitales de segundo nivel ubicado en la provincia y estos a su vez en red con el Primer Nivel de Atención, representado por los municipios y los programas nacionales. No atiende por demanda espontánea, solamente por derivaciones de la Red. Actualmente la red tiene 1300 camas. Es una experiencia novedosa por su forma de financiación mixta, y por promover una red que tiene como principal catalizador el 3er nivel.

---

1 Este documento fue preparado por un consultor. El contenido es responsabilidad de los autores y no expresa la posición de ISAGS, o del Ministerio de Salud del país, o de los profesionales entrevistados.

2 Asistente académico de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República y Presidente de la Sociedad Uruguaya de Salud Coletiva; ex Director General de Salud del Ministerio de Salud de Uruguay.

También se visitó **Centro de Salud Villa Vatteone del Municipio de Florencio Varela**. Los interlocutores fueron las autoridades del Centro y el Secretario de Salud del Municipio. Es uno de los 40 centros de salud del Municipio, tiene gran inserción en la comunidad, y una estrecha relación con el sector educativo. El criterio es la atención a todos los que la requieran independientemente que tengan otras coberturas (Obras Sociales – Prepagas).

Foto: Equipo Dirección Centro de Salud Villa Vatteone; Dr. Carlos Anigstein (Asesor Secretaría Determinantes y Relaciones Sanitarias) y Dr. Gilberto Ríos Consultor ISAGS.

A nivel de las autoridades jerárquicas del MSAL**,** se hizo la reunión con la **Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación** con su titular el **Dr. Eduardo Bustos Villar.** La creación de esta secretaría tiene relación directa con la apuesta a la estrategia de APS, y a un enfoque intersectorial del abordaje de la salud. Los desarrollos del plan REMEDIAR, NACER, la ampliación del programa de vacunaciones, el nuevo plan INCLUIR que sustituye al PROFE, son líneas de acción que apuntan en ese sentido.

Foto: Dr. Eduardo Bustos Villar titular Secretaría de Determinantes y Relaciones Sanitarias del MSAL y Dr. Gilberto Ríos Consultor ISAGS.

CONDUCCION DE LA APS

Concepción de la APS

La concepción de la APS en Argentina, está muy relacionada al rol del sistema asistencial público argentino al largo de su historia.

"A mediados de 1940 el sector público comenzó a ocupar un papel de liderazgo, tanto como prestador, como en el diseño y desarrollo de políticas específicas para el sector. El primer paso fue la creación de la Secretaría de Salud, que unificó varias dependencias existentes desde principios del siglo XX, como por ejemplo el Departamento Nacional de Higiene. El proceso concluyó con la creación del Ministerio de Salud (MSAL). Estos cambios fueron contemporáneos a la expansión de la oferta pública, el desarrollo de programas de lucha contra enfermedades endémicas y el fortalecimiento de la intervención del Estado en la organización del sector". (ISAGS, 2012:73).

La evolución del concepto y el desarrollo de la estrategia de APS, siguió un patrón similar al del resto de los países de América Latina, por un lado un enfoque focalizado a poblaciones vulnerables a expensas del sector público y por otro el fuerte condicionamiento que impone la segmentación y fragmentación del sistema de salud. En la década del 1960, proliferaron los Centros de Salud como expansión del desarrollo del sector público. Los posteriores procesos políticos de la región caracterizados por las dictaduras militares y sus políticas, apuntaron expresamente a frenar el desarrollo de esa concepción.

La discusión sobre la Renovación de la APS (2005) significó un impulso para priorizar en la agenda nuevamente a la APS. Pero además en el caso argentino el "Encuentro Buenos Aires 30 – 15. De Alma Ata a la Declaración del Milenio" en 2007, potenció las políticas del MINSAL en este sentido.

En la Declaración Final Buenos Aires 30 – 15. De Alma Ata a la Declaración del Milenio se acordó que los países …" tengan en cuenta los valores y principios de la estrategia de APS, para orientar las políticas, la estructura y las funciones de los sistemas de salud en todos los niveles y para todas las personas." (Encuentro Buenos Aires 30 – 15, 2007).

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo (y su familia, sus saberes y cultura) con la medicina científica. (Encuentro Buenos Aires 30 – 15, 2007).

En lo que refiere a la legislación, los constituyentes de 1994 plasmaron en la norma fundamental nacional en el artículo 75 inciso 22, el derecho a la salud, que integra el Derecho Internacional de los Derechos Humanos, que tiene hoy jerarquía constitucional. Consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos

(artículo 25) y en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, este último ratificado por la República Argentina el 8 de agosto de 1986, con jerarquía constitucional por imperio del artículo 75, inciso 22 de la Carta Magna, el derecho a la salud está enunciado como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En el ámbito regional, el derecho humano a la salud se define con un perfil transversal como el derecho a la salud física, mental y social; está contenido en el Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", ratificado por la República Argentina el 30 de junio de 2003 (ISAGS, 2012:75)

Es decir, en la Argentina el acceso a la salud es **Universal y Gratuito**. Pero estos preceptos se aplican sobretodo a la población de menores recursos que no acceden a la cobertura, tanto de los seguros sociales obligatorios como de los seguros privados voluntarios (prepagas).

El plan Federal de Salud, en su fundamentación desarrolla en forma más específica la estrategia de la APS, como se expresa más arriba. La regulación de los diversos programas del MSAL, también establecen cometidos que se vinculan directamente con la estrategia de APS.

Atribuciones y competencias de las esferas Federal, Provinciales y Municipales

Nivel Federal

El MSAL es el órgano responsable de la rectoría del sistema de salud en la República Argentina. Su objetivo institucional primordial es el de contribuir a alcanzar el mayor nivel posible de salud para la población del país, en el marco de una equidad real de oportunidades y trato.

El Plan Federal de Salud 2004-2007 ha funcionado como marco conceptual del proyecto a largo plazo que debe orientar el desarrollo del sistema sanitario.

Plan Federal de Salud 2004 - 2007

Dentro de esta lógica, una política de reforma primordial se traduce en el diseño de un nuevo modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención y reconociendo su base primordial en la estrategia de atención primaria: éste es el tipo de enfoque considerado como el más efectivo en el mejoramiento de la salud de la población y en el logro de una cobertura más uniforme. De esta forma, la estrategia a seguir es apuntar a asegurar la cobertura efectiva de atención primaria para la población de cada territorio, propiciando su participación responsable y comprometida en el nuevo modelo, privilegiando las acciones en salud.

La atención primaria será la prioridad absoluta y las acciones de promoción y prevención obtendrán una asignación creciente de recursos. La estrategia avanzará progresivamente hacia la descentralización de estas acciones de forma sistemática y organizada.

De esta manera, se conseguirá que sean los gobiernos locales (primero las provincias y luego también los municipios) quienes concentren sus esfuerzos en desplegar una estrategia de Atención Primaria de la Salud, así como en acciones de promoción y prevención, desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas.

Se buscará que la imagen objetivo de los gobiernos municipales no se limite a garantizar acceso sino a alcanzar progresivamente las metas de un municipio saludable, integrando las áreas de salud con las de ambiente y desarrollo sustentable.

Esta integración surge de la necesidad de asociar el diagnóstico del paciente a las condiciones sanitarias de la comunidad en que vive, sus hábitos personales, sus actividades ocupacionales y las características del ecosistema. De esta manera, es posible trabajar sobre los factores de vulnerabilidad y riesgo socio - ambiental, tales como las condiciones sanitarias inadecuadas, la falta de acceso a agua potable, la deforestación, la pérdida de diversidad biológica, el deterioro de la calidad de aire en ciudades y en el interior de las viviendas, la exposición a sustancias químicas.

La asistencia desde Nación consistirá, en primer lugar, en el diseño de un modelo de atención adecuado para la APS en centros locales. En segundo lugar, el Ministerio nacional se ocupará de la provisión de medicamentos para garantizar el acceso a los mismos de la población de bajos recursos. Para esto ha implementado el Programa Remediar. También se continuará con la provisión de leche, vacunas, anticonceptivos, etc. Esto implica incorporar un incentivo directo sobre la población para conducir la demanda por servicios de salud hacia los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) en lugar de hacia los hospitales. Además Nación y provincias acreditarán y clasificarán los CAPS, realizará capacitación e introducirá incentivos a los profesionales responsables (MSAL, Plan Federal de Salud, 2004-7)

En el marco establecido por el Plan Federal, se fueron implementando desde el MINSAL una serie de programas y planes que tienen como sustrato común el fortalecimiento de la APS, y se presentan a seguir.

Programa para el desarrollo del Proyecto de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (FEAPS)

Se enmarca dentro del Plan Federal de Salud el MSAL que tiene como objetivo principal consolidar un modelo basado en la APS.

Su **objetivo general** es contribuir a mejorar la salud integral de los habitantes de siete provincias de las regiones NOA (Norte Argentino) y NEA (Noreste Argentino) a partir del fortalecimiento del sistema de salud.

Su **objetivo específico** es fortalecer el modelo de gestión y de atención de salud pública en siete provincias de las regiones NOA (Norte Argentino) (Catamarca, Jujuy, Santiago del Estero y Tucumán) y NEA (Noreste Argentino) del país (Corrientes, Chaco y Misiones), en un período de cuatro años, a partir de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud de la EAPS.

Zona de intervención y beneficiarios: El Proyecto se centra en siete provincias y sus sistemas públicos de salud: Misiones, Corrientes y Chaco por el NEA y Santiago del Estero, Jujuy, Tucumán y Catamarca por el NOA.

Los beneficiarios finales (grupo meta) del Proyecto son los habitantes pertenecientes a la zona de influencia de estos efectores y que se ubican en la franja de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Resultados y lógica de intervención: El Proyecto está diseñado en tres componentes complementarios que favorecen el logro de sus objetivos. Cada uno de ellos apunta a solucionar los aspectos más críticos de APS en los sistemas provinciales de salud y aspira a introducir cambios en una cultura organizacional altamente centrada en la atención hospitalaria de la enfermedad, que distorsiona los valores de la salud; por lo que el Proyecto se enfoca en la organización de la red de atención, la capacitación del recurso humano del primer nivel y la participación de la población en torno a los cuidados de la salud. (www.minsal.gov.ar)

Programa Médicos Comunitarios (PMC)

Objetivo general: Fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud, como política de Estado, en los sistemas locales de salud.

Objetivos específicos:

1. Fortalecer la conformación de equipos de salud del Primer Nivel de Atención con la incorporación y financiamiento de recursos humanos en los Efectores de dicho nivel (Centros de Salud, CICs -Centros Integradores Comunitarios-, Postas Sanitarias, entre otros), para mejorar la oferta de servicios, con mayor amplitud horaria y mejor calidad.
2. Capacitar en Salud Social y Comunitaria a los integrantes profesionales y no profesionales de los equipos de salud del primer nivel de atención.
3. Implementar las líneas de capacitación del PMC bajo la modalidad “en servicio”, es decir, en el Efector y en terreno.
4. Afianzar, entre los Equipos Comunitarios del Primer Nivel, las actividades de prevención y promoción de la salud con participación comunitaria y trabajo en redes.
5. Recuperar el enfoque de interculturalidad en salud para mejorar el acceso al cuidado y atención de la salud de los pueblos indígenas.
6. Incorporar la perspectiva de género a todas las líneas de acción del PMC.
7. Reconocer la especificidad del primer nivel de atención y formar recursos humanos que se adecuen a la misma.
8. Implementar la estrategia de capacitación permanente en servicio para fortalecer los procesos de trabajo de los equipos de salud del primer nivel de atención.

Programa REMEDIAR + REDES

El Programa **REMEDIAR + REDES** es un Proyecto pensado y creado para promover el fortalecimiento de dicha Estrategia APS. Desde esta perspectiva, propone fortalecer la capacidad de respuesta a nivel sanitario de las Redes de Salud y jerarquizar los Centros de Atención del Primer Nivel, como punto estratégico de contacto con la comunidad y como puerta de entrada de la población al Sistema de Salud.

Para concretar estos objetivos, el Programa desarrolla tres grandes líneas de acción:

1. **Fortalecimiento de Redes de Salud:** Impulsa Proyectos Provinciales y Proyectos Locales Participativos. Cada provincia, a partir de la realización de un diagnóstico, define las actividades más pertinentes para consolidar redes de salud provinciales y municipales. El abordaje desde estos niveles se complementa con el apoyo a la programación local mediante los Proyectos Locales Participativos que tienen el objetivo de promover la participación comunitaria.

2. **Provisión de medicamentos esenciales**: Fortalece la capacidad de respuesta del Primer Nivel de Atención a través del envío de botiquines con medicamentos esenciales y otros insumos del MSAL, a más de 7.532 Centros de Atención Primaria de la Salud.

3. **Capacitación de los recursos humanos en salud**: Promueve la capacitación permanente de los recursos humanos en salud a partir de diferentes instancias formativas orientadas a la actualización de conocimientos de los equipos de salud del Primer Nivel de Atención y de las Redes.

Programa Médico Obligatorio (P.M.O.)

El Programa Médico Obligatorio de Emergencia (P.M.O.E. - Res.201/02 M.S.) establece las prestaciones básicas esenciales que deben garantizar las Obras Sociales y Agentes del Seguro a toda la población beneficiaria. Este programa se encuentra vigente hasta el 31 de Diciembre de 2003 (Decreto 2724/02).

El Anexo I. Sobre Cobertura dice:

Cobertura 1. Atención Primaria de la Salud: Se reafirma el principio de que este Programa Médico Obligatorio está basado en los principios de la atención primaria de la salud, entendiendo a la misma no sólo como la cobertura para el primer nivel de atención, sino y fundamentalmente como una estrategia de organización de los servicios sanitarios. Por tanto se sostienen los principios de privilegiar la preservación de la salud antes que las acciones curativas, y por tanto reforzar los programas de prevención. Brindar una cobertura integral, es decir un abordaje biopsicosocial de los problemas de salud. Asegurar un mecanismo integrado de atención en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria. Proveer de cuidados continuos a los beneficiarios, privilegiando la atención a partir de un médico de familia que sea el responsable de los cuidados de los beneficiarios, y donde los mismos tengan el derecho a conocer el nombre de su médico, así como los demás proveedores de servicios obligándose a

conocer y acompañar en forma integral a los pacientes en el cuidado de su salud la recuperación de la misma y la rehabilitación.

Nivel Provincial

Las 23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) tienen competencias delegadas desde el nivel federal para la atención a la salud**.** La mayoría de ellas tienen definiciones conceptuales en artículos de la constitución, leyes, decretos, etc, donde desarrollan su visión de la APS.

Disponen de recursos propios y del gobierno central para cumplir con sus cometidos. La primera estación en el proceso de descentralización de los planes federales siempre es la Provincia. La provincia, tiene en su territorio la red de servicios, gestionando hospitales provinciales coordinados con los niveles municipales y el primer nivel de atención. En la mayoría de las provincias los Centros de Salud están dentro de su jurisdicción, excepto algunas provincias como Buenos Aires y Córdoba que la descentralizan al nivel municipal.

El Consejo Federal de Salud- CO-FE-SA y los Consejos Regionales de Salud CO-RE-SA son los ámbitos donde se coordinan las políticas nacionales y regionales. "…Políticamente agrupa 24 jurisdicciones (23 provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sede del gobierno nacional) y más de 2.200 municipios con marcadas desigualdades en cuanto al nivel de desarrollo productivo y social" Sistemas de Salud de Suramérica. Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. ISAGS - UNASUR 2012.

La Argentina es un país Federal con autonomía de los sistemas de salud provinciales, donde los gobiernos locales son los responsables de la formulación e implementación **de la Política de Atención Primaria de la Salud** de sus habitantes brindando servicios directos de asistencia a la población.

La política de APS busca que sean los gobiernos locales (primero las provincias y luego también los municipios) quienes concentren sus esfuerzos en desplegar una estrategia con acciones de promoción y prevención, desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas.

En las mayores provincias del país (Buenos Aires, Córdoba y en la Ciudad de Rosario de la Provincia de Santa Fe) los municipios cuentan con servicios propios. En su mayoría se trata de centros que desarrollan la Atención Primaria de la Salud (CAPS), pero también hay hospitales municipales e incluso durante las dos últimas décadas, el mayor incremento en la cantidad de camas disponibles dentro del sistema de salud del país se registró en las jurisdicciones municipales.

Nivel Municipal

Según Iturburo (1997) "Se promueve que toda la atención primaria y los hospitales de menor complejidad estén bajo la competencia municipal; en las ciudades grandes podrían instalarse hospitales de mayor complejidad. En tanto, el

gobierno provincial debería tener a cargo los hospitales de alta especialización y el Estado Nacional, el dictado de las leyes marco, el establecimiento de estándares y el aporte más importante para el financiamiento del sistema sanitario. Esta propuesta descentralizadora conlleva una nueva concepción de la salud, comprehensiva de los aspectos sociales y ecológicos, y no sólo la atención de la enfermedad. Ello implica que el municipio también se haga cargo del reconocimiento y evaluación de las necesidades y demandas de los conjuntos sociales más afectados; la promoción de la participación social en programas y acciones colectivas de higiene y salubridad, así como en la gestión de la salud pública, para lograr mayor equidad y eficiencia; y la organización, supervisión y evaluación de la ejecución de todas las acciones de salud en su ámbito territorial, las de competencia directa y las de otros niveles del sistema delegadas a la jurisdicción local". (Iturburo, 1997: 84).

La Constitución de 1994 otorgó la autonomía a los municipios en sus diversas categorías. En ese marco los municipios a través de sus cometidos generales y en particular por sus Secretarias de Salud tienen amplias atribuciones para la organización del sistema de salud en el territorio y por ende el desarrollo de la estrategia de APS.

Otros actores influyentes en la política de APS

Independientemente de los roles rectores del MSAL, los ministerios provinciales y las secretarias de salud de los municipios, en la concepción renovada de la APS, otros organismos del estado también tienen competencias directas para el desarrollo de la misma. Desde el Ministerio de Hacienda planificando el presupuesto general de la nación, definiendo recursos para los planes sociales, pasando por los organismos responsables de la vivienda, alimentos, saneamiento, agua potable, etc.

Asimismo, los organismos formadores de recursos humanos de la salud, tienen influencia directa por el perfil de egreso que generan en esa permanente dicotomía de la visión centro hospitalaria o visión comunitaria de la salud.

Finalmente también cabe destacar como actores relevantes en el territorio las organizaciones que genera la sociedad: comisiones de apoyo, consejos locales, etc. independientemente del soporte formal de respaldo, porque inciden mucho en el diagnostico de salud y la demanda de necesidades locales, que significan insumos trascendentes para la planificación en el nivel local.

FINANCIAMIENTO DE LA APS

Fuentes de Financiamiento

El subsector público se financia con recursos provenientes de rentas generales que son fijados anualmente en los presupuestos públicos de cada jurisdicción. En el país existe recaudación de impuestos tanto en los niveles subnacionales (en cada provincia o municipio) como en el nivel nacional. Parte de lo recaudado a nivel subnacional debe ser consolidado con la recaudación nacional y luego coparticipado. El subsector de seguros sociales, las Obras Sociales, se financian con contribuciones obligatorias de trabajadores y empleadores.

Mecanismos de asignación y transferencias de recursos entre esferas gubernamentales para la APS

La fórmula de reparto de la coparticipación federal no considera variables relacionadas con las necesidades en salud de la población o el desempeño del sector. Tampoco hay legislación que exija una determinada destinación específica para los recursos de salud. Es decir, cada provincia tiene la potestad de definir que porcentaje de su presupuesto (y de los recursos coparticipados) gastará en salud. En consecuencia, una vez que recaudó sus impuestos locales y recibió su porción de rentas coparticipadas, cada provincia decide qué presupuesto asignar a la salud pública. Esto se traduce en fuertes diferencias en las ofertas de salud entre ellas (y a veces a su interior mismo).

El programa REMEDIAR está financiado por el MINSAL, y desde ese nivel se transfieren los botiquines de medicamentos a las provincias y los municipios.

En el caso de REDES, contra el cumplimiento de determinados estándares, desde Nación se transfieren recursos para las provincias y los municipios.

Participación del gasto en APS en el total de los gastos públicos en salud

Se estima el Gasto Público en Atención Primaria de la Salud es el 24 % del gasto publico total en salud. Los gobiernos municipales serían responsables del 61,3% del total del gasto en APS, seguidos por las provincias con un 25,4%, y finalmente la Nación que sería responsable del 19,3% del gasto (Ficha técnica - Grupo Técnico Sistemas Universales de Salud GT-SUS - MINSAL - 2014).

Tabla I Evolución del gasto público social en % del PBI, Argentina, 2000-2009

FINALIDAD / FUNCION	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
GASTO PUBLICO CONSOLIDADO EN % del PBI										
II. GASTO PUBLICO SOCIAL										
II.2. Salud	4.97	5.07	4.45	4.25	4.22	4.46	4.52	4.78	5.12	6.21
II.2.1. Atención pública de la salud	2.01	2.10	1.86	1.86	1.84	1.94	1.97	2.08	2.19	2.57
II.2.2. Obras sociales - Atención de la salud	2.15	2.16	1.93	1.81	1.82	1.96	1.97	2.06	2.20	2.74
II.2.3. INSSJyP - Atención de la salud	0.81	0.81	0.67	0.58	0.55	0.56	0.58	0.65	0.73	0.90
II.3. Agua potable y alcantarillado	0.11	0.10	0.11	0.12	0.14	0.14	0.22	0.30	0.34	0.44
II.4. Vivienda y urbanismo	0.38	0.40	0.24	0.31	0.40	0.66	0.73	0.67	0.54	0.63
II.5. Promoción y asistencia social	1.26	1.33	1.22	1.41	1.47	1.68	1.78	1.80	1.85	2.23
II.5.1. Promoción y asistencia social pública	1.06	1.10	1.05	1.24	1.29	1.46	1.56	1.56	1.59	1.89
II.5.2. Obras sociales - Prestaciones sociales	0.11	0.15	0.11	0.10	0.10	0.10	0.09	0.10	0.10	0.13
II.5.3. INSSJyP - Prestaciones sociales	0.10	0.08	0.07	0.07	0.08	0.11	0.13	0.14	0.16	0.20

Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica, Argentina

Del análisis de la tabla 1, se puede inferir que en el periodo estudiado tomando como referencia el PBI, hay un crecimiento sostenido del gasto público social y el rol trascendente que tiene la salud.

Financiación de la APS en los seguros sociales

En Argentina los seguros sociales se agrupan en las denominadas Obras Sociales (OOSS). Se financian por contribuciones compulsivas de los trabajadores formales y del empleador. Las más tradicionales se relacionan con las diferentes ramas de trabajo, sumándose OOSS provinciales y la que brinda cobertura a los jubilados (PAMI). En este caso la financiación surge de fuentes de activos y patronales más un aporte de los jubilados.

Existe una gamma muy heterogénea de OOSS, algunas cumplen la doble función de aseguradora y de provisión y otras por un tema de escala, hacen el aseguramiento y deben completar sus prestaciones comprando servicios. Pero en general, no se caracterizan por tener una política específica relacionada con la APS, a partir de la cual se pueda desagregar un financiamiento exclusivo. Sus prestaciones de APS, se asimilan a las actividades de consulta ambulatoria y se corresponden a las obligaciones que impone el PMO.

Existencia de copagos en la APS

En los servicios públicos prácticamente no hay copagos salvo algunas experiencias de hospitales de 2º o 3er nivel que en el marco de formas jurídicas mas flexibles establecen copagos. Pero en los servicios mas identificados con prestaciones de APS, estas son gratuitas incluso si son requeridas por usuarios que ya tienen cobertura, sean de las Obras Sociales (seguro social) como de los servicios de prepago (privado).

En suma: Todos los habitantes, sin exclusión, tienen derecho a recibir atención y servicios de salud gratuitos en el subsistema público (con accesibilidad en los tres niveles de atención), tanto en centros públicos de atención primaria (CAPS), centros especializados u hospitales públicos pertenecientes a las tres jurisdicciones de gobierno (nacionales, provinciales y municipales). Las normas que dan lugar a este derecho emanan según se ha analizado en el contexto discutido, de la Constitución Nacional y las Constituciones y diferentes leyes Provinciales.

CARACTERISTICAS DE LAS PRESTACIONES DE APS

Las prestaciones de APS, se caracterizan por actividades desarrolladas habitualmente en el primer nivel de atención: atención materno infantil, planificación familiar, inmunizaciones, etc., combinadas con otro tipo de actividades que conciben a la APS, desde una perspectiva que va mas allá del primer nivel de atención y que pretenden garantizar una atención integral de la salud, del individuo, la familia y la comunidad. La capacidad de garantizar servicios con esta nueva concepción, no es homogénea y esta condicionada por factores económicos, distribución de recursos y las dificultades de accesibilidad en los territorios mas alejados.

Principales acciones / servicios garantizados por la APS

1. **Asistencia sanitaria en consulta y/o domicilio**: La consulta en policlínica programada y a demanda es una constante presente en todos los servicios, pero en la atención domiciliaria hay provincias que han avanzado con nominalización de la población a cargo de los equipos de salud mientras que en varias jurisdicciones este proceso es todavía incipiente. En general no hay listas de espera y es el mínimo común de todos los servicios.

2. **Inmunizaciones:** Esta entre las prioridades del Ministerio de Salud de la República Argentina, a partir del 2003 garantizando vacunación gratuita y obligatoria a toda la población con particular énfasis en la población infantil.

   El Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (PRONACEI) se crea el 30 de abril de 2010, por Resolución Ministerial 776, en dependencia directa de la Secretaria de Promoción y Programas Sanitarios, con las funciones de: Adquisición y distribución de vacunas. Adquisición y distribución de jeringas y agujas descartables. Asegurar la cadena de frío. Seguimiento de coberturas de vacunación. Supervisión de programas jurisdiccionales de inmunizaciones. Asesoría y asistencia técnica a los 24 programas jurisdiccionales.

   Se incorporaron desde el 2003 hasta la fecha 10 de las 16 vacunas del calendario obligatorio y gratuito.

3. **Actividades en materia de atención familiar: El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** tiene como misión promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social; así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades para el acceso a una atención integral de la salud sexual y reproductiva. Objetivos:

   a. Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación o violencia.
   b. Disminuir la morbimortalidad materno infantil.

c. Prevenir embarazos no deseados.
d. Promover la salud sexual de las y los adolescentes.
e. Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y patologías genitales y mamarias.
f. Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
g. Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

4. **Actividades de información y vigilancia en salud**: Se ha priorizado el **Plan Nacional de Prevención del Dengue y la Fiebre Amarilla** (2010) propiciando un plan integral para la vigilancia y control del dengue y la fiebre amarilla.

   En el año 2010 se creo el **Instituto Nacional de Medicina Tropical (INMET)** para ocuparse de enfermedades tales como Paludismo, Chagas, Dengue, Leismaniasis tegumentaria, cólera, fiebre amarilla, lepra, esquistosomiasis, que se han expandido debido a exploración de selvas tropicales, la desforestación y el cambio climático.
   Programa Nacional de Chagas: se ha aumentado la capacidad de vigilancia de viviendas y control además de ampliar la capacidad de respuesta del sistema sanitario, garantizando el análisis para la detección, y la medicación para el tratamiento de la enfermedad en forma gratuita para toda la población.

5. **Suministro de medicamentos esenciales:** Se impulsa una política integral que vela tanto por la accesibilidad a los medicamentos, como por la calidad y seguridad de los mismos. Se prescriben los medicamentos por su nombre genérico (Ley 25.649). Desde hace más de 10 años, se distribuyen medicamentos para los establecimientos del **1er Nivel de Atención en Botiquines que cubren el 80 % de los diagnósticos de consulta (REMEDIAR**). En la actualidad se distribuyen en forma gratuita medicamentos para la población que asiste a mas de 7000 Centro de Atención Primaria de la Salud-CAPS.

   También se garantiza el acceso al tratamiento de los ARV en forma gratuita a toda la población HIV +, tanto con cobertura formal de salud como de la seguridad social y privado sobre una perspectiva de derechos. Adicionalmente, el Ministerio de Salud cuenta con Programas que proveen medicación para problemáticas más sociales como Chagas.

6. **Rehabilitación básica:** aquí también es muy heterogénea la capacidad de respuesta. Depende de las capacidades en el territorio. Las situaciones van desde prestaciones que se pueden brindar desde el propio CAPS como a través de coordinaciones con centros de rehabilitación instalados en el territorio, hasta situaciones donde ni con recursos propios o coordinados se pueden brindar.

7. **Atenciones y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia y la adolescencia:** Plan de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y Adolescentes busca reducir la mortalidad infantil y la materna, el embarazo adolescente no planificado, la incidencia y mortalidad por cáncer cérvico uterino y la mortalidad adolescente por causas externas. Este ha sido un importante Plan para el cumplimiento a nivel nacional de los ODM, tomando en cuenta las desigualdades al interior del país.

   Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, salud integral de la mujer, la niñez y la adolescencia. Las acciones están articuladas con las que realizan las Direcciones de los Ministerios de Salud Provinciales. Tiene como objetivos:
   a. Mejoramiento de la atención del parto
   b. Análisis permanente de las muertes maternas e infantiles
   c. Mejoramiento de la Calidad de la Atención Post-Aborto
   d. Desarrollo y perfeccionamiento de los instrumentos de registro.
   e. Evaluación de la calidad de la atención materno-neonatal.
   f. Promoción de la lactancia materna. Programa de Infecciones Respiratorias Bajas
   g. Programa de Prevención y Tratamiento de la Diarrea Aguda
   h. Programa de Prevención del Síndrome de Muerte Súbita del Lactante
   i. Promoción de la prevención de accidentes en los niños.

8. **Programa Nacional de Atención al Niño con Cardiopatía Congénita**

9. **Subprograma de Salud Ambiental Infantil**: creación de Unidades Pediátricas Ambientales (UPAs)

10. **Plan Nacer y el Programa Sumar** (ampliación del Plan Nacer): El Plan Nacer tiene como objetivo mejorar la cobertura de salud y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. El Programa Sumar incorpora a los niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres hasta los 64 años.

11. **Asignación Universal por Hijo (AUH) y la Asignación por Embarazo (AxE):** Tal como lo ha documentado la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), los programas de transferencias condicionadas, son una importante herramienta para garantizar la efectividad de las acciones en salud.

12. **Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-Uterino,** plantea lograr la alta cobertura del tamizaje en la población objetivo definida por el programa; Asegurar la calidad de la prueba de tamizaje; Desarrollar un sistema eficiente de seguimiento y tratamiento de las lesiones pre-cancerosas; Establecer un sistema de información estratégica que incluya la vigilancia epidemiológica, el monitoreo y la evaluación de la calidad y del impacto del programa.

13. **Atención y seguimiento de enfermedades crónicas degenerativas:**

    Por las características demográficas y epidemiológicas de Argentina, las ECNT tienen un peso relevante en la morbimortalidad. La captación precoz de estos pacientes, la promoción de salud, educación y prevención son actividades inherentes a los CAPS y similares. Las modalidades de enfoque, se relacionan con la heterogeneidad del país y por ende sus desigualdades. Los enfoques integrales solo son posibles donde se concentran los recursos materiales y humanos. El ejercicio físico, dieta saludable y políticas control tabaco son un factor común pero con diferencias considerables entre las provincias.

    El Programa Remediar incorporó un componente de REDES que plantea la geo-referenciación y la búsqueda activa de la población con responsabilidad nominal, con especial énfasis en las crónicas no transmisibles (HTA y Diabetes).

14. **Atención a la salud mental y/o en coordinación con los servicios de atención especializada:** En la mayoría de los Centros de Atención Primaria en Salud (CAPS) y los Centros integrados Comunitarios (CIC) se cuenta con profesionales de salud mental (en su mayoría psicólogos y psicopedagogos) como parte del equipo de salud. La estrategia es avanzar hacia un modelo de desmanicomialización, con niveles de avances diferentes en las provincias argentinas.

15. **Atención bucodental:** Varios Centros de Salud cuentan con consultorios odontológicos y sus correspondientes equipos técnicos. Existe un Programa Nacional de Salud Buco Dental que lleva adelante una estrategia de tratamiento denominado Práctica Restaurativa Atraumática (PRAT), se encuadra en el modelo de mejores prácticas y costo- efectivas en comparación con las técnicas convencionales. Es un modelo para permitir el acceso a los grupos vulnerables a los servicios de salud buco dental, replicando la estrategia de la OPS de los 90´. Se aplica como medida preventiva sellando los primeros molares y se implementa sobre todo en las poblaciones escolares con alta prevalencia de lesiones cariogénitas, con muy escaso acceso a la promoción y hábitos saludables.

CARACTERISTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DE LA APS

La organización de la APS, replica la organización política administrativa del país, con un nivel central federal, un nivel provincial y un nivel municipal. En el nivel federal, la responsabilidad principal es del MINSAL, responsable de los programas y planes centrales, descritos anteriormente y de la transferencia de recursos a las provincias y municipios para la atención a la salud.

A nivel provincial, los ministerios de salud tienen el rol principal, con responsabilidades directas en la atención ya que gestionan los hospitales provinciales, y tienen bajo su jurisdicción la mayoría de los centros de salud, excepto Córdoba y Buenos Aires que los derivaron a los municipios. Todos estos servicios, actúan a su vez como nodos de la red de servicios territoriales de la provincia. Se ejecutan fondos que se transfieren del nivel central, pero también movilizan recursos propios, que aplican para la gestión de sus hospitales pero también transfiriendo fondos a los municipios. Hay una gran variabilidad en la performance de cada provincia, dependiendo de su capacidad económica y de la actitud de los propios ministerios de salud, en la gestión para aplicar a los fondos provenientes de los programas nacionales. La coordinación nacional de las políticas se hacen a través del Consejo Federal de Salud (COFESA) y los Consejos Regionales de Salud (CORESA).

Finalmente, se llega a los municipios donde está desplegada la mayor parte de la estructura de APS. La política de APS busca que sean los gobiernos locales (primero las provincias y luego también los municipios) quienes concentren sus esfuerzos en desplegar una estrategia con acciones de promoción y prevención, desarrollando políticas saludables, informando y modelando conductas. En muchas provincias los municipios tienen servicios propios, siendo la mayoría los Centros de Atención Primaria (CAPS) pero también existen hospitales municipales.

Provisión de la APS

La estructura física de los efectores del primer nivel varía de acuerdo a las provincias y a las características del territorio, pueden ser Centros de Atención Primaria de la Salud, algunos con mayor complejidad con servicios de diagnostico y tratamiento, con guardia médica de 24 horas, así como otros que funcionan como postas sanitarias con atenciones discontinuas. Existe una amplia distribución de los CAPS y CIC en todo el territorio, existiendo asimetrías de acuerdo a las provincias.

Existen en el país 7532 Centros de Atención Primaria de la Salud que producen 4,9 millones de consultas anuales y 3.6 millones de tratamientos / mes.

El equipo de salud del primer nivel de atención también varía de acuerdo a las provincias: médicos generalistas, pediatras, clínicos, ginecotocologos, obstetras, odontólogos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeros, administrativos y promotores o agentes sanitarios. Los promotores o agentes sanitarios no son recursos distribuidos de la misma manera en todo el país, en algunas provincias existe una

larga historia y cubren una gran parte de la población. En los CAPS, ejercen el 18% de los médicos del país y el 28 % del total que ejercen en el sector público.

Hay en ejecución programas de mejoras de la infraestructura de 7000 CAPS y construcción de 600 Centros Comunitarios Integrados.

Cada CAPS en promedio abarca una población entre 3.200 a 4.000 habitantes. El total de recursos humanos que se desempeñan en los CAPS, es de 67.797 trabajadores, lo que da un promedio de 11 profesionales por cada CAPS.

Cabe señalar que, aun presentando disparidades, la distribución de CAPS es mucho más equitativa que la distribución de Hospitales, transformando a la estrategia de APS en una intervención especialmente adecuada para corregir inequidades en el acceso y resultados de salud.

Tipo de prestador

La provisión de las prestaciones de APS está concentradas en el sector público, y tiene como población usuaria a la que no tiene otras coberturas: Obras Sociales (OOSS) o seguros privados voluntarios de prepago.

En los centros de primer nivel no se niega la atención a usuarios que ya tienen cobertura. Las OOSS, son responsables de un porcentaje importante de cobertura y cuentan con una red que no es homogénea, pero extendida en todo el país. Por la regulación vigente y la fiscalización de la superintendencia de salud, deben cumplir con el Programa Médico Obligatorio (PMO), por lo que, realizan prestaciones compatible con la APS: atención en consulta ambulatoria, atención domiciliaria, inmunizaciones, salud bucal, salud mental, etc. Las Prepagas tienen las mismas obligaciones, pero su red es menos extendida y la cobertura es menor.

Puerta de entrada al sistema

El objetivo de la estrategia es transformar ésta red de servicios instalados en el Primer Nivel como puerta de entrada al sistema y desde allí la derivación a los niveles de mayor complejidad. En la medida que es una estrategia en fase de implementación, todavía comparten la puerta de entrada al sistema, los CAPS y los Hospitales Públicos.

La población de referencia de cada CAPS es de aproximadamente 4000 personas. El funcionamiento habitual es de lunes a viernes, durante el día, aunque también hay servicios que funcionan durante 24 horas.

Durante la visita a Argentina se realizó una reunión con la **Dirección de APS - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires**, siendo la interlocutora su Directora, la Dra. Liliana Fishkel. Esta Provincia es la más extensa de todo el país, dependen 135 municipios con 135 secretarías de salud y cada una de ellas con denominaciones diferentes para los CAPS: unidad funcional, unidad sanitaria, unidad APS, etc.

En la provincia en el total hay 1700 CAP, 300 hospitales con internación, de los cuales 78 son provinciales y de alta complejidad. Además tienen 89 centros de prevención de adicciones y 200 centros monovalentes (medicina preventiva, zoonosis, vacunas).

Y finalmente dentro de toda esa estructura se integraron las Unidades de Pronta Atención (UPA), que hacen la emergencia las 24 horas, con una resolutividad del 90 %. Las consultas en las UPA son espontáneas y cada una de ellas se relaciona con un hospital de referencia. Para el 2014 proyectan la creación de 20 UPA.

La referencia y contrarreferencia es un tema de permanente debate. Por un lado tratando de mejorar los instrumentos de registros y los sistemas de información y por otro administrar el peso que tienen para ello los secretarios de salud y los intendentes.

DESIGUALDADES REGIONALES Y SOCIALES EN EL ACCESO A LA APS

Hay grandes desigualdades regionales y sociales en el acceso a al APS, y que tienen que ver con la alta concentración de recursos en las zonas urbanas en desmedro de las zonas más alejadas, a lo que se suma, que en un país federal hay provincias que tienen mejores condiciones económicas y otras que su condición es muy precaria.

La razón de médicos por 10.000 habitantes es de 100 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires mientras que en la Provincia de Formosa apenas llega a 14. Por ello el desarrollo de la estrategia de APS, trata de contemplar esta situación para atenuar las asimetrías. La distribución de los CAPS, es más homogénea que los hospitales al igual que los recursos humanos. El Programa Médicos Comunitarios prioriza las zonas más alejadas como destino de esos recursos. Hay provincias en el norte que se agregan barreras para la accesibilidad por obstáculos geográficos que limitan las acciones en el primer nivel y condicionan los sistemas de referencia y contra referencia.

COORDINACION DE LOS CUIDADOS E INTEGRACION DE LA APS EN LA RED DE SERVICIOS

Organización del sistema de salud

El sistema de salud en Argentina es fragmentado y segmentado. Está conformado por 3 subsectores, donde formalmente únicamente el público, es el que tiene la responsabilidad de la cobertura universal, y es el núcleo principal para el desarrollo de la APS. Los demás subsectores, tienen deben cumplir el Programa Médico Obligatorio (PMO), siendo la red de las Obras Sociales más extendidas que de las prepagas, y estas no se relacionan entre ellas.

Cuadro 1 – Subsectores del sistema de salud en Argentina

SUBSECTOR	Cobertura	Financiación	Desarrollo APS
Público	36%	Rentas generales	++++++++++++
Seguridad social	46%	Contribuciones SS	++++
Prepagas	11%	A partir Obras Sociales	+
Prepagas directa	5%	Afiliación voluntaria	+

Elaboración propia. Fuente: Eurosocial. DOSSIER NACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y LAINTEGRACIÓN CON OTROS NIVELES DE ATENCIÓN REPÚBLICA DE ARGENTINA. Intercambio III.2-1-2007 Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención, 2007.

Derivación a la atención especializada

El Sistema Público de Salud actual, en todas las Provincias, está integrado por centros de salud y hospitales de diferentes complejidades, generalmente están regionalizados por criterios geográficos, conforman redes formales de servicios y en algunos casos sistemas de referencia y contra referencia, usualmente enunciados solamente como procesos meramente administrativos.

En general existen Zonas de Salud que respetan estructuralmente los Departamentos. Cada Zona tiene Áreas Programáticas con cabeceras en Hospitales Bases Referenciados, del que dependen los CAPS. Los Hospitales tienen Directores Asociados que tienen la función de Jefes de Área Programática y son responsables de la coordinación de los CAPS del área del Hospital.

Actualmente, a pesar de que hay avances en las Redes de Servicios, como las oficinas de referencia y contra referencia Municipales en los Hospitales y los Servicios de Área Programática, continúan existiendo problemas en la implementación y sustentabilidad de las redes.

En general no existe un funcionamiento planificado de la red de referencia y contra referencia, la cultura organizacional del personal de los efectores de salud (CAPS y Hospitales) no está concientizada de la importancia del tema para mejorar la calidad de la atención y la efectividad del sistema de salud.

Continuidad de la información

Los servicios que brindan prestaciones de APS, están organizados en red entre sí, y con los demás niveles de atención, y ello implica que con el usuario, también transita la información por toda la red. Pero a pesar de todos los esfuerzos, siguen existiendo dificultades para garantizar la continuidad de la información, con una repercusión directa sobre los sistemas de referencia y contra referencia. Las causas son múltiples y van desde las dificultades para disponer de las tecnologías de la información, hasta la persistencia del modelo hegemónico que hace prevalecer el modelo centro hospitalario.

FUERZA DE TRABAJO EN APS

La Fuerza de Trabajo en Salud Pública está integrada por profesionales de grado, técnicos y personal operativo.

Los Profesionales de grado son todos aquellos trabajadores con formación universitaria en Ciencias de la Salud o en otras disciplinas pero que contribuyen con sus tareas a la Salud Pública. Algunos de ellos son: médicos, licenciados en enfermería, odontólogos, nutricionistas, bioquímicos, farmacéuticos, psicólogos, educadores sanitarios, trabajadores sociales, abogados, economistas, entre otros. Además del título de grado, estos profesionales suelen especializarse en instancias de posgrado: carreras de especialización, maestría y doctorado, y residencias.

Los Técnicos de la salud son aquellos trabajadores que ejercen actividades técnico-científicas en el área, tales como técnicos de laboratorio, en radiología, enfermeros profesionales, instrumentadores quirúrgicos, etc.

En Argentina, tradicionalmente los técnicos de la salud son aquellos que tienen formación de nivel superior, con una carga horaria de 1600 horas como base. Esta formación superior se realiza en dos tipos de instituciones: Escuelas Técnicas y Universidades.

Fuente: Subsecretaría de programación Técnica y Estudios Laborales. DGEyEL, en base a EPH (INDEC)

Composición de los equipos de APS

Los equipos de APS, se integran por las siguientes disciplinas; médicos (generales - comunitarios - de familia); pediatras; clínicos; ginecólogos; parteras; odontólogos; psicólogos; licenciados de enfermería; administrativos y promotores de salud. Está integración, no es homogénea a nivel país, por las desigualdades en la distribución de los recursos y las capacidades económicas de las provincias.

Nivel de formación y principales funciones

Gran parte del equipo requiere formación superior universitaria, mientras que el personal no técnico, tienen requerimientos variables, también dependiendo de las provincias. Incluso en algunas provincias, los promotores de salud, a pesar de tener requerimientos menos exigentes, asumen funciones de enfermería, por ser los únicos que pueden acceder a zonas muy alejadas y poco accesibles (como por ejemplo Salta- Tucuman).

Formas de contratación y vínculos de trabajo

Existen diversas formas de contratación, en general contratos renovables previa evaluación del desempeño. También hay cargos presupuestados y pueden existir contratos temporales para abordar contingencias.

Formas de remuneración al personal de APS

El salario es la forma más corriente y extendida de remuneración en el subsistema de servicios públicos de salud y por ende es la que más se aplica en la APS.

Disponibilidad de profesionales para la APS

Si partimos de todo el universo de médicos que ejercen en el sector público, que en cifras absolutas rondan los 22.000, un 28% del mismo concentra sus actividades en las prestaciones de APS, lo que da una razón de 6.4 médicos por 10000 habitantes. La razón de médicos por 10000 habitantes de todo el subsistema público es de 21,7.

El Programa Médicos Comunitarios ha sido un catalizador para la formación de recursos médicos y de otras disciplinas para la atención primaria. En definitiva se creó a esos efectos, formando nuevos recursos y reperfilando a aquellos que ya se desempeñaban en el primer nivel, con cursos en salud social y comunitaria. La siguiente tabla muestra la distribución porcentual según disciplinas.

Tabla II. Distribución % de recursos humanos en el primer nivel

Categorías	%
Médicos	32 %
Enfermería	24 %
Otros Profesionales	27 %
Administrativos	9 %
Agentes Sanitarios	7 %

Fuente: Eurosocial. DOSSIER NACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD Y LAINTEGRACIÓN CON OTROS NIVELES DE ATENCIÓN REPÚBLICA DE ARGENTINA - 2007

Estrategias para la permanencia de profesionales en zonas desprotegidas y remotas

El Programa Médicos Comunitarios (PMC) también tiene como cometidos garantizar la presencia de profesionales en zonas de difícil accesibilidad o alejadas de los centros urbanos. La selección de los postulantes, el financiamiento de las becas, la contratación de las universidades apuntan a ese objetivo. A ello se suman los intereses locales en el territorio que en función de ello, pueden sumar estímulos económicos para dicha permanencia.

En las metas regionales de RRHH para la Salud 2007 - 2015, en el desafío 5 se establece como metas, que el 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán reorientado su formación hacia la atención primaria de salud y las necesidades de la salud comunitaria y habrán incorporado estrategias para la formación interprofesional.

El 80% de las escuelas de ciencias de la salud habrán adoptado programas específicos para atraer y formar a estudiantes de poblaciones subatendidas, haciendo hincapié, cuando corresponda, en las comunidades o poblaciones indígenas.

En el desafío 2, se establecen las siguientes metas, apuntando a una distribución más equilibrada de los recursos:

1. La brecha de la distribución de personal de salud entre zonas urbanas y rurales se habrá reducido a la mitad en 2015.
2. Al menos el 70% de los trabajadores de atención primaria de salud tendrán competencias de salud pública e interculturalidad.
3. El 70% de enfermeras, auxiliares de enfermería y técnicos de salud, incluyendo agentes comunitarios de salud, habrán perfeccionado sus capacidades y competencias a la luz de la complejidad de sus funciones.
4. El 30% del personal de salud en los servicios de atención primaria se habrán reclutado de sus propias comunidades.
5. Los agentes comunitarios han significado una contribución importante para compensar la escasez de algunos recursos en zonas alejadas o de difícil accesibilidad. En algunas provincias como las del Norte Argentino (NOA), se le delegan competencias que corresponden a otras disciplinas, para que puedan cumplirse prestaciones de APS, como inmunizaciones, etc.

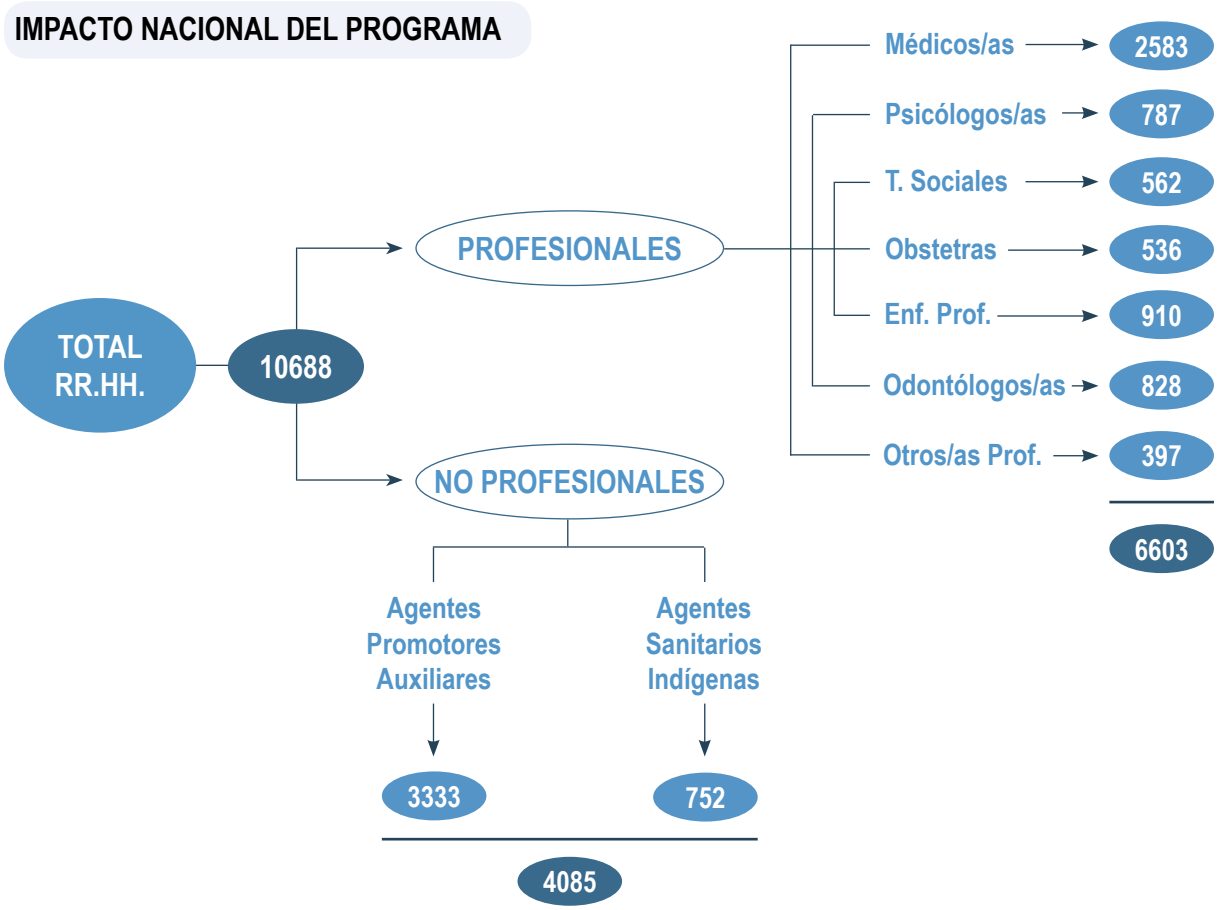
Formación para la APS

La formación parra APS se hace en las universidades públicas y privadas con las cuales se acuerdan programas y contenidos, contemplando a los médicos y otras profesiones, pero también, capacitación al nivel de técnicos.

El Programa de Médicos Comunitarios desarrolla a través de convenios con Universidades Nacionales un **Postgrado en Salud Social y Comunitaria** para los profesionales y un Curso de Salud Social y Comunitaria para los técnicos y promotores de salud (personal no profesional).

La principal especialidad médica para la APS, es la Medicina Familiar y Comunitaria.

A continuación se muestra un cuadro con los resultados del PMO.



Fuente: Dr. Gustavo Orsi Coordinador General Programa Médicos Comunitarios Presentación Taller "Abordajes de Atención Primaria a la Salud y estrategias para la permanencia de profesionales en zonas remotas y desfavorecidas en los países de América del Sur"

Estrategias de educación permanente en APS

La educación permanente ha sido la estrategia para mantener actualizados a los Equipos de Salud. Un factor favorecedor ha sido el desarrollo de las Tecnologías de la Información y la Comunicación, atenuando el factor distancia. Las personas pueden gestionar de forma autónoma y flexible sus tiempos y espacios de formación y se puede lograr el encuentro de la diversidad de conocimientos, trayectorias, experiencias.

Adhesión de los profesionales a la APS

Independientemente que se den situaciones de deserción luego de culminados los contratos, desde el desarrollo de la estrategia del PMC, ha sido sostenido el proceso de adhesión y permanencia en el primer nivel de las diversas categorías profesionales. En el territorio tienen reconocimiento de la comunidad y desde el punto de vista institucional es un recurso muy codiciado por los municipios.

Actividades de docencia e investigación en los servicios de APS

En todos los procesos de formación y reperfilamiento del PMC, siempre se incluye un modulo relacionado a la metodología de la investigación científica. Ello posibilita el desarrollo de investigación en APS, y en la generación de recursos docentes para replicar cursos en el territorio.

INTERSECTORIALIDAD

Interacción con otros actores públicos para enfoque de determinantes sociales

Desde el MINSAL y en conjunto con ministerios de las provincias, se han desarrollado en la última década programas estructurados para mejorar el acceso a servicios esenciales de salud. Dentro de un conjunto de planes, cabe señalar varias iniciativas fundamentales ya presentadas, entre las que se encuentra el Programa Nacional Municipios y Comunidades Saludables de la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del MINSAL, que impulsa un abordaje integral de determinantes y condicionantes de la salud.

Se busca actuar, desde una perspectiva integral, sobre los distintos factores que inciden sobre los individuos, las organizaciones y el territorio, como "determinantes y condicionantes de la salud", en las distintas variables y sus dimensiones. Desde esta aproximación, se busca identificar las brechas de inequidad, ponderar la incidencia de los distintos factores en cada una de las dimensiones, diseñar políticas públicas y llevar a cabo las articulaciones institucionales necesarias para posibilitar su abordaje y reducción, actuando sobre variables relevantes, como los modos de vida, los sistemas y los servicios de salud, socioeconómicos y ambientales. (ISAGS 2012: 224 Sistema de Salud Argentina).

El MINSAL participa de y desarrolla distintas iniciativas intersectoriales, como las siguientes:

1. El Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS).
2. El Programa Interministerial de Salud Mental (Ministerio de Justicia y Salud de la Nación).
3. El Programa de Formación de facilitadoras y facilitadores en salud comunitaria (capacitación de 40.000 promotores territoriales en todo el país) (Ministerio de Desarrollo Social y MINSAL).
4. El Programa de Educación Sexual del Ministerio de Educación con articulación intersectorial con el MINSAL.

La concepción renovada de la APS, implica el diseño de instrumentos que faciliten las acciones intersectoriales e integrales, optimizando las capacidades del sector público, evitando la fragmentación y superposición de intervenciones.

Con ese sentido la articulación intersectorial hace convergencia en los Centros de Integración Comunitaria (CICs), en los que desde su concepción y planificación inicial integran acciones de los Ministerios de Salud, Desarrollo Social, Trabajo, Planificación y el Gabinete Social. Los CICs constituyen un modelo de gestión pública que implica la integración y coordinación de las políticas de Atención Primaria de Salud y Desarrollo Social en un ámbito físico común de escala municipal.

En esa misma línea se destaca el avance de la estrategia del **Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables**, cuya misión es fortalecer la ejecución de las actividades de promoción de la salud a nivel local, colocando la promoción de la salud como la más alta prioridad del programa político; apoyar

la participación de las autoridades del gobierno y la participación activa de la comunidad, fomentar el diálogo, compartir el conocimiento y experiencia y estimular la colaboración entre los municipios, las provincias y los países, construyendo y fortaleciendo las alianzas multisectoriales para mejorar las condiciones sociales y sanitarias en los espacios donde viven las personas, abogando por la formulación de una política pública saludable, mantenimiento de ambientes sanos, y promover estilos de vida saludables.

Estrategia de Fortalecimiento de la Gestión Territorial en Salud: que plantea fortalecer la gestión territorial en salud, por medio del diseño e implementación de Planes a nivel local, a fin de disminuir la segmentación y fragmentación del sistema de salud, plantea la mejora de los resultados sanitarios y la calidad de vida de la población a través de la formulación e implementación de una estrategia de fortalecimiento municipal consensuada con las jurisdicciones tanto nacionales, provinciales como municipales.

Interacción de los equipos de APS con organizaciones comunitarias y las ONG en el territorio

A partir del núcleo de intersectorialidad conformado por los organismos públicos, en el territorio se desarrollan coordinaciones con organizaciones comunitarias, clubes sociales, ONG, etc. Las formas que adquieren son muy variadas, y van desde coordinaciones para acciones puntuales y/o el acuerdo de planes de acción de mediano y largo plazo.

Acciones comunitarias de los equipos de APS

El Programa de Abordaje Territorial (2009) desarrolla con más de 50 unidades móviles integradas por equipos de profesionales de diferentes especialidades y equipamiento con diferentes niveles de complejidad y equipamiento con alta tecnología médica con el fin de reforzar el primer nivel de atención, y mejorar la capacidad de detección, diagnóstico y tratamiento de las comunidades ubicadas en parajes más alejados y de difícil accesibilidad.

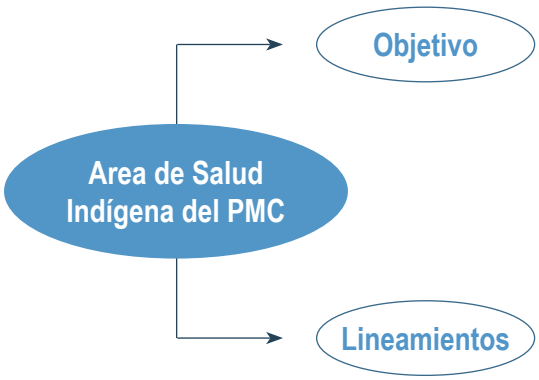
Programa Cuidarse en Salud: apunta a la sensibilización de las comunidades sobre factores de riesgo relacionados a la salud y prácticas saludables que ayuden a mejorar la calidad de vida, en especial de los sectores más vulnerables.

INTERCULTURALIDAD

Principales experiencias, acciones y programas

Dentro del **Programa Médico Comunitario**, se cuenta con un **Área de Salud Indígena** (Ex Programa Anahí). Desde el año 2005 se diseña e implementa una línea de acción tendiente a mejorar la salud y calidad de vida de los Pueblos Originarios a partir de intervenciones socio-sanitarias con equipos comunitarios interdisciplinarios. Con la conformación de los **Equipos para Pueblos Originarios** se promovió la implementación, a nivel local, de prácticas sanitarias integrales e intersectoriales con criterio de equidad. Los objetivos de Salud Indigena del PMS son sinterizados en la figura a seguir.

ESTRATEGIA DE INTERCULTURALIDAD EN SALUD DEL PROGRAMA



Mejorar la cobertura de salud de los Pueblos Originarios dotando al Primer Nível de Atención de recursos humanos que buscan garantizar la accesibilidad, la calidad de la atención y la activa participación de los miembros de las Comunidades Indígenas en el cuidado de su salud, articulando sus saberes y los de la medicina tradicional.

- Consultas previas, libres e informadas sobre toda acción sanitaria que las involucre, resptando la cultura de las Comunidades.
- Los agentes sanitarios y algunos facilitadores son designados a propuesta de las Comunidades y forman parte de las mismas.

Fuente: Dr. Gustavo Orsi Coordinador General Programa Médicos Comunitarios Presentación Taller "Abordajes de Atención Primaria a la Salud y estrategias para la permanencia de profesionales en zonas remotas y desfavorecidas en los países de América del Sur"

El **Plan Nacer/Sumar**: toma en cuenta la Salvaguarda Indígena que articula con el **Programa Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP).** El Plan Nacer está impulsando acciones que garanticen el acceso a la salud de los pueblos indígena sin discriminaciones, con respeto y de calidad. Asimismo, está incorporando gradualmente un enfoque intercultural de salud. Estas acciones se encuentran establecidas en el Marco de Planificación con Pueblos Indígenas que fue consultado con el Consejo de Participación Indígena.

LA GESTION DE LA APS

Planificación en APS

La planificación de la APS, replica la organización política administrativa del país. Es decir, hay un nivel central, donde al protagonista principal es el MSAL. El Ministerio de Salud de la Nación es el responsable de la rectoría del sistema de salud y tiene como objetivo la formulación e implementación de políticas sanitarias nacionales para el efectivo cumplimiento del derecho a la salud de sus habitantes, por medio de la articulación y coordinación de todos los actores involucrados en el proceso salud-enfermedad.

La APS desde el 2003 es el eje fundamental de la política sanitaria. Para que la estrategia tenga éxito su implementación implica una gestión territorial que garantiza una cobertura de salud universal, integral y equitativa. Por ello el fortalecimiento de la gestión territorial debe ser producto de la articulación interjurisdiccional de nación, provincia y municipio.

Después están las provincias y finalmente los municipios. Los componentes que garantizan la articulación entre estos tres niveles, son por un lado los programas nacionales: REMEDIAR, PMO, etc y por otro la red de servicios que garantiza la continuidad de la atención.

Sistemas de información en APS

A nivel nacional, el Ministerio de Salud ha desarrollado importantes sistemas que proporcionan información para diferentes áreas y programas. El seguimiento de programas trascedentes como REMEDIAR, PMO, etc, exigen el desarrollo de sistemas de información para su seguimiento y evaluación. Por otra parte, todas las provincias –con distinto alcance y desarrollo tecnológico– disponen de sistemas de información para la gestión y evaluación sanitaria.

Sin embargo, todavía persisten una multiplicidad de sistemas y registros sin integración federal (y con frecuencia tampoco local), que dificultan el acceso a una información oportuna en tiempo real y calidad para la toma de decisiones, la planificación, la evaluación, la gestión de los servicios y programas y la atención de la población.

El instrumento más ambicioso es el proyecto SISA (Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino), iniciado en 2007 pero de implementación efectiva en agosto de 2010 tratando de generar herramientas de recolección y procesamiento de información útil para la toma de decisiones y la evaluación del sistema (https://sisa.msal.gov.ar/sisa/).

El **PROYECTO SISA** plantea la generación de herramientas que favorezcan la toma de decisiones y optimicen la gestión de la información en Argentina.

Los **OBJETIVOS GENERALES** del **SISA** son:

1. Crear la Ficha del Ciudadano; como eje central para el registro de la información nominalizada, de forma tal que permita unificar y centralizar la información sanitaria (en todos sus niveles) en un repositorio único por cada ciudadano.

2. Implementar la columna vertebral del sistema nacional único de información sanitaria mediante la digitalización del Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDB) en todos los niveles de atención de la salud, a fin de identificar el usuario, el efector y los datos relevantes.

3. Generar la base de información sobre recursos de salud para permitir la identificación de efectores (servicios servicios/ complejidades/ capacidades) y recursos humanos correspondientes.

4. Integrar de forma gradual los sistemas existentes (entre sí y con el CMDB) a fin de unificar la información de todos los niveles de atención, con la base de la Ficha del Ciudadano y en una plataforma tecnológica normalizada.

5. Optimizar y simplificar el trabajo humano, aportando las garantías de calidad, integridad y confianza para jerarquizar y revalorizar la información en el marco de la actividad sanitaria; 6) Desarrollar herramientas de monitoreo, evaluación y análisis de la información como soporte para la toma de decisiones en la gestión sanitaria.

Monitoreo de la calidad de la APS

El monitoreo de la calidad de las prestaciones de APS está condicionado por la efectividad de los sistemas de información. En ese sentido, las mayores dificultades están en la multiplicidad de sistemas actuando a la vez, y los tiempos de y procesamiento de la misma.

Igualmente los programas nacionales han avanzado en sistemas y de modo parcial se pueden analizar resultados y planificar correctivos. Además los programas que transfieren recursos en función de resultados, han significado un catalizador para la mejora de los registros y por ende una mayor capacidad de monitoreo de la calidad de la APS.

SINTESIS DESCRIPTIVA DE LA VISITA A ARGENTINA

PROGRAMAS	OBSERVACIONES	INTERLOCUTORES
Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (PSSyPR)	Objetivo: disminuir la mortalidad materna, disminuir el embarazo no planificado y disminuir la morbimortalidad materna	Lic. Natalia Gogliormella y Victoria Cataneo
Incluir Salud (ex Pro.Fe)	Financia cobertura médico-asistencial a madres de siete o más hijos, personas con discapacidad y adultos mayores de 70 años en situación de pobreza, entre otros grupos. Su ejecución se basa en el sistema público: las redes asistenciales, los médicos comunitarios y los hospitales.	Dra. Susana Mazzarino (Directora) y el Dr. Eduardo Jurisich
Dirección Nacional de Maternidad e Infancia	Es el órgano de formulación y aplicación de las políticas de salud materno infantil del Estado nacional. Desarrolla el **Programa Materno Infantil**, con fondos del Estado y también con el aporte de la cooperación internacional.	Dra. Ana María Speranza (Directora)
Plan REMEDIAR + REDES	Fortalecimiento de las redes de salud. Provisión de medicamentos esenciales. (alrededor de 450 principios activos) Capacitación de los recursos humanos.	Lic. Mauricio Monsalvo Coordinador de los Sistemas de Provisión de Medicamento e Información
Programa Nacional de Enfermedades Inmuno prevenibles. PRONACEI	Son responsables de definir el programa de vacunaciones nacional y de abastecer al sector público. Las OOSS y las prepagas están obligadas a cumplir el plan pero con financiamiento propio. La estrategia se concentra en el sector público asistencial donde los CAP juegan un rol preponderante	Lic. Carla Vizzotti (Directora) y la Lic. María Eugenia Carreaga (Adjunta)
Plan NACER	Su objetivo es fortalecer la APS, a través de la provisión de recursos adicionales a los establecimientos de salud en función de su cobertura y a partir de una metodología de priorización. Es un innovador modelo de gestión en las políticas públicas esquema de financiamiento basado en resultados, a través del cual la Nación transfiere recursos a las provincias por la inscripción de beneficiarios y el cumplimiento de resultados sanitarios.	Martín Sasiñosa
Programa Médicos Comunitarios PMC	Fortalecer la conformación de equipos de salud del Primer Nivel de Atención con la incorporación y financiamiento de recursos humanos en los Efectores de dicho nivel (Centros de Salud, CICs -Centros Integradores Comunitarios-, Postas Sanitarias, entre otros), para mejorar la oferta de servicios, con mayor amplitud horaria y mejor calidad.	Dra. Guadalupe Gallardo

PROGRAMAS	OBSERVACIONES	INTERLOCUTORES
Programa Municipios y comunidades saludables	Se trabaja a partir de la identificación de problemas donde el componente salud forma parte. Se apuesta a la intersectorialidad. y los temas son: alimentación saludable, seguridad vial, gestión de residuos, control de vectores, seguridad alimentaria, calidad del agua, inmunizaciones, escuelas promotoras de salud, promoción de la actividad física, etc.	Lic. Psic. Laura Waynsatok
Programa Sanidad Escolar PROSANE	Su objetivo es evaluar el estado de salud de los niños y niñas en edad escolar, realiza el seguimiento de la atención de los problemas de salud que se hubieran detectado e implementa acciones de promoción y prevención de la salud en las escuelas.	
Dirección Economía de la Salud	Información sobre financiamiento y gasto en salud. No se puede inferir el gasto en APS, si algunas financiaciones que tienen relación directa con APS por ejemplo Programa Médicos Comunitarios.	Lic. Tomás Pippo y Lic. Maria Eugenia Perez Ponsa
Visita Hospital ALTA COMPLEJIDAD EN RED: El Cruce	Es un Hospital de 3er nivel ubicado en el cono urbano sur de la Provincia de Buenos Aires, financiado por la provincia y el gobierno de la nación, que está en red con hospitales de segundo nivel ubicado en la provincia y estos a su vez en red con el Primer Nivel de Atención, representado por los municipios y los programas nacionales. No atiende por demanda espontánea, solamente por derivaciones de la Red. Actualmente la red tiene 1300 camas. Es una experiencia novedosa por su forma de financiación mixta, y por promover una red que tiene como principal catalizador el 3er nivel. Es una respuesta, al crecimiento demográfico de esa zona de la provincia de B. Aires. Busca garantizar la continuidad de la atención y se trata de no perder al paciente, por lo que ensayan diferentes formas de referencia y contrarreferencia. Su estrategia de desarrollo tiene un fuerte componente en el área de formación. Además de la capacitación permanente de todo el personal de salud en sus diversas disciplinas, está en proceso de desarrollo una universidad relacionada a las ciencias dela salud. La profesionalización de la gestión es una de las directivas del proyecto. Tiene un estatuto propio de funcionamiento diferente a los tradicionales de los hospitales públicos y hoy están discutiendo los criterios para establecer una carrera sanitaria. Hoy hay Obras Sociales que quieren contratar servicios del hospital.	Director Ejecutivo Dr. Arnaldo Medina, equipo de dirección y los directores de salud de los Municipios de Florencio Varela, Quilmes y Berazategui.

PROGRAMAS	OBSERVACIONES	INTERLOCUTORES
Visita Hospital ALTA COMPLEJIDAD EN RED: El Cruce	Sostienen que la clave está en el respaldo político del proyecto, en mantener el criterio de la red y la relación con todos los niveles de atención, involucrando recursos de la nación (Programas Nacionales) de las provincias y de los municipios. El concepto de red, también lo asocian a la crisis de recursos humanos en algunas disciplinas.	Director Ejecutivo Dr. Arnaldo Medina, equipo de dirección y los directores de salud de los Municipios de Florencio Varela, Quilmes y Berazategui.
Centro de Salud villa Vatteone del Municipio de Florencio Varela.	Es uno de los 40 centros de salud del Municipio. No todos tienen la misma estructura, a modo de ejemplo solamente el 25% tienen sillones odontológicos. El criterio es la atención a todos los que la requieran independientemente que tengan otras coberturas (Obras Sociales - Prepagas). Tienen inserción en la comunidad, con una estrecha relación con el sector educativo por las acciones de promoción de salud en las escuelas. En particular éste centro, tiene además de sillón odontológico, sala de rehabilitación fisioterápica, equipos de radiología y ecografía. Funciona de lunes a viernes, y sábado medio día. Relatan dificultades para la contrarreferencia. En el centro se aplican los programas nacionales del ministerio: REMEDIAR, NACER, etc. en el centro están desarrollando la experiencia de residencias multidisciplinarias, en medicina general, trabajo social, psicología y psiquiatría	Autoridades del Centro de Salud y el Secretario de Salud del Municipio.

AGRADECIMIENTOS

Para completar el mapeo, tal como se describió en la nota metodológica, además de la información preexistente en la bibliografía consultada, la visita con las entrevistas con interlocutores claves, han sido un insumo imprescindible para el mismo.

Por ello, quiero agradecer la gentileza, el tiempo prestado y la amabilidad de todos los entrevistados tanto a nivel de la visita de terreno: Hospital El Cruce - Centro Salud Villa Vatteone como la realizada con los responsables de todos los programas analizados.

En particular, agradecer al Dr. Carlos Anigstein asesor de la Secretaría de Determinantes Sociales y Relaciones Sanitarias que estuvo en la programación y en la ejecución de todo el cronograma de trabajo y todo el equipo de Relaciones Internacionales que trabajó en el coordinación del mismo.

BIBLIOGRAFIA

Anigstein C. Programa de Fortalecimiento de la Gestión Territorial. Buenos Aires - Argentina 2013.

Anigstein C. El modelo de APS en la República Argentina - Presentación Santa Cruz de la Sierra, Bolivia 30 de Octubre de 2013.

Encuentro Buenos Aires 30 - 15. De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Declaración Final. Buenos Aires, 2007,

EUROSOCIAL Dossier Nacional de Atención Primaria en Salud y la integración con otros niveles de atención. República Argentina. Intercambio III.2-1-2007 Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención

ISAGS. Sistemas de Salud de Suramérica. Desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. Sistema de Salud en Argentina. Rio de Janeiro: ISAGS –UNASUR; 2012 p. 71-163.

Iturburo M.S. Municipios Argentinos. Potestades y Restricciones Constitucionales para un Nuevo Modelo de Gestión Local (2° edición) Buenos Aires, 1997.

Ministerio de Salud de la Nación. Plan Federal de Salud 2004 – 2007. Buenos Aires: MSAL, 2004.

Ministerio de Salud de la Nación. www.msal.gov.ar

Morgenstern MA. Perfiles Descriptivos de los Sistemas de Salud de los Estados Partes del MERCOSUR - República Argentina. Universidad Isalud y Asociación de Economía de la Salud Montevideo: Observatorio MERCOSUR de Sistemas de Salud, 2012.

INDICADORES ARGENTINA

Tabla 1: Indicadores demográficos, Argentina, 2012

Indicadores	2012
Población	40.518.951
Proporción de población urbana	89.4
Proporción población < 15 años	25,5
Proporción población > 65 años	10.2
Tasa de Fecundidad	2.3
Esperanza de vida al nacer general	75.2
EVN mujeres	79.1
EVN hombres	71.6
Tasa de alfabetización (>15 años)	97.8

Fuente: Indicadores 2012 Argentina. Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación; OPS/OMS

Tabla 2: Indicadores socioeconómicos, Argentina, 2012

Indicadores	2012	Observaciones
PIB per cápita en U$S	9183	
Índice desarrollo humano IDH	0.811	
Razón de ingreso 20% sup. /20% inf.	11.3 *	2008
Índice de Gini	0,439	
GPS como proporción PBI	6.21 *	
GPS como proporción gasto público	22,35 *	
Abastecimiento agua potable %	83%	2011
Acceso saneamiento básico %	62%	2011

Fuente: Economía de la Salud MINSAL Argentina; * 2008 Situación de salud de las Américas Indicadores Básicos 2012. OPS/OMS

Tabla 3: Evolución Mortalidad, Argentina, 2000, 205, 2010

Indicadores	2000	2005	2010	Último dato
TMI	16.6	13.3	11.9	
TMI neonatal	10.9	8.9	7.9	
TMI post neonatal	5.7	4.5	4.0	
TMI < de 5 años	19.3	15.5	13.8	
Razón de Mortalidad materna/ 100 mil NV	35	39	44	35 (2012)

Fuentes: MSAL, Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.

Tabla 4: Datos de cobertura. Argentina. Evolución del 2000 a último dato disponible

Indicadores	2000	2005	2010	Último dato
% < 1 año 3ra dosis tetravalente(D-P-T-Hib) + hep B	82.5.	98.1	94.0	
% gestantes atendida por personal capacitado*	99.1	99.1	99.4	
% gestantes atendidas 7 consultas o +				59.6 (2011)*

Fuentes: MSAL, Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles. *% de gestantes con mas de 5 consultas: RESULTADO DE 100 % gestantes MENOS suma de gestantes sin control (6.9%) + gestantes con control insuficiente (33.5%). Fuente: Primer informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión. MINSAL – OPS/OMS 2013

Tabla 5: Fuerza de trabajo en salud. Argentina, 2010

Indicadores	2010
Médicos x 1000 hab. País	3.8
Razón enfermeras x 1000 hab. país	2.24
Razón odontólogos x 1000 hab. país	9.6

Tabla 6. Capacidad instalada. Último dato disponible

	Último dato
Nº de unidades CAPS	7532
Nº consultas médicas / año totales	4.9*

*4.9 millones consultas anuales

UNASUR

iSAGS

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

UNASUR

Unión de Naciones Suramericanas