

**EJES DE GOBERNANZA
EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD**

DIRECCIÓN NACIONAL DE ATENCIÓN PRIMARIA Y SALUD COMUNITARIA

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN



Presidente de la Nación

Dr. Alberto Fernández

Ministra de Salud de la Nación

Dra. Carla Vizzotti

Secretario de Equidad en Salud

Dr. Víctor Urbani

Subsecretaría de Integración de los Sistemas de Salud y Atención Primaria

Dr. Fabián Puratich

Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria

Lic. Adriana Magdaleno



INDICE

Resumen Ejecutivo	3
Introducción	4
Atención Primaria de la Salud en Argentina	5
Desafíos, situaciones críticas y propuestas	7
Transversalización de la perspectiva de género y diversidad	9
Metodología	9
Tres dimensiones del sistema de salud en Argentina: Equidad, Acceso y Calidad	10
Equidad en salud	10
Acceso a la salud.....	11
Calidad en Salud	12
Ejes de Gobernanza para una puesta en valor de la Atención Primaria de la Salud	13
1. EQUIDAD.....	13
2. ACCESO	20
3. CALIDAD	27
Monitoreo y Evaluación	35
Plan de Infraestructura	38
Bibliografía	40



Resumen Ejecutivo

Argentina tuvo grandes avances en materia sanitaria en los últimos 20 años, muchos de ellos atribuibles a las acciones basadas en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Con el propósito de fortalecer y profundizar este camino, el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) junto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), impulsa este documento sobre Ejes de Gobernanza en Atención Primaria de la Salud, focalizados para el Primer Nivel de Atención (PNA) y propone la integración de las acciones de los programas existentes en el marco de la premisa de una visión de la APS como estrategia fundamental para mejorar el acceso, la cobertura y la equidad en la atención de la salud.

En cuanto a la Gobernanza, ésta se entiende como los arreglos institucionales que regulan los actores y los recursos críticos con influencia sobre las condiciones de cobertura y el acceso a los servicios de salud (OPS, 2017). La APS vincula explícitamente a la población con los efectores de las redes integradas de salud y este proceso se potencia con el aumento de la capacidad de rectoría y gobernanza de los Ministerios de Salud Nacional y Jurisdiccionales. Esta propuesta de Ejes de Gobernanza jerarquiza aún más el acento puesto por las políticas en salud en la adscripción de la población con cobertura pública exclusiva al efector de primer nivel de atención más cercano a su domicilio; la integración de los sistemas de registro a través de historia de salud integral (HSI); el fortalecimiento de la infraestructura sanitaria; la incorporación de enfoques inclusivos en las prácticas de salud; el fortalecimiento de los equipos multidisciplinarios del Primer Nivel de Atención (PNA) y el desarrollo de un portal de monitoreo y gestión en APS, entre otras líneas estratégicas. Se estima, asimismo, un presupuesto que integre las erogaciones de los programas actuales más adicionales para infraestructura, sistemas de información y para ampliar la provisión de medicamentos esenciales.

En definitiva, se sostiene la necesidad de un enfoque comunitario a través del fortalecimiento de este nivel de competencia, descentralizado, con recursos y accesible a las personas, familias y comunidades. En este sentido, en Argentina se evidenció el rol protagónico desempeñado por los equipos del primer nivel durante la pandemia por SARS-CoV-2 en el que tuvo lugar un proceso de jerarquización de la Atención Primaria de la Salud y del primer nivel de atención en tanto instancia organizadora de cuidados para el abordaje de los problemas socio sanitarios; la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud de la población. El presente documento se estructura en base a tres dimensiones: Equidad, Calidad y Acceso que incorporan los trece Ejes de Gobernanza en APS. Estos, durante los últimos meses de 2022 fueron diseñados en consenso con las áreas sustantivas y programas nacionales competentes; en diálogo con las jurisdicciones a través de sus Direcciones de Atención Primaria, y con el apoyo técnico de la OPS. La primera propuesta se puso a consideración en el COFESA en octubre de 2022. Así, se propone asegurar la integración como objetivo primordial de la gobernanza, a partir de la elaboración conjunta de planes jurisdiccionales que se orienten a la consecución de objetivos comunes, consensuados con distintos actores. Será



atribución de los equipos técnicos de la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria (DNAPySC) la asistencia a los equipos jurisdiccionales en la obtención de aquellos consensos.

De este modo, se destaca el compromiso de todos los actores con una salud pública basada en la Equidad, Calidad y Acceso: las dimensiones primordiales de las políticas del Ministerio de Salud de la Nación. También, se prevé la realización de rondas de consulta con actores involucrados en el campo de la APS para validar y mejorar esta propuesta.

Asimismo, se agradece especialmente el apoyo recibido por parte de OPS en el proceso de construcción de esta propuesta en el marco de la cooperación con el Ministerio de Salud de la Nación.

Introducción

El enfoque de la Atención Primaria de Salud (APS) ha sido y sigue siendo un elemento central en las iniciativas de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud, como fue establecido en la Conferencia Internacional de Alma Ata en 1978 y ratificado en la declaración de Astana 40 años después.

Los sistemas de salud orientados a la atención primaria son sistemas de salud organizados y gestionados de modo que hacen del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud el principal objetivo maximizando al mismo tiempo la equidad y la solidaridad. Se componen de un conjunto de elementos estructurales y funcionales que contribuyen a lograr la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población que mejoran la equidad. (Operational framework for primary health care: transforming vision into action; World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2020). Hay evidencia suficiente para afirmar que los sistemas de salud basado en la APS son más efectivos, más equitativos, más costo-efectivos y generan más satisfacción en la ciudadanía que cualquier otro tipo de organización de servicios de salud. Pero no solo lo son en el ámbito de la salud reduciendo la morbilidad evitable, reduciendo las internaciones por condiciones sensibles a la APS, ahorrando costos de servicios, etc., sino que también contribuyen al desarrollo socio-económico de los pueblos. (Starfield, 1998; Starfield, 1992; WHO, 2008).

En el año 2007 la OPS promovió la renovación de la APS como política sanitaria, incorporando una definición ampliada, que la ubica como parte de una estrategia para organizar los sistemas de salud, junto con las Redes Integradas de Servicios de Salud, desde un enfoque de derechos humanos (DDHH). Se plantea desde entonces que un sistema de salud basado en la APS se guía por principios tales como la respuesta adecuada y oportuna a las necesidades de salud de la población; la orientación hacia la calidad; la responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos; la justicia social; la sostenibilidad; la participación y la intersectorialidad.

En el año 2017 Ministros/as y Secretarios/as de Salud de los países de la Región de las Américas aprobaron por unanimidad la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030). La misma reafirma el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, la solidaridad, la equidad en salud, la



universalidad y la inclusión social, como principios y valores fundamentales. La ASSA2030 representa desde el sector salud, la respuesta en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los temas planteados desde los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Estos principios se incluyen transversalmente en el presente Documento.

La complejidad del campo de la salud requiere abordajes con base territorial y junto con la comunidad, a partir del trabajo de equipos interdisciplinarios que conviven a diario con determinantes sociales sobre los que deben intervenir para resolver de manera profunda y sostenida los problemas de salud de la comunidad. En este sentido, la APS pone de relieve la importancia y efectividad de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con participación de la comunidad.

De este modo, el 25 de octubre de 2018 países de todo el mundo firmaron la Declaración de Astaná, y prometieron fortalecer sus sistemas de atención primaria de salud (APS) como un paso esencial para lograr la cobertura universal de salud. Asimismo, Argentina adhiere al compromiso con la Agenda de la Salud de las Américas como parte de una acción colectiva destinada a lograr niveles más altos de salud y bienestar en un contexto nuevo, tanto a nivel regional como mundial.

Atención Primaria de la Salud en Argentina

Nuestro país reconoce el derecho a la salud como un derecho humano fundamental en su Constitución Nacional a través del Art.75 Inc.22. El derecho a la salud de todas las personas que habitan en el territorio argentino y que se encuentren en tránsito debe ser garantizado por el Estado Nacional y los gobiernos locales y municipales a través del acceso universal.

El sistema de salud argentino presenta un modelo mixto, descentralizado y federal, sectorizado (subsectores públicos, de la seguridad social y privado), que se propone garantizar de modo universal el derecho a la salud con características propias y desafíos nacionales particulares. El Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) asume la responsabilidad de la planificación, coordinación, rectoría, evaluación, las políticas de recursos humanos y el “diseño, la ejecución y la coordinación de acciones destinadas a promover la estrategia de Atención Primaria de la Salud” (Ley N° 22.520, 1992) entre otras acciones, pero son las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires las responsables de la prestación de servicios de salud. A partir de esta lógica federal surgen experiencias, planes y políticas públicas que buscan responder a desafíos locales (relativos a la organización del RRHH en salud, así como perfiles epidemiológicos regionales, modelos de atención, estrategias locales de prestaciones de servicios, promoción y prevención) que requieren repensar la salud en clave de APS, desde una visión integrada.

Aun cuando los diferentes subsectores poseen leyes nacionales o locales que regulan su ejercicio, y cada una de las 24 jurisdicciones dicta en su Constitución Provincial las características de organización de su sistema público, en todos los casos se establecen principios básicos de APS. En gran parte de las jurisdicciones los tres niveles de atención (Primer Nivel de Atención, Segundo Nivel de Atención y Tercer Nivel de Atención) y sus RIIS-Redes Integradas e integrales de Salud se encuentran en la órbita provincial. En algunas jurisdicciones como Buenos Aires,



Córdoba, Santa Fe y en parte en Entre Ríos y Corrientes, las Constituciones Locales determinan que además de estar a cargo del PNA, los municipios y comunas (según el articulado propio de cada Constitución Provincial) estarán también a cargo de desarrollar redes en el PNA y articularlas con las jurisdiccionales para una mayor cobertura allí donde viven las personas.

Con el fin de implementar un sistema federal de salud, consensado y viable, le compete al MSAL ejercer el rol rector del sector salud: encabezar los procesos relacionados con la discusión y la formulación de las políticas de salud nacionales y conducir los procesos de integración de subsectores, así como entender en la planificación global del sector salud en coordinación con las autoridades sanitarias de las jurisdicciones provinciales y del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires (Decreto 828/2006). Así, el MSAL (junto a sus Institutos y organismos descentralizados) lleva adelante funciones relativas a la normalización, regulación, planificación y valoración de las acciones de salud en el territorio nacional, así como de administración de planes y programas específicos asociados a líneas priorizadas de cuidados, a patologías y/o condiciones de salud determinadas. La coordinación federal de las políticas públicas en materia sanitaria se realiza junto al Consejo Federal de Salud (COFESA), integrado por el MSAL y los ministerios jurisdiccionales; espacio en el que se construyó, en 2022, el consenso sobre los ejes de gobernanza en APS. La importancia de este consenso radica en que la APS se configura como campo de incumbencia de diferentes actores institucionales, con diferentes racionalidades disciplinares, programáticas y de financiamiento, cuya integración en un marco de consensos político-técnicos es condición de posibilidad para el fortalecimiento del rol de rectoría del MSAL.

A fin de cuantificar la asignación de recursos a acciones enmarcadas en la Estrategia de APS en el Ministerio de Salud se analizó el presupuesto ejecutado en 2022, identificando aquellos programas y actividades abarcadas por la definición que orienta esta propuesta. Si bien esta estimación debe ser considerada una aproximación entendemos que refleja adecuadamente cuánto y en qué gastó el Ministerio de Salud en ese año con el objetivo de fortalecer la atención primaria a nivel nacional y de los sistemas de salud de cada jurisdicción subnacional.

En el año 2022 la asignación presupuestaria destinada a las acciones arriba definidas constituyó, según el cálculo realizado, el 52% del presupuesto devengado correspondiente a todos los programas del Ministerio de Salud de la Nación¹. Respecto de las líneas de acción contempladas en esta propuesta para APS, las más relevantes desde el punto de vista financiero son la Normatización, suministro y supervisión de vacunaciones y el programa SUMAR que explican el 39,8% y el 19,7% del total estimado respectivamente. Siguen en importancia los programas REMEDIAR (9,3%), REDES (9,0%), y Respuesta al VIH, ITS, hepatitis virales, TBC y Lepra (7,6%). La asignación presupuestaria de estos cinco programas conforma el 85,4% del total destinado a APS. En términos porcentuales, del 14,8% restante, la mayor parte se concentra en los Programas Proteger (5,1%), Desarrollo de la salud sexual y procreación responsable (3,6%), Abordaje de Curso de Vida (2,8%)

¹ A los efectos de eliminar la posible distorsión que puede introducir la elección de un año con un gasto relevante en la atención de la pandemia por COVID-19 no se consideró la actividad Acciones de mitigación de la pandemia. No se incluyó el monto devengado por este concepto entre las asignaciones a Atención Primaria así como tampoco en el presupuesto total ejecutado.



y Prevención y control de enfermedades endémicas (1,4%). El resto de los programas considerados aporta cada uno menos de 1% al total del presupuesto para acciones de APS.

Desafíos, situaciones críticas y propuestas

Desde el punto de vista del ejercicio efectivo del derecho a la salud, que conjuga la presencia de las tres dimensiones que orientan esta propuesta, Equidad, Calidad y Acceso, es de particular relevancia la persistencia de inequidades respecto de indicadores sanitarios prioritarios. Las diferencias de morbilidad y mortalidad entre jurisdicciones y la persistencia de morbi-mortalidad evitable o reducible, señalan la necesidad de profundizar transformaciones a pesar de los avances en los indicadores de los últimos 20 años. Esto se evidencia en que en 2021 la mayor tasa de mortalidad infantil registrada a nivel provincial fue de 11,6 cada 1000 nacidos vivos, mientras que la menor tasa registrada fue de 4,6 (DEIS-MSAL, 2021). La tasa de mortalidad por causas cardiovasculares ajustada por edad es de 252,6 cada 100000 habitantes contra 84,4 en las jurisdicciones con mayor y menor tasa respectivamente; el coeficiente de Gini para mortalidad materna fue de 0,267 en el año 2018 (DEIS-MSAL y OPS, 2020).

El Plan Federal de Salud 2003-2007 se propuso abordar estas problemáticas y desarrolló, entre otras estrategias, una serie de programas destinados a fortalecer la APS. Los más importantes impulsados desde el nivel nacional y vinculados con el PNA fueron el Remediar, inicialmente denominado Programa de Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS), el Programa Médicos Comunitarios (luego Programa de Equipos Comunitarios, Programa de Salud Familiar y Comunitaria, y hoy Programa Nacional de Salud Comunitaria) y el Plan Nacer, luego SUMAR, PACES y denominado nuevamente SUMAR en la actualidad. Asimismo, entre los años 2007-2015 se consolidaron planes y programas que continuaron trabajando desde una lógica federal, con propuestas participativas y situadas. El Plan de Reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y adolescencias; el trabajo en Regionalización de la Atención Perinatal y el fortalecimiento de maternidades que cumplen con Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE); así como programas de seguimiento del recién nacido de alto riesgo, y la mejora en los sistemas de registro perinatal (SIP-G) y actualmente la implementación del Plan 1000 días son algunas de las políticas públicas desarrolladas.

Cabe mencionar que al momento de organizar el abordaje de la pandemia por SARS-CoV-2, el Programa Municipios y Comunidades Saludables (hoy Dirección de Municipios saludables) mostró sus alcances en 2020-2021: la disponibilidad de RRHH capacitados, de vacunatorios y un sistema articulado que fortalece la red de municipios y comunas, así como la participación comunitaria en la promoción de la salud.

No obstante, lo expuesto, prevalece como problema transversal a las prácticas de APS la existencia de múltiples estrategias de recolección de datos e información desde lógicas programáticas diferentes. Frente a esto, uno de los objetivos centrales de esta propuesta es avanzar en un proceso institucionalizado de integración y



homologación de información, a partir de la definición e identificación de fuentes confiables desde el punto de vista técnico, basadas en una metodología adecuada de recolección y procesamiento, así como también de los medios de soporte informático para su guarda. Se plantea la necesidad de obtener datos e información que den cuenta de los diferentes aspectos de la estrategia de APS en los diferentes ámbitos (gestión, efectores, espacios comunitarios); y la de crear indicadores y líneas de base en relación con las distintas líneas estratégicas consolidando la información dispersa en diferentes registros. Jerarquizar el trabajo de los equipos y revalorizar las prácticas de APS en tanto estrategia, requiere de la puesta en marcha de un proceso coordinado de diagnóstico exhaustivo y riguroso, que permita el establecimiento de una línea de base fiable.

Con el objetivo de disminuir las brechas de calidad en la atención de la salud es prioritaria la identificación de las características y necesidades de la población, el seguimiento longitudinal e integral de las personas a lo largo de todo el sistema de salud; a la vez que el conocimiento de la composición real de los equipos de salud en todo el territorio nacional; la oferta de servicios, y el acceso efectivo a los mismos.

En este sentido las estrategias incluidas en las líneas Salud Digital e Integración de subsistemas se orientan hacia dicho objetivo. La App Visitar, primera herramienta digital nacional para el relevamiento de datos socio sanitarios, surge en esta línea con la finalidad de interoperar con otros sistemas de información nacional.

Entre 2020 y 2022, la pandemia SARS-CoV2 puso en tensión al sistema de salud. Su abordaje redirigió los recursos en salud al segundo y tercer nivel de atención, debido a las características de presentación de una enfermedad hasta entonces desconocida que ponía en riesgo la salud y la vida de todas las personas habitantes del territorio nacional. Entre otros efectos destacables y prioritarios en ese contexto, la asunción de nuevos roles por parte de los equipos del PNA, de la mano del cambio de orientación en su tarea, se reflejó en los indicadores de promoción y prevención, con un descenso de controles de salud de la población; de controles de embarazo; de inmunizaciones; de búsqueda activa de patologías, etc. Pese a esto, fue la flexibilidad, la humanidad y el compromiso de los equipos lo que permitió afrontar los momentos más críticos de la pandemia en los territorios. Durante ese período quedó en evidencia la potencialidad del trabajo en red; de las articulaciones intersectoriales y al interior del sistema de salud; y de la utilización de nuevas tecnologías de la información, que permitieron el registro y acceso oportuno a la información y a consultas a distancia, así como el seguimiento de casos y control epidemiológico.

El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria, asume la tarea de generar nuevas propuestas para poner en valor la Atención Primaria y afianzar su gobernanza, proveyendo un marco de política estratégica y priorizando líneas de acción que puedan adaptarse a las particularidades de cada jurisdicción, poniendo en valor los aprendizajes que dejó el abordaje de aquella situación particularmente adversa y prolongada en el tiempo.



Transversalización de la perspectiva de género y diversidad

La perspectiva de género y diversidad propone desnaturalizar las desigualdades estructurales entre los géneros producidas por el sistema cis-hetero-patriarcal. Este enfoque problematiza los estereotipos y roles de género que ubican a mujeres y LGBTI+ en un lugar de inferioridad respecto de los varones a lo largo de sus trayectorias de vida. Se trata de una herramienta que no sólo permite identificar cómo operan las relaciones de poder, las desigualdades y violencias por motivos de género, sino también a pensar estrategias para su transformación. El presente documento se alinea con el Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública (PNPGyDS), dependiente de la Dirección de Géneros y Diversidad, del cual se desprenden y especifican acciones para la APS.

El género es uno de los principales determinantes sociales de la salud, por lo cual debe ser considerado por los equipos de salud en sus abordajes, para implementar modelos de atención que no reproduzcan las desigualdades del sistema patriarcal, el binarismo de género y la cis-heteronorma.

Las relaciones de poder desiguales y opresivas que tienden a valorar como superiores los atributos y las prácticas asociadas a lo masculino por sobre lo femenino, y que cuestionan o discriminan aquellas prácticas, expresiones, comportamientos y subjetividades que no se “ajustan” a los roles y mandatos asignados, impactan particularmente en las vidas de LGBTI+ por no cumplir con los mandatos binarios impuestos socialmente. Dos categorías importantes para entender estas relaciones opresivas, son el cissexismo, es decir, la concepción que entiende que la única identidad de género posible es la asignada al nacer; y la heteronormatividad, que implica concebir la heterosexualidad como la única orientación sexual válida, normal y deseable.

La perspectiva de diversidad permite cuestionar los parámetros y sistemas sociales que jerarquizan algunas formas de ser e identificarse por sobre otras, y la discriminación, vulneración de derechos y violencias que producen. En esta línea, el concepto de interseccionalidad, que refiere a la interrelación existente entre diversos ejes de desigualdad como clase social, edad, raza o etnia, género, orientación sexual, etc., así como a los factores que crean inequidades sanitarias en los procesos y sistemas de poder a nivel individual, institucional y mundial, permite comprender el modo en que esas formas diversas de discriminación interactúan y concurren en las personas de acuerdo a su condición y su posición en la sociedad (Viveros Vigoya, 2016).

Metodología

A partir de la identificación de los problemas mencionados en el apartado anterior, a través del análisis de la información disponible y de las relatorías con Direcciones locales de APS (diciembre 2021, abril y agosto 2022) que mostraron las fortalezas y oportunidades que dejó en evidencia el abordaje de la pandemia por SARS-CoV2,



la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria consolidó una propuesta de Ejes de Gobernanza en APS. Esta propuesta fue presentada en el COFESA en octubre de 2022, cuyos consensos fueron incorporados junto a las devoluciones surgidas en esta instancia. Posteriormente, el equipo elaboró una agenda de trabajo que incluyó reuniones con los equipos técnicos de las áreas sustantivas y programas nacionales involucrados en las temáticas prioritarias: Coordinación de APS, Coordinación de Salud Familiar -Programa Nacional de Salud Comunitaria-, Coordinación de Salud Intercultural, Dirección de Municipios y Comunidades Saludables, Dirección de Géneros y Diversidad, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Salud Mental y Consumos Problemáticos, Subsecretaría de Estrategias Sanitarias, Dirección de Estrategias de Integración de Coberturas, Dirección Nacional de Sistemas de Información Sanitaria, Programa Redes de Salud, Dirección Nacional de Calidad en Servicios de Salud y Regulación Sanitaria, Equipo Educación Permanente en Salud - Dirección Nacional de Talento Humano y Conocimiento, Dirección de Estadísticas en Salud. Este proceso fue acompañado desde sus inicios por el equipo de asesoras de OPS que prestó su colaboración técnica. A fines de 2022 se realizó también un Encuentro Nacional de Directores de APS en el que se presentaron los avances de la propuesta. Posteriormente las direcciones locales de APS fueron consultadas con el fin de validar el trabajo, generar nuevos consensos e incorporar sus aportes.

Sobre la base de la más amplia unanimidad y con el propósito de integrar los esfuerzos de los actores involucrados en la estrategia de APS, la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria se orienta a garantizar la equidad, la calidad y el acceso a los servicios, considerando a dicha estrategia como eje articulador de las prácticas de salud.

Tres dimensiones del sistema de salud en Argentina: Equidad, Acceso y Calidad

Equidad en salud

La equidad en salud se establece como una condición de posibilidad de la justicia social. Así, implica la necesidad de identificar y evitar diferencias injustas entre grupos de personas debido a su situación económica, geográfica, social, etc.

La equidad en salud pone de relieve que buena parte de las diferencias en el estado y los resultados de salud entre diferentes grupos sociales o poblacionales no pueden explicarse en función de diferencias biológicas. Dichas diferencias son producto de la reproducción de desigualdades sociales y económicas, que impactan en el acceso a la salud. De acuerdo a la evidencia presentada en 2019 por la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas, “las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen son fundamentales para la vida que pueden llevar”.

Las distintas dimensiones que influyen en la vida de las personas desde los primeros años de vida, impactan también en la equidad en la salud y en sus condiciones de



vida. Así, para producir una transformación orientada a la obtención de mejores resultados de salud integral, es necesario transversalizar la perspectiva de DDHH y de género y diversidad; atender a la etnicidad en tanto determinante, y adoptar el enfoque de curso de vida.

Acceso a la salud

El acceso universal, definido como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género, se logra a través de la eliminación progresiva de dichas barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, organizado a nivel nacional. Por lo tanto, garantizar este acceso resulta clave en la construcción de un sistema de salud equitativo.

Este objetivo orienta los esfuerzos para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud, a partir de la atención oportuna y de calidad a todas las personas que habitan el país. El MSAL trabaja para mejorar e incrementar la disponibilidad de los servicios de salud, así como de programas específicos dirigidos a las necesidades de salud de personas, familias y comunidades, de acuerdo al perfil de salud y sus prioridades, sin discriminación alguna, con accesibilidad geográfica, económica y cultural, promoviendo la adscripción de población a centros de salud como estrategia fundamental para garantizar la accesibilidad y continuidad del cuidado.

Tanto el acceso universal a la salud como la cobertura de salud enfatizan en la posibilidad de que todas las personas y las comunidades accedan a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a las personas usuarias a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

El acceso, en tanto característica de la oferta de servicios, no depende solamente de su disponibilidad, sino también de la capacidad de producir servicios que estén ajustados a las necesidades de la población: es menester que estos servicios se organicen en una red bien gestionada y con recursos suficientes.

En este sentido, los ejes de gobernanza se orientan, por un lado, al aumento de la oferta de servicios, y por el otro, a la eliminación de barreras en el acceso, que impiden o dificultan la atención oportuna. (Ballesteros y Freidin, 2015).

La accesibilidad y el primer contacto entre el equipo de salud y la población se ubican entre los atributos esenciales de la APS. (Starfield et al., 2005). La organización adecuada de los recursos permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes: el PNA puede dar respuesta aproximadamente al 85% de los problemas prevalentes. Es aquí que se produce la valoración inicial y se establece el recorrido de las personas usuarias por el sistema de salud en función de sus necesidades. A partir de la adscripción de la población a un centro de salud se promueve el mutuo reconocimiento entre las personas, familias y el equipo responsable de ellas, condición de los tratamientos adecuados y continuos. Así, se promueve la orientación de las acciones a otro de los atributos de la estrategia de APS, de enorme importancia en el abordaje de problemáticas prevalentes como las enfermedades no transmisibles (ENT): la longitudinalidad y continuidad del cuidado.



Calidad en Salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) para considerarse de calidad, que es un atributo inherente a la salud universal, la atención brindada por los servicios de salud debe cumplir con una serie de características:

- Eficaz: los servicios de salud deben ser basados en la mejor evidencia disponible y llegar efectivamente a las personas, familias y comunidades que las necesitan
- Seguro: debe evitarse el daño a las personas que reciben los cuidados
- Centrado en las personas: las prácticas y servicios deben ajustarse a necesidades y singularidad de las personas destinatarias.

Para alcanzar estos objetivos y en línea con lo anteriormente desarrollado, los servicios de salud que integran el sistema deben ser: oportunos; equitativos; integrados y eficientes.

La confianza en los servicios de salud, por parte de las personas y comunidades, está condicionada por la calidad técnica de la atención recibida. En este sentido es importante promover entornos y procesos de atención que velen por el bienestar físico, psicológico y emocional de la persona usuaria, sus familias y/o personas a cargo de sus cuidados. Para mejorar la calidad de la atención se requieren sistemas de información y de vigilancia que incluyan procedimientos normalizados de trabajo con el fin de notificar eventos relevantes para la calidad y seguridad de la atención.

En relación con la calidad de los servicios de salud, también es menester que se concrete la participación de las personas, las familias y las comunidades con mecanismos claros de transparencia y rendición de cuentas entre los distintos niveles del sistema de salud, y entre el sistema de salud y la sociedad civil.

En este marco, el Ministerio desarrolló el Plan Nacional de Calidad 2021-2024. Éste propone coordinar y fiscalizar el proceso de regulación que garantiza la calidad y la seguridad de los establecimientos y los servicios provistos por el sistema de salud, facilitando la articulación y armonización interjurisdiccional entre los niveles de gobierno y los subsistemas de salud público, privado, de obras sociales y otros financiadores.

A continuación, se detallan los ejes de gobernanza con sus objetivos generales y específicos, líneas de acción e indicadores, estos últimos se encuentran definidos con sus respectivas fichas técnicas en el Anexo adjunto.



Ejes de Gobernanza para una puesta en valor de la Atención Primaria de la Salud

1. EQUIDAD

a. Perspectiva de derechos

La promoción y protección de los Derechos Humanos corresponde a todos los niveles del Estado y sus agentes, en virtud del marco jurídico dado por la Constitución Nacional y los tratados internacionales con jerarquía constitucional.

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, un enfoque basado en los DDHH desarrolla, por un lado, la capacidad de los garantes de derechos para cumplir con sus obligaciones; por otro, alienta a las personas titulares de derechos a ejercerlos y defenderlos. Así, el Estado, a través de sus agentes tiene tres niveles de obligación: respetar, proteger y hacer cumplir cada derecho. Respetar un derecho significa abstenerse de interferir en el ejercicio de ese derecho. Proteger un derecho significa evitar que otras partes interfieran en el ejercicio de ese derecho. Hacer cumplir un derecho significa adoptar medidas activas para poner en práctica leyes, políticas y procedimientos que permitan a las personas ejercer sus derechos.

El derecho a la salud, desde una concepción integral, pone en relación un conjunto de otros derechos: al agua potable y a la vivienda adecuada; a la alimentación; a una vida libre de violencias, entre otros. Garantizar las condiciones para su ejercicio supone poner en marcha estrategias y acciones para enfrentar y revertir las desigualdades sociales, las prácticas discriminatorias y las relaciones de poder injustas, cuyo efecto es la inequidad en los resultados sanitarios. Estas acciones deben partir del reconocimiento de que la salud está determinada por una intersección multidimensional de factores.

La estrategia de APS es una herramienta eficaz para la promoción y el ejercicio efectivo del derecho a la salud. Tiene como uno de sus fundamentos la posibilidad de garantizar la equidad en la atención, con el objetivo de que todas las personas puedan desarrollarse y tener una buena calidad de vida. Para que esto sea posible, los equipos de salud deben poner en marcha estrategias específicas dirigidas a atender las necesidades singulares de personas y colectivos, considerando todas estas dimensiones en conjunto y en la forma compleja en la que se articulan en los diferentes momentos vitales de las personas.

Objetivo general

Promover el ejercicio efectivo del derecho a la salud integral de todas las personas y colectivos sociales en todas las jurisdicciones del país a través de la Estrategia de APS.

Objetivos específicos

1. Fortalecer el acceso de todas las personas (sin distinción de género, clase social, etnia, nacionalidad, etc.) a los servicios de salud.
2. Fortalecer el desarrollo de acciones dirigidas al cuidado integral, continuo,



oportuno y de calidad de las personas y comunidades.

3. Promover la atención integral de salud de las personas con discapacidad (PCD) en el Primer Nivel de Atención (PNA).

Líneas de acción

1. Financiamiento de insumos y prestaciones desde Programas Nacionales (Remediar, Sumar).
2. *Fortalecimiento de acciones dirigidas a la promoción de derechos relativos al cuidado de la salud (derecho a la información en salud, derechos del paciente o derechos de la persona usuaria, etc.).²*
3. Acompañar la transformación de las prácticas en salud a partir de la sensibilización de los equipos en enfoques inclusivos, interculturales y situados.
4. Fortalecimiento de acciones de atención integral de salud de las Personas con Discapacidad en el PNA

Indicadores

1) ALCANCE/LLEGADA DE LOS PROGRAMAS NACIONALES A LOS EFECTORES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN POR PROGRAMA Y POR TIPO DE FINANCIAMIENTO (Línea de Acción 1).

2) CAPACITACIÓN CON PERSPECTIVA DE DERECHOS Y SALUD OFRECIDAS POR EL MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (MSAL) (Línea de Acción 3).

3) PERSONAS CON DISCAPACIDAD (PCD) ATENDIDAS EN EL PNA DEL SUBSECTOR PÚBLICO (Línea de Acción 6).

A. Salud Intercultural

La concepción de la Atención Primaria de la Salud (APS) basada en Derechos Humanos e implementada desde un abordaje inclusivo, presupone diseñar políticas públicas para combatir y erradicar las desigualdades políticas e históricas a las que deben hacer frente ciertos grupos sociales en situaciones de vulnerabilidad a la hora de tener acceso a los servicios de salud.

En este sentido, adoptar la perspectiva intercultural para abordar las problemáticas de salud de las poblaciones indígenas, afrodescendientes, romaníes y migrantes presentes en el territorio argentino, implica fortalecer las capacidades y propiciar la sensibilización de los equipos de salud respecto a estas desigualdades basadas en la diversidad étnica o cultural, con el objetivo de mitigar los obstáculos que ellas encuentran al momento de acceder a prestaciones sanitarias. A su vez, permite mejorar la información para la toma de decisiones, privilegiando los contextos locales, las cosmovisiones y prioridades que las distintas comunidades tienen en sus nociones e ideas sobre el proceso salud-enfermedad-cuidado.

Objetivo general

² Las líneas de acción en itálica no cuentan hasta el momento con indicador.



Mejorar las condiciones de disponibilidad y accesibilidad al Sistema de Salud de las comunidades indígenas, afrodescendientes, romaníes y migrantes de todo el país, desde una perspectiva intercultural.

Objetivos específicos

1. Coordinar estrategias con las direcciones jurisdiccionales de APS tendientes a llevar a cabo acciones territoriales que permitan eliminar situaciones identificadas como barreras en el acceso a la salud por parte de las comunidades indígenas.
2. Brindar capacitaciones con adecuación cultural a agentes sanitarios indígenas y miembros de los equipos del primer nivel de atención.
3. Incorporar el abordaje intercultural de la salud en poblaciones afrodescendientes, romaníes y migrantes de nuestro país, promoviendo la participación y la consulta en las acciones de salud que las involucren.

Líneas de acción

1. *Articulación de encuentros de trabajo con representantes de organizaciones de afrodescendientes, romaníes y migrantes para elaborar diagnósticos, conocer sus demandas y consensuar prioridades en pos de optimizar su acceso al sistema público de salud.*
2. Coordinación de estrategias con las direcciones jurisdiccionales de APS tendientes a llevar a cabo acciones territoriales que permitan eliminar situaciones identificadas como barreras en el acceso a la salud por parte de las comunidades indígenas.
3. *Desarrollo de proyectos de investigación cualitativa y/o cuantitativa orientados al relevamiento de datos o información relevante sobre distintas dimensiones de las poblaciones objetivo, a los fines de incrementar su vinculación y utilización del sistema de salud.*
4. Implementación del plan anual de capacitación destinado a agentes sanitarios indígenas tendientes a promover la formación de calidad y la actualización de conocimientos técnicos específicos de los equipos de salud, sobre la base del respeto a la diversidad cultural.
5. Implementación del plan anual de capacitación destinado a facilitadores sanitarios interculturales tendientes a promover la formación de calidad y la actualización de conocimientos técnicos específicos de los equipos de salud, sobre la base del respeto a la interculturalidad.
6. *Formulación y/o modificación de políticas, normas, reglamentos y planes de salud de acuerdo al Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).*
7. *Asistencia a otros Programas del Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios Jurisdiccionales de Salud, y Municipios sobre la situación económico-social, cultural, y prácticas de salud tradicionales de los pueblos indígenas, afrodescendientes romaníes y migrantes, en particular en lo que se refiere a educación para la salud y prácticas de salud comunitarias.*

Indicadores



- 1) JURISDICCIONES PARTICIPANTES DE LA ESTRATEGIA DE SALUD INTERCULTURAL (Línea de Acción 2).**
- 2) EFECTORES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (PNA) QUE CUENTAN EN EL EQUIPO DE SALUD CON AGENTES SANITARIOS INDÍGENAS (Línea de Acción 4).**
- 3) EFECTORES DE SALUD DEL SUBSECTOR PÚBLICO QUE CUENTAN EN EL EQUIPO DE SALUD CON FACILITADORES SANITARIOS INTERCULTURALES O CON FORMACIÓN INTERCULTURAL (Línea de Acción 5).**

B. Salud Mental Comunitaria

En el Capítulo II, Artículo 3 de la Ley Nacional de Salud Mental 26657 (LNSM) se establece que la Salud Mental es reconocida como un “proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas”.

Dicho proceso de construcción social sólo puede ser llevado adelante colocando a la persona y su entorno en el centro de las políticas públicas, comprendiendo los condicionantes que construyen los padecimientos mentales y como operación que ordena las acciones llevadas adelante por los diferentes agentes e instituciones que abordan los mismos. Esto implica, también, que las intervenciones deben ser pensadas e implementadas a partir de las necesidades, capacidades, potencialidades, deseos, intereses, recursos y apoyos requeridos por las personas, colocándolas en un lugar protagónico, y eliminando las barreras sociales que impiden su efectiva participación en la toma de decisiones.

Todo ello implica, como criterio rector, la consideración de la persona siendo parte del entramado socio-comunitario como centralidad del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidados, y no de su diagnóstico. En este sentido, la Salud Mental se construye en torno a la persona a partir de sus vínculos y en sus contextos, fortaleciendo los lazos sociales, las prácticas de cuidados y la intervención entramada de las instituciones actuantes. La territorialidad es un factor determinante en la ampliación de la accesibilidad a la atención desde el punto de vista geográfico y cultural, en clave de respeto a los derechos vinculados a la identidad, a la preservación de lazos sociales y al acompañamiento afectivo, como parte de todo proceso de inclusión sanitaria y social. Implica que la atención de Salud Mental deba ser en las propias comunidades y bajo los lineamientos de la Atención Primaria de la Salud como estrategia rectora. Es en este sentido que el Artículo 11 de la LNSM instruye la creación de dispositivos de atención ambulatoria, de inclusión social y laboral, servicios para la prevención y promoción de la salud, cooperativas de trabajo, casas de convivencia, hospitales de día, centro de capacitación



sociolaboral, emprendimientos sociales, hogares y familias sustitutas, atención domiciliaria y apoyos a familiares y a la comunidad. Es menester que estos dispositivos formen parte de la red de servicios de Salud Mental con base en la comunidad y con una fuerte articulación al Primer Nivel de Atención.

Es necesario para esto fortalecer tanto al Primer Nivel de Atención, como asegurar que la red de servicios cuente con internaciones breves y de calidad en el hospital general. Es importante además, que en Argentina se complete el proceso de adecuación de los establecimientos monovalentes de internación a los objetivos y principios de la LNSM, hasta su sustitución definitiva. Esto se logra a partir de la creación y fortalecimiento de estos dispositivos intermedios, para asegurar procesos de externación con inclusión social, garantizando acceso, calidad y equidad para toda la población.

Las personas con padecimientos mentales atraviesan graves situaciones de exclusión y de pérdida de garantía de sus derechos, sumadas a la importante brecha de atención y acceso a los servicios de Salud Mental. El abordaje de la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención aumenta la posibilidad de mejorar el abordaje temprano, los tratamientos y las acciones de acompañamiento y cuidados por parte de equipos de salud al ampliar sus prácticas y abordajes. Estos deben incluir la asistencia y orientación en temáticas complejas de Salud Mental, el acompañamiento en la vida cotidiana de las personas con padecimiento mental en las comunidades, el trabajo intersectorial que genere verdadera inclusión en la trama social, y la oferta de dispositivos grupales que promuevan la participación de grupos vulnerables.

Objetivo general

Fortalecer el abordaje integral, la accesibilidad para todos los cursos de vida y la conformación de los equipos en salud mental comunitaria en el primer nivel de atención.

Objetivos específicos

1. Promover la identificación y la asistencia temprana de padecimientos mentales en el PNA para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes de la población a cargo.
2. Promover el acompañamiento y la continuidad de cuidados para todos los cursos de vida en las problemáticas emergentes, críticas y prevalentes de la población a cargo.
3. Asegurar el acceso oportuno y el uso apropiado de psicofármacos esenciales.

Líneas de acción



1. *Elaboración de recomendaciones para el fortalecimiento del abordaje interdisciplinario de la SMycP en el PNA.*
2. *Capacitación a los equipos de salud mental, equipos de salud ampliados y recursos humanos no convencionales, para identificar e intervenir de manera temprana sobre los padecimientos mentales, en el marco de la SMC.*
3. *Fortalecimiento del acceso a consultas en el PNA por problemáticas de Salud Mental.*
4. *Promoción de estrategias de participación de los equipos de PNA en actividades territoriales de promoción, prevención, e identificación temprana de problemas de Salud Mental.*
5. *Promoción de conformación de equipos interdisciplinarios con formación en salud mental comunitaria en los CAPS.*
6. *Fortalecimiento de redes intersectoriales, interinstitucionales y de articulación con organizaciones territoriales en temáticas de Salud Mental en cada jurisdicción.*
7. *Incremento del acceso temprano a prestaciones de SUMAR en Salud Mental asociadas a consultas de seguimiento y atención.*
8. *Elaboración de recomendaciones para la prescripción de psicofármacos esenciales en el PNA.*
9. *Capacitaciones para garantizar el uso apropiado de psicofármacos esenciales en el PNA.*
10. *Entrega de Botiquines Remediar en Salud Mental en los programas de abastecimiento público de medicación a los efectores del PNA de las jurisdicciones.*

Indicadores

- 1) **EFFECTORES DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (PNA) DEL SUBSECTOR PÚBLICO QUE CUENTA CON PROFESIONALES DE SALUD MENTAL** (Línea de Acción 5).
- 2) **PERSONAS QUE HACEN UNA PRIMERA CONSULTA DE SALUD MENTAL EN EFFECTORES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DEL SUBSECTOR PÚBLICO** (Línea de Acción 3).
- 3) **PERSONAS BENEFICIARIAS CON CEB QUE ACCEDEN A CONSULTAS DE SALUD MENTAL EN EL PNA (NO PRIMERA CONSULTA)** (Línea de Acción 7).

C. Abordaje Integral de las Violencias y las violencias por motivos de género

Las violencias y las violencias por motivos de género (VMG) son la expresión de múltiples desigualdades estructurales, producto de la forma en la que se organiza la sociedad. Existen sistemas de opresión que establecen jerarquías y asimetrías de poder entre géneros, rangos etarios, capacidades, pertenencia étnica, orientaciones sexuales, entre otras dimensiones. Estas desigualdades estructurales se traducen en la vida cotidiana en diversas manifestaciones de violencias. En particular, las VMG son aquellas ejercidas contra mujeres y LGBTI+ motivadas por su identidad de género, expresión de género y/u orientación sexual.



En todos los casos se trata de una problemática de salud pública que afecta a las personas a lo largo de los cursos de vida. Por lo tanto, el sistema de salud tiene un rol fundamental en la detección temprana, la evaluación del riesgo, la prevención, la asistencia oportuna y en la atención integral de las personas que las atraviesan.

El abordaje de las violencias y, en particular, de las VMG, se rige por dos principios: la garantía de los derechos humanos de dichas personas y la promoción de la igualdad de género y el respeto a la diversidad. A su vez, resulta imprescindible contemplar una perspectiva generacional, así como la interseccionalidad y la interculturalidad como dimensiones fundamentales.

Atendiendo a la complejidad de las situaciones tal como se presentan en los territorios, es necesario promover un abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial, articulado por los equipos de salud del PNA. Este abordaje requiere la construcción y el afianzamiento de redes para promover el trabajo articulado entre las distintas instituciones y sectores implicados, con el fin de dar respuesta a la problemática y restituir los derechos que han sido vulnerados. Los equipos del PNA tienen un lugar protagónico en el abordaje interdisciplinario, integral, en red e intersectorial de las violencias y las VMG, dada la cercanía con las personas y las instituciones que integran la comunidad.

En este marco, la concreción de una política de salud pública con abordaje territorial, implica el compromiso de llevar adelante acciones tendientes a garantizar los derechos de las personas para erradicar toda forma de discriminación y violencias. El Plan Nacional de Políticas de Géneros y Diversidad en Salud Pública (Resol. 1886/20) tiene entre sus objetivos la transversalización de la perspectiva de género y diversidad en las políticas públicas de salud e impulsar acciones de prevención, detección temprana y atención integral de la salud ante situaciones de violencias por motivos de género.

Objetivo general

Promover el abordaje integral de las violencias y las violencias por motivos de género a lo largo de los cursos de vida a partir de su caracterización multidimensional, articulando acciones de prevención y asistencia oportuna.

Objetivos específicos

1. Promover y fortalecer en el PNA la atención integral de la salud de mujeres y LGBTI+ que atraviesan o han atravesado situaciones de violencias por motivos de género.
2. Fortalecer prácticas de cuidado, prevención de las violencias y las violencias por motivos de género y promoción de la salud y el bienestar de niños, niñas, niños y adolescentes.
3. Ofrecer a los equipos del PNA herramientas para detectar y prevenir el abuso y el maltrato contra las personas mayores.

Líneas de acción



1. Implementación en coordinación con la Dirección de Géneros y Diversidad, del Manual clínico” Atención integral de la salud ante situaciones de violencia por motivos de género. Herramientas para equipos de salud” en el PNA.
2. Articulación entre el nivel nacional, provincial y local para la prevención de violencias y violencias por motivos de género contra niñas, niños, niñas y adolescencias.
3. Promoción del Manual para la detección y abordaje del maltrato en personas mayores y promoción del buen trato. Destinado a los servicios de salud.

Indicadores

- 1) **EQUIPOS DE SALUD DE ORIENTACIÓN EN MAVMG GEORREFERENCIADOS** (Línea de Acción 1).
- 2) **2.ARTICULACIÓN ENTRE EL NIVEL NACIONAL, PROVINCIAL Y LOCAL PARA LA PREVENCIÓN DE VIOLENCIAS Y VIOLENCIAS POR MOTIVOS DE GÉNERO CONTRA NIÑAS, NIÑOS, NIÑES Y ADOLESCENCIAS** (Línea de Acción 2).
- 3) **TRABAJO INTERSECTORIAL EN PREVENCIÓN DE VIOLENCIAS Y VIOLENCIAS POR MOTIVO DE GÉNERO** (Línea de Acción 2).
- 4) **ALCANCE JURISDICCIONAL DE DIFUSIÓN DE MANUAL DE DETECCIÓN DE MALTRATO EN PERSONAS MAYORES** (Línea de Acción 4).

2. ACCESO

D. Adscripción de población

La adscripción de población es una acción tendiente a la ampliación de la accesibilidad territorial de los servicios de salud con priorización del PNA, a través de centros de salud con población a cargo. En esta línea, y en el marco de las RISS, los equipos asumen la responsabilidad del cuidado de grupos poblacionales definidos.

En Argentina, todas las personas que habitan el país tienen acceso a la provisión pública (nacional, provincial, y/o municipal) de salud, con independencia de que tengan, adicionalmente, alguna otra cobertura a través de la seguridad social (obras sociales) o contratada con el subsector privado (empresas de medicina prepaga). Fortalecer el trabajo de los equipos del PNA es una estrategia para alcanzar el ejercicio pleno del derecho a la salud y reducir las brechas de inequidad intra e interjurisdiccionales, aumentando la protección de la población.

Cuando los equipos tienen conocimiento sobre la población a cargo del centro de salud en el que se desempeñan, y las personas saben a qué establecimiento concurrir y quiénes son sus referentes sanitarios, este mutuo reconocimiento permite un mayor acercamiento entre equipos y personas usuarias, que fortalece la continuidad del cuidado. El vínculo entre la población y sus centros de salud de referencia es fundamental para el funcionamiento ordenado del sistema en su conjunto, en la medida que brindar una atención integral y de calidad constituye su principal objetivo. La identificación de la población y el establecimiento de áreas de responsabilidad sanitaria es condición para ello. El resultado esperado es brindar



un cuidado integral de las personas, ajustado a las necesidades singulares y atentas a los determinantes sociales de la salud, desde la prevención y la promoción.

Objetivo general

Promover el acceso a la salud de toda la población, asegurando la continuidad y longitudinalidad del cuidado.

Objetivos específicos

1. Contribuir al vínculo entre personas, familias y comunidad con el equipo de salud de su efector del PNA de referencia.
2. Fortalecer a los equipos de salud del PNA en su rol articulador de las estrategias singulares de cuidado.

Líneas de acción

1. Trabajo junto con las jurisdicciones y áreas sustantivas en la mejora de la calidad de los padrones de personas beneficiarias inscriptas en el denominado Programa SUMAR: personas beneficiarias inscriptas sin cobertura efectiva básica (tienen Cobertura Pública Exclusiva) y de personas beneficiarias inscriptas con cobertura efectiva básica (CEB).
2. Capacitación a equipos de salud en el proceso de adscripción de población.

Indicadores

- 1) EFECTORES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (PNA) DEL SUBSECTOR PÚBLICO DEL PAÍS CON ARS DEFINIDA, DIGITALIZADA Y FORMALIZADA POR AUTORIDAD COMPETENTE A NIVEL NACIONAL** (Línea de Acción 2).
- 2) PERSONAS NOMINALIZADAS EN EFECTORES EN EL PNA DEL SUBSECTOR PÚBLICO CON POBLACIÓN A CARGO DE ACUERDO A LA TRAZADORA 10 "IDENTIFICACIÓN DE POBLACIÓN DEL ARS DE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD" POR JURISDICCIÓN** (Línea de Acción 2).
- 3) POBLACIÓN BENEFICIARIA ELEGIBLE INSCRIPTA DEL PAÍS CON COBERTURA EFECTIVA BÁSICA (CEB)** (Línea de Acción 1).
- 4) EFECTORES EN EL PNA DEL SUBSECTOR PÚBLICO CON POBLACIÓN A CARGO NOMINALIZADA -PAÍS- DISCRIMINADOS POR JURISDICCIÓN** (Línea de Acción 2).

E. Líneas de cuidado por curso de vida

El abordaje de la población por curso de vida permite un enfoque integral de las personas y sus entornos desde su posibilidad y/o probabilidad de conservar la salud o de enfermar.

A lo largo de la trayectoria vital, las personas acumulan exposición tanto a factores de riesgo como de protección, es por eso que es importante iniciar acciones de



promoción y prevención de manera temprana, desde antes de la etapa prenatal. Es así que este abordaje, procura dar respuestas ajustadas a las características del grupo poblacional del que las personas forman parte, con foco en aquellas que podrían mitigar los efectos de factores nocivos.

Dado que todas las estrategias de promoción y cuidado de la salud, así como la prevención y el abordaje de las enfermedades transmisibles y no transmisibles tiene como población destinataria u objetivo a la comunidad en su conjunto y es llevada a cabo por el mismo personal de salud desplegado en el territorio, la continuidad y longitudinalidad en la atención sanitaria resulta una condición indispensable para el abordaje por cursos de vida, ya que incorpora los conceptos de coherencia, fluidez y vinculación respecto a la salud de las personas y minimiza la duplicación y la fragmentación de los abordajes.

Objetivo general

Promover la longitudinalidad de cuidados en salud por curso de vida desde un abordaje integral, centrado en la persona y su comunidad con enfoque inclusivo, intercultural y situado.

Objetivos específicos

1. Fortalecer el abordaje de Enfermedades No Transmisibles (ENT) por curso de vida.
2. Garantizar la cobertura de enfermedades inmunoprevenibles.
3. Fortalecer las redes de promoción de la salud, tamizaje, diagnóstico y seguimiento en el abordaje integral en la prevención de enfermedades transmisibles (VIH, TETS, BC y Vectoriales) a lo largo del curso de vida.

Líneas de acción

1. Implementación del Plan 1000 días desde el PNA en la atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia (Ley N° 27.611) comprendidas en las acciones propuestas en conjunto por la Mesa Nacional 1000 días.
2. Promoción y mejora de la calidad del control en salud de las niñas y niños, incluyendo la promoción de la lactancia materna, la observación del desarrollo infantil y la promoción de las inmunizaciones
3. Abordaje de las problemáticas prevalentes en la atención integral de salud adolescencia y juventudes (prevención de ENIA, autolesiones, suicidio, consumos problemáticos) y promoción de espacios de consejería en salud y desarrollo de ASIE en escuelas.
4. Abordaje de las problemáticas prevalentes en la atención integral de salud de personas adultas mayores
5. Detección, atención oportuna y seguimiento de personas con ENT en el PNA (Redes, SUMAR).
6. Garantizar el cumplimiento del Calendario Nacional de Vacunación.



Indicadores

Salud perinatal

1. Porcentaje de no uso de MAC en embarazos no planificados (Línea de Acción 1).
2. Porcentaje de personas gestantes que han asistido a un número suficiente de controles prenatales (Línea de Acción 1).
3. Porcentaje de personas gestantes sin controles prenatales (Línea de Acción 1).

Niñez

4. Proporción de niños y niñas menores de 10 (diez) años elegibles para el Proyecto, con seguimiento de salud (Línea de Acción 2).

Adolescencia

5. Cantidad de Asesoramientos realizados en los ámbitos en los que se desarrollan los dispositivos de Asesorías de Salud Integral en Escuelas Secundarias (ASIE) en el marco del Monitoreo del Plan ENIA (11 jurisdicciones). (Línea de Acción 3).
6. Proporción de adolescentes de 10 (diez) a 19 (diecinueve) años elegibles para el Proyecto, con seguimiento de salud (Línea de Acción 3).

Adultos

1. Porcentaje de población con Cobertura Pública Exclusiva (CPE) de 18 años y más con DM 2 que haya sido identificada (Línea de Acción 5).
2. Porcentaje de población con DM 2 y con Cobertura Pública Exclusiva (CPE) de 18 años o más que haya sido objeto de seguimiento anual (Línea de Acción 5).
3. Porcentaje de población con Cobertura Pública Exclusiva (CPE) de 18 años y más con HTA que haya sido identificada (Línea de Acción 5).
4. Porcentaje de población con Cobertura Pública Exclusiva (CPE) de 18 años o más con hipertensión arterial que haya sido objeto de seguimiento anual (Línea de Acción 5).

Personas mayores

5. Cantidad de personas mayores (+60 años) con Cobertura Pública Exclusiva (CPE) atendidas en los efectores del PNA por tipo de prestación Gerontológica (Línea de Acción 4).

F. Integración de subsistemas

En Argentina, el principal responsable de invertir y garantizar la Atención Primaria en Salud ha sido el subsistema público, con un fuerte impulso del Ministerio de Salud de la Nación, que consagró a la APS como organizador del sistema de salud en su



Plan Federal de 2004. La APS ha adquirido cada vez más centralidad, siendo apuntalada por los Programas Nacionales.

Los subsistemas privados y de la seguridad social han desarrollado experiencias de APS reducidas y atomizadas. Este fenómeno se debe, en parte, a la deuda pendiente en materia de mecanismos de integración en el acceso a la información, el financiamiento y la provisión. Pero también está motivado por la ausencia de incentivos (tanto materiales como institucionales) para transformar el modelo de atención basado en la curación, al del modelo basado en la prevención.

Por ello, resulta fundamental incorporar la coordinación y colaboración entre los tres subsistemas para fortalecer la estrategia de APS según lineamientos globales, extrapolando dos principios elementales que rigen al subsector público en todos sus niveles: el incentivo económico centralizado por la realización de prácticas de APS y la incorporación de prácticas afines al Plan Médico Obligatorio.

Objetivo general

Promover la integración de la información en salud de los tres niveles de atención y los tres subsectores hacia la integración del sistema de salud

Objetivos Específicos

1. *Incorporar indicadores de APS al proyecto del Monitor Argentino de Integración (Matriz de Desempeño de los Sistemas de Salud y Tablero de Indicadores de Integración de los Subsistemas).*
2. *Contribuir a la organización y centralización de los indicadores de APS relevados en la actualidad por los diferentes programas y áreas sustantivas del Ministerio de Salud de la Nación.*
3. Promover la actualización del Programa Médico Obligatorio a fin de añadir prestaciones asociadas a la APS.

Indicador

1) INTEGRACIÓN DE PRÁCTICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS) EN EL PLAN MÉDICO OBLIGATORIO (PMO)

G. Salud Digital

En la actualidad, la disponibilidad de recursos informáticos es una oportunidad para mejorar la accesibilidad al sistema de salud y la continuidad del cuidado. Por ello se promueve la incorporación de las historias de salud integral (HSI) o equivalentes jurisdiccionales con estándares de interoperabilidad afines; las aplicaciones o módulos que registren las prácticas de APS y la telesalud a la práctica cotidiana, agilizando los procesos y facilitando la articulación e integración de información.



Los efectores de Primer Nivel de Atención (EPNA) así como los equipos de salud deben incorporar progresivamente esta modalidad al abordaje del proceso de salud-enfermedad-cuidado de su población a cargo, en función de las particularidades de sus sistemas sanitarios.

Se busca así promover en los sistemas sanitarios tecnologías que permitan administrar los datos en todos los procesos de gestión, desde el accionar primario (durante el contacto con las personas) en sistemas interoperables que permitan compartir la información entre niveles de atención como entre jurisdicciones. Son claves para su dinamización, la mejora continua en estrategias de ‘panelización’ (digitalización de áreas de responsabilidad sanitaria y geolocalización de establecimientos de salud y otros) y también la interoperabilidad entre los sistemas de información para contribuir a los relevamientos territoriales de información socio-sanitaria; construyendo sistemas de información útiles para los procesos de atención, estadística y gestión. El involucramiento de los equipos de salud, a su vez, es un requisito indispensable para detectar tempranamente barreras que dificulten la adopción de las tecnologías propuestas y para la consideración de los requerimientos que presenten los equipos de salud en distintos contextos.

Asimismo, se promueve potenciar capacidades en los ministerios jurisdiccionales, la reducción de brechas informáticas y la articulación con diferentes áreas estratégicas y objetivos sanitarios; y la adopción de estándares que permitan interoperar con otros sistemas de información sanitaria.

Objetivo general

Ampliar la disponibilidad de tecnologías que faciliten y permitan digitalizar funciones que desarrolla el sistema sanitario, mejorando el manejo y disponibilidad de la información y la diversificación de la comunicación entre equipos de salud, profesionales de la salud, personas usuarias y la gestión sanitaria en el PNA.

Objetivos específicos

1. Contribuir al proceso de digitalización de la información.
2. Fomentar la incorporación de mapeos comunitarios en los procesos previamente alcanzados por las jurisdicciones en materia de digitalización de las áreas de responsabilidad sanitaria (ARS) y georreferenciación de establecimientos.
3. Dar apoyo técnico a los procesos de consolidación de la información recolectada relativa al PNA y APS, por diferentes estrategias para incluirla en los registros de referencia nacionales (REFES Y REFEPS), otros claves para la gestión como el SNVS y el NOMIVAC y, sistemas de estadísticas de la DEIS con el propósito de fortalecerlos.

Líneas de acción

1. Asistencia técnica en la implementación de la App Visitar o equivalentes de desarrollo jurisdiccional



2. *Promoción de la utilización de Telesalud para favorecer la continuidad del cuidado y la consulta oportuna.*
3. Fortalecimiento de la digitalización de soporte de la población a cargo y georreferencia de establecimientos de salud; definición de las áreas de responsabilidad y avance de mapeos comunitarios y cartografías en formato digital.
4. *Promoción de la identificación unívoca de personas (orientada a preservar sesgos y errores en registros diversos).*
5. *Fomento a la inclusión de estándares de interoperabilidad.*
6. Apoyo técnico en el desarrollo e incorporación de HSI o equivalentes de desarrollo jurisdiccional.
7. *Capacitación de los equipos del PNA en aspectos relevantes como: sistemas de información, seguridad y uso ético de la información.*
8. Asistencia técnica y apoyo en desarrollo para la incorporación de datos recolectados por aplicaciones como la App Visitar, el Plan Maestro de Inversión (sólo en relación al PNA) y otros para el fortalecimiento de los registros de referencia nacional y sistemas de estadística de la DEIS.

Indicadores

- 1) **EFFECTORES EN EL PNA DEL SUBSECTOR PÚBLICO QUE UTILIZAN LA APP VISITAR POR JURISDICCIÓN** (Línea de Acción 1).
- 2) **INTEGRACIÓN DE LAS ÁREAS DE RESPONSABILIDAD SANITARIA (ARS) EN LA APP VISITAR.** (Línea de Acción 3).
- 3) **IMPLEMENTACIÓN DE LA HISTORIA DE SALUD INTEGRADA (HSI)** (Línea de Acción 6).
- 4) **CONSOLIDACIÓN E INTEGRACIÓN DE DATOS E INFORMACIÓN SANITARIA DEL PNA Y APS** (Línea de Acción 8).

H. Articulación intersectorial, federal y comunitaria

La fragmentación del sistema de salud puede generar dificultades en el acceso a la atención, disminución en la calidad de los servicios, uso ineficiente de los recursos disponibles y poca satisfacción de las personas usuarias con los servicios recibidos. Cuando esto sucede, los modelos de atención no pueden responder a las diferentes necesidades de las personas y las comunidades de manera equitativa, por lo que se torna necesaria una reorganización y readecuación de los servicios de salud para brindar respuestas integrales, donde el rol del primer nivel de atención es esencial (OPS, 2010).

Objetivo general

Contribuir a la organización jurisdiccional de los servicios de salud desarrollando, fortaleciendo y consolidando redes formales de atención para líneas de cuidado priorizadas, que incluyan al primer, segundo y tercer nivel de atención.



Objetivos específicos

1. Acompañar a las jurisdicciones en la planificación del fortalecimiento de sus sistemas de salud con una lógica de red.
2. Promover la utilización de desarrollos en materia de salud digital como dinamizadores del funcionamiento en red.
3. Desarrollar Planes Maestros de Inversión con enfoque en red.

Líneas de acción

1. Apoyo técnico a las jurisdicciones en el fortalecimiento de sus sistemas de salud con una lógica de red que integre los 3 niveles del sistema de salud y actores locales relevantes en los procesos de salud-enfermedad-cuidado desde el punto de vista de la determinación social de la salud (educación, desarrollo social, justicia).
2. Apoyo técnico a las jurisdicciones para la presentación de los planes maestros de inversión.
3. *Apoyo técnico a las jurisdicciones para la implementación de los planes maestros de inversión.*

Indicadores

- 1) **ALCANCE JURISDICCIONAL DE LOS CONVENIOS DE ADHESIÓN CON DNFSP** (Línea de Acción 1).
- 2) **ALCANCE JURISDICCIONAL DE LOS CONVENIOS DE ADHESIÓN EN DE SALUD COMUNITARIA (DNAPSYSC)** (Línea de Acción 1).
- 3) **ALCANCE JURISDICCIONAL DE LOS CONVENIOS DE ADHESIÓN EN MUNICIPIOS SALUDABLES** (Línea de Acción 1).
- 4) **4)PRESENTACIÓN PLAN MAESTRO DE INVERSIÓN (PMI) JURISDICCIONALES** (Línea de Acción 2).

3. CALIDAD

j. Calidad en el Primer Nivel de Atención

Acorde a criterios establecidos por OMS, la calidad en servicios de salud consiste en satisfacer las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades con base en las mejores prácticas, la ética y el conocimiento científico, contribuyendo a la equidad y al bienestar.

El PNA representa el primer contacto entre la población y el sistema de salud, y asume la responsabilidad del cuidado humanizado y de calidad durante todo el curso de vida.

En términos generales, los servicios de salud de calidad cumplen con atributos esenciales vinculados a la “Seguridad”, “Efectividad”, “Oportunidad”, “Eficiencia”,



“Acceso equitativo” y “Continuidad de la Atención”. Estos comparten un eje centrado en la persona, respetando sus valores, preferencias, creencias y su dignidad.

La autoevaluación de los establecimientos inicia un camino de fortalecimiento de las capacidades que permite realizar un acompañamiento en el recorrido por todos aquellos servicios, procedimientos y equipos de trabajo vinculados con la calidad y seguridad de la atención sanitaria de los establecimientos del primer nivel de atención. Los resultados que surgen del proceso de autoevaluación facilitan la identificación de las fortalezas institucionales, así como las oportunidades de mejora y el posterior desarrollo de planes de trabajo.

El Ministerio de Salud de la Nación, a través de la DNCSSyRS, promueve la autoevaluación de la calidad en establecimientos de salud promoviendo la cultura de la calidad y seguridad de los pacientes. En este marco se aprobó la Herramienta para la autoevaluación de buenas prácticas para la mejora de la calidad de servicios de salud en el PNA. Esta herramienta se incluye en una de las líneas estratégicas que conforman el Plan Nacional de Calidad 2021-2024: Implementar procesos permanentes para mejorar la calidad de la atención de Salud con enfoque de derechos centrado en las personas, las familias y las comunidades.

Esta herramienta brinda además una oportunidad para reflexionar acerca de las formas de organización de trabajo, la comunicación y el reconocimiento de perfiles y líderes entre los colaboradores para el fortalecimiento de la cultura de la calidad.

La puesta en común y la posibilidad de una evaluación comparativa de los resultados, permiten a los diferentes niveles de gestión identificar brechas en el desarrollo de la calidad de atención, como también fortalecer el camino de la humanización y efectividad de los servicios brindados con centro en las personas, las familias y las comunidades de la mano de las mejores prácticas identificadas.

Objetivo general

Aportar al desarrollo de capacidades y competencias de los equipos de salud en concordancia con los estándares de calidad.

Objetivos específicos

1. Acompañar la implementación de la herramienta de autoevaluación de buenas prácticas para la mejora de la calidad de servicios de salud en el primer nivel de atención en las 24 jurisdicciones del país.
2. Aportar a la consolidación del proceso de evaluación sistemática y periódica de los establecimientos de salud con enfoque de calidad con periodos de revisión y mejora continua.
3. Colaborar con la elaboración de planes de mejora de calidad a través de los resultados de la autoevaluación medibles a través de un instrumento estandarizado.

Líneas de acción



1. Apoyo técnico a las jurisdicciones en la implementación de la herramienta de autoevaluación de buenas prácticas para la mejora de la calidad de servicios de salud en el PNA
2. *Apoyo técnico en el proceso de evaluación sistemática y periódica de los establecimientos de salud con enfoque de calidad con periodos de revisión y mejora continua.*
3. Apoyo técnico a las jurisdicciones en la elaboración de planes de mejora de calidad a través de los resultados de la autoevaluación medibles a través de un instrumento estandarizado.

Indicadores

- 1) ALCANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA HERRAMIENTA DE AUTOEVALUACIÓN DE CALIDAD POR JURISDICCIÓN** (Línea de Acción 1).
- 2) PLANES DE MEJORAS** (Línea de Acción 3).

k. Participación comunitaria

Un enfoque de salud basado en derechos implica que el Estado tiene la obligación de generar las políticas públicas para hacerlos realidad y garantizar su efectivo cumplimiento. Es necesaria la participación ciudadana en el control de su puesta en práctica y en la exigencia de su respeto.

Este enfoque reconoce a las personas y las comunidades como agentes que intervienen en su propio desarrollo, en lugar de como meros receptores pasivos de servicios. Informar, educar y empoderar a estos agentes es fundamental.

El ejercicio del derecho a la participación, impulsado y promovido por los equipos de salud, permite la intervención de las personas en los procesos y decisiones relativos a su salud integral, tanto en los espacios públicos como en los privados (las familias, la escuela, la calle, el grupo de amistades, etc.). Al mismo tiempo, favorece la expresión libre de opiniones, la toma de decisiones y la posibilidad de trabajar en conjunto y en igualdad de condiciones.

La participación en los procesos comunitarios permite la resolución colectiva de los conflictos, a la vez que promueve los vínculos y las relaciones en el marco de las cuales se aprende a negociar, a colaborar, a definir y priorizar problemas. Supone involucrarse en el análisis de la situación inicial o punto de partida, consensuar la agenda de los problemas a partir de los distintos puntos de vista de los diferentes actores, ser parte de la priorización de dichos problemas y participar en los procesos de planificación y evaluación de las acciones.

Objetivo general

Promover la participación de la comunidad en todas las instancias de decisiones relativas al cuidado de su salud.



Objetivos específicos

1. Promover la participación de la comunidad en el análisis de la situación inicial de salud (diagnóstico participativo en los efectores del PNA) y en el consenso de la agenda y priorización de los problemas.
2. Fortalecer la participación ciudadana a través de mecanismos, actividades y espacios de encuentro de la comunidad y el centro de salud (Dirección y equipo de salud).

Líneas de acción

1. Apoyo técnico a los municipios en la construcción mecanismos y dispositivos efectivos de participación comunitaria en los territorios basados en 2 ejes:
 - a. Análisis de la situación inicial de salud y consenso de la agenda de los problemas;
 - b. Priorización de los problemas y de los procesos de planificación y evaluación de las acciones en salud.

Indicadores

- 1) PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN PROYECTOS MUNICIPALES DE MUNICIPIOS SALUDABLES** (Línea de Acción 1.a.)
- 2) PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA GESTIÓN DE EFECTORES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (PNA) DEL SUBSECTOR PÚBLICO** Línea de Acción 1.b.)
- 3) PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA MEJORA DE LA CALIDAD** (Línea de Acción 1.b.)

I. Equipos multidisciplinarios

Si bien la estrategia de APS compromete al conjunto del sistema de salud, los abordajes de los equipos del PNA, en su carácter de articuladores, tienen un rol destacado en la vinculación del sistema de salud con las distintas organizaciones y la comunidad, que persigue el fortalecimiento, desarrollo y consolidación de redes formales de servicios y cuidados sanitarios que asuman la responsabilidad del cuidado integral, integrado y continuo. Se promueve su constitución multidisciplinaria, atento a la multidimensionalidad de las situaciones presentes en el territorio, así como su actualización permanente.

Un sistema de salud basado en la APS se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen a los proveedores de servicios (de salud, sociales y otros), a los trabajadores comunitarios, a los gestores, personal administrativo y la población (individuo, familia y comunidad). Los equipos del PNA articulan la red de servicio y aseguran la continuidad del cuidado.

La complejidad y la multidimensionalidad de los problemas que se presentan en el territorio, a lo que los equipos del PNA deben dar respuesta, supone la necesidad de una mirada conjunta, interdisciplinaria y organizada desde la sinergia del trabajo



en equipo, para planificar los abordajes. A su vez, los equipos de distintos centros de salud comparten problemas; abordan territorios contiguos o similares; pertenecen a una red de servicios y a un sistema de salud que los rige con las mismas normativas.

Para trabajar en equipo es necesario que se asuman objetivos y tareas comunes, y que se establezcan vínculos que posibiliten un desarrollo armónico de las mismas, basándose en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de las y los trabajadoras/es. La composición de un equipo de atención primaria debe ajustarse a las características concretas del sistema y la comunidad que atiende. Por tanto, no existen modelos universales que permitan describir una composición válida para todos los lugares y contextos sociales. Lo que define a un equipo de salud no es el tipo de profesionales que lo constituyen, o su relación cualitativa respecto a la población, sino la forma organizativa a través de la cual su estructura y funcionamiento se adecuan para solucionar las necesidades del individuo, la familia y la comunidad (OPS, 2018).

En síntesis, algunas de las principales atribuciones de los equipos de salud son: participar del proceso de exploración de los territorios y mapeo del área de responsabilidad sanitaria; emprender la búsqueda activa y comunicación de enfermedades de notificación obligatoria y de otras situaciones de importancia local; participar de las actividades de planificación y evaluación de las acciones del equipo; registrar de las actividades en los sistemas de información; garantizar la integralidad de la atención; asegurar la escucha activa y ampliada de las necesidades de las personas; asumir la responsabilidad en el cuidado de la población a cargo, manteniendo la coordinación cuando se requiera de la intervención de otros actores, y garantizando su continuidad.

Objetivo general

Promover la composición de equipos de salud multidisciplinarios en el primer nivel de atención, que se basen en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades compartidas de acuerdo a la capacitación técnica de las y los trabajadoras/es.

Objetivos específicos

1. Generar un relevamiento de recursos humanos que contemple actividad en todos los centros de salud del PNA.
2. Promover la actualización del Registro Federal de Establecimientos (REFES-SOLAPA PLANTELES) en base a los resultados del relevamiento.
3. Promover la implementación de tiempo protegido para la realización de reuniones y actividades de los equipos en relación con la planificación y evaluación de acciones del equipo.
4. Asegurar la calidad del registro de las actividades en los sistemas de información.
5. Fomentar la articulación entre equipos del sistema de salud para el abordaje integral del cuidado.

Líneas de acción



1. *Articulación interministerial para la asistencia técnica y consolidación de acuerdos con las jurisdicciones para la ejecución del relevamiento multidimensional de recursos humanos en actividad en todos los centros de salud del PNA.*
2. *Promoción de acuerdos jurisdiccionales en pos de favorecer el establecimiento de tiempo protegido para la realización de reuniones y actividades de los equipos en relación con la planificación y evaluación de sus acciones.*
3. *Promoción de mecanismos y acuerdos que aseguren la calidad del registro de la composición de los equipos de los centros de salud y sus actividades en los sistemas de información.*
4. *Capacitación de los miembros de los equipos en las competencias necesarias para responder a la integralidad del cuidado longitudinal de la población a cargo.*
5. *Capacitación de equipos de salud en temáticas priorizadas de inclusión y derechos:*
 - a. *Actualización en temas transversales de APS con enfoque inclusivo, intercultural y situado para Becarios/as del programa Nacional de Salud Comunitaria.*
 - b. *Género y diversidad: Ley Micaela, Manual de abordaje de violencias, Atención de niñez y adolescencia TTNB, atención de personas colectivo LGBTQ+, lenguaje inclusivo (Dirección de Géneros y Diversidad); Curso Violencia Sexual contra Niñas, Niños y Adolescentes; Manual; “Manual para la detección y abordaje del maltrato en personas mayores y promoción del buen trato”.*
 - c. *Discapacidad: Convención de derechos de PCD, comunicación accesible (lenguaje claro, comunicación aumentativa y uso de pictogramas, LSA), RBC-Rehabilitación basada en la comunidad, (ANDIS, Dirección de Atención Primaria y Salud Comunitaria, INADI)*
 - d. *Salud Intercultural: abordaje de la salud en poblaciones indígenas, afrodescendientes, romaníes y migrantes en el PNA, herramientas para la mediación lingüística en entornos de salud, medicina tradicional en PNA (Coordinación de Salud Intercultural, Dirección de Atención Primaria y Salud Comunitaria, INAI - Instituto Nacional de Asuntos Indígenas)*
6. *Capacitación en Líneas priorizadas por Curso de vida para ampliar la formación y actualización de los equipos con becarios del Programa Nacional de Salud Comunitaria:*
 - e. *Cupos para Curso de Enfermedades No Transmisibles (PVS Dirección de ENT)*
 - f. *Cupos para Diplomatura en Salud Mental Comunitaria (Dirección Nacional de Abordajes en Salud Mental y Consumos Problemáticos)*
 - g. *Cupos Curso de Equipos de 1000 días, Curso de Desarrollo infantil y PROSANE (Dirección Nacional de salud perinatal y niñez)*

Indicadores



- 1) **CONFORMACIÓN DE EQUIPOS DE SALUD DE LOS EFECTORES EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN (APS) DEL SUBSECTOR PÚBLICO** (Línea de Acción 3).
- 2) **RECURSO HUMANO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN CON CAPACITACIÓN EN APS CON ENFOQUE INCLUSIVO, INTERCULTURAL Y SITUADO POR CURSO Y POR JURISDICCIÓN** (Línea de Acción 6).

m. Educación permanente en salud

El enfoque de la Educación Permanente en Salud (EPS), como estrategia sistemática y global, apunta no sólo al mejoramiento del desempeño de los equipos de salud a partir de la actualización de conocimientos o de competencias técnicas específicas, sino también a la transformación de las prácticas en los servicios de salud. La educación permanente en servicio promueve la formación de calidad para los equipos de salud, con el objetivo de que su trabajo responda a los ejes rectores en APS, a las políticas públicas vigentes y a las necesidades sanitarias de la población.

A partir del reconocimiento del potencial educativo de la situación de trabajo, esta perspectiva incorpora el enseñar y el aprender a la realidad de las organizaciones; sitúa a la propia práctica como fuente de conocimiento, y entiende a los sujetos que aprenden como actores reflexivos en continua interacción con otros, abordando a todo el equipo de salud sin restringirse a fragmentaciones disciplinarias.

Por otra parte, la reflexión sobre las dimensiones que influyen en las prácticas de los equipos; sus intereses; sus múltiples atravesamientos y pertenencias, etc. devuelve a los comportamientos individuales y colectivos significaciones y dimensiones que deben ser consideradas por los efectos que producen en el proceso de cuidado, y por su potencial transformador una vez que se convierten en insumo de trabajo. Así, en el marco de la educación permanente es necesario ofrecer a los equipos herramientas que favorezcan el reconocimiento de la complejidad de su tarea cotidiana, y permitan el empoderamiento de sus integrantes, en tanto garantes del ejercicio efectivo del derecho a la salud.

En función de este enfoque, el Ministerio de Salud de la Nación desarrolla como una de sus líneas estratégicas la capacitación permanente en salud destinada a todos los equipos de atención primaria de salud del país. Esta capacitación en servicio se diagrama en función de la interdisciplina de los equipos en territorio, entendiéndose por la misma el encuentro y la cooperación entre disciplinas (dos o más). Dichas disciplinas si bien son diferentes (poseen conceptos, definiciones de problemas y métodos de investigación diversos) pueden dialogar y articularse entre sí.

Objetivos generales

1. Mejorar el desempeño de los equipos de salud a partir de la actualización de competencias específicas de acuerdo con los perfiles de actuación y necesidades sanitarias de la población.



2. Ampliar y profundizar la formación en estrategias de intervención de los equipos de salud y de la mesogestión, en el marco de la Atención Primaria de Salud.

Objetivos específicos

1. Relevar necesidades de formación de los equipos de salud para fortalecer la implementación de los ejes rectores de la APS en el territorio nacional.
2. Desarrollar propuestas educativas para mejorar las competencias de gestión de políticas sanitarias dirigidas a los equipos de mesogestión.
3. Promover desde un enfoque comunitario la actualización del diagnóstico de las realidades socio sanitarias que requieren nuevas estrategias locales de abordaje de la salud.
4. Fomentar la adquisición de aprendizajes en el propio ámbito de trabajo, problematizando y reflexionando sobre la práctica profesional interdisciplinaria dentro del equipo de salud.
5. Implementar recursos educativos para la difusión y actualización de lineamientos de políticas públicas vigentes en salud con impacto en los territorios.
6. Transmitir conocimientos actualizados en temáticas específicas relativas al proceso salud-enfermedad-cuidado.

Líneas de acción

1. *Relevamiento de necesidades de capacitación de los equipos de salud para fortalecer la implementación de los Ejes de Gobernanza en el territorio nacional.*
2. *Desarrollo de propuestas educativas para mejorar las competencias de gestión de políticas sanitarias dirigidas a los equipos de mesogestión.*
3. *Promoción de la actualización del diagnóstico de las realidades sanitarias y sociales que requieren nuevas estrategias locales de abordaje de la salud, desde un enfoque comunitario, a fin de garantizar los cuidados y atención oportuna a las comunidades.*
4. *Articulación con los equipos de capacitación jurisdiccionales: análisis de la oferta de capacitaciones y el armado de proyectos formativos para los equipos.*
5. *Curso para becarias/os del Programa Nacional de Salud Comunitaria: Actualización en temáticas transversales de APS-Atención Primaria de la Salud con abordaje inclusivo, intercultural y situado (en curso).*
6. *Clases magistrales y presentaciones a través del dispositivo de Espacios CAPS (Canal oficial del Ministerio de Salud de la Nación)*
7. *Intercambio interprofesional e interjurisdiccional a través del dispositivo Conversatorios en APS*

Indicadores



- 1) **CAPACITACIÓN DE BECARIOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD COMUNITARIA** (Línea de Acción 5).
- 2) **CAPACITACIÓN DEL RECURSO HUMANO EN EL PNA QUE COMPLETA CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN TEMAS TRANSVERSALES DE APS CON ENFOQUE INCLUSIVO, INTERCULTURAL Y SITUADO -PARTE 1** (Línea de Acción 5).
- 3) **CONTINUIDAD DE CAPACITACIÓN EN APS DE RECURSO HUMANO EN EL PNA DEL SUBSECTOR PÚBLICO** (Línea de Acción 5)

Monitoreo y Evaluación

El propósito de la política pública es la provisión de bienes y servicios procurando un cambio en la sociedad. En la gestión de ese cambio, se llevan adelante las estrategias de Monitoreo y Evaluación. En este caso, el cambio es el desarrollo y despliegue de los Ejes de Gobernanza para un plan de APS, por lo que se sugiere utilizar el abordaje de Monitoreo y/o Seguimiento de Gestión por Resultado y Desempeño de la Política Pública.

El monitoreo permite comparar el desempeño alcanzado con el desempeño planificado, tanto en los aspectos de metas físicas y/o programáticas como los aspectos presupuestarios. Éstos últimos no están incluidos en esta presentación ya que, al momento del diseño de este componente, la información no estaba disponible.

En el proceso de consolidación de la información necesaria para la creación de este documento, uno de los problemas identificados es la insuficiente articulación e integración entre programas y proyectos del Ministerio de Salud (MSAL) que la producen. Esto tiene como consecuencia una atomización de relevamientos de datos e información que puede resultar en esfuerzos duplicados y redundantes. A esta dispersión, se suma la diversidad en abordajes metodológicos, anclados en diferentes racionalidades y propósitos, que si no son cuidadosamente analizados a la hora de confeccionar una estrategia de monitoreo ésta puede brindar información distorsionada y sin utilidad. Por ello, es imperativo acordar en el diseño de un agregado de indicadores, que si bien reflejan esta diversidad, puedan en su conjunto medir, visualizar y transmitir la complejidad y riqueza de las estrategias y acciones llevadas adelante por el MSAL, en la temática de Atención Primaria de la Salud, a la vez que permitan un coherente y consistente tablero de monitoreo.

Como se señaló más arriba en el documento, las áreas sustantivas ministeriales fueron consultadas y ellas mismas proveyeron, dentro de los parámetros de los ejes de gobernanza, objetivos e indicadores y/o información que permitió delinearlos para el propósito de este documento.

Como resultado, se produjeron documentos (VER ANEXO) que reflejan el trabajo de consolidación de información como insumo para una planificación de una estrategia de monitoreo. A saber:

- 1) **MATRIZ 1:** en la cual se pueden identificar las dimensiones y ejes desarrollados con sus correspondientes objetivos generales, objetivos específicos, líneas de acción e indicadores, de manera de representar la



secuencia lógica interna del mismo documento y graficar su alcance. Se presenta un cronograma de reporte de indicadores, para orientar la implementación de las líneas de acción y la sistematización de la información necesaria como insumo. (SOLAPA MATRIZ OBJETIVOS-LÍNEAS DE ACCIÓN-INDICADORES).

- 2) MATRIZ 2: en la cual se puede ver la relación entre las Líneas de Acción y los Indicadores. (SOLAPA MATRIZ LÍNEAS DE ACCIÓN-INDICADORES)
- 3) MATRIZ 3: de la Teoría de Cambio implícita en el desarrollo conceptual de los Ejes de Gobernanza
- 4) SOLAPAS DE FICHAS TÉCNICAS PARA CADA INDICADOR (agrupados por resultado de impacto y ejes de gobernanza)

No se puede cerrar esta sección sin introducir lo que se entiende por Teoría de Cambio y el porqué de su utilización en el marco de los Ejes de Gobernanza.

La Teoría de Cambio (Aquilino y Otros, 2019) es un modelo de la manera -el cómo- se espera lograr el resultado de la implementación de un plan, programa o proyecto y de los supuestos que subyacen al mismo. En este caso, la teoría de cambio expresa la implementación de los Ejes de Gobernanza en la estrategia Atención Primaria de la Salud garantiza un modelo prestacional basado en el Acceso, la Equidad y la Calidad.

Como se mencionó al inicio de este apartado, la política pública se diseña con el propósito de generar bienes y servicios de valor social; que generen un cambio en la sociedad. El valor público lo tienen en tanto y en cuanto sus productos redunden en beneficio y bienestar del colectivo social.

Los componentes de la cadena de valor de la política pública son como siguen:

Insumos - Procesos u Operaciones - Productos - Resultados - Impacto

Ahora bien, en el contexto de la complejidad de la realidad es difícil discernir los mecanismos que se dan entre los insumos de una estrategia, como puede ser el diseño de una capacitación al personal de salud y los resultados esperados, como ser una mejora en la calidad de atención; en todo caso, lo que se puede hacer es explicitar y ordenar los factores que contribuyen a esa mejora lograda. En otras palabras, de organizar los elementos, y condiciones que se dan lugar para conducir a un cambio. Es así que el ejercicio que se propone al aplicar la Teoría de Cambio es el ordenar la secuencia de Objetivos Generales-Objetivos Específicos-Líneas de Acción-Indicadores, presentados en este documento. En este sentido podemos hacer una analogía con la caja negra: “La teoría de cambio abre una “caja negra”: muestra cómo se espera que una intervención convierta insumos, actividades y productos en resultados e impactos”. (Aquilino y Otros, 2019). En cuanto al marco temporal, los tiempos supuestos que se visualizan en el gráfico se ofrecen a los fines dar estructura al conjunto de los indicadores, contemplando la contemporaneidad con la estrategia de los ODS 2030.

De ninguna manera el gráfico de la Teoría de Cambio agota la discusión sobre los supuestos o hipótesis de cambio, más bien se la ofrece como una herramienta para seguir elaborando la estrategia.

Ahora bien, si bien se sugiere implementar una estrategia de Monitoreo, es posible, incorporar un elemento de Evaluación a la misma, teniendo en cuenta lo que sigue:



Uno de los grandes desafíos de la evaluación de la política pública es la demostración de causalidad, de causa y efecto, entre los insumos y los productos, bienes y servicios. Todo esto debido a que se opera en una realidad cambiante, sumado a la interacción de actores que representan diversos intereses en contextos en los que se cuenta con información limitada para tomar decisiones y la imperiosa necesidad de ejecutar estrategias y acciones. Es por esto, que es importante optar por tener algún resultado de largo plazo que indirectamente nos dé indicios del desempeño de la política a ejecutar. En el caso, de la implementación deliberada de una estrategia de APS basada en la Equidad, Acceso y Calidad, se sugiere elegir el siguiente indicador como resultado de Impacto a largo plazo:

“Hospitalizaciones por condiciones para las cuales el primer nivel de atención tiene la capacidad potencial de prevenir si contara con una adecuada capacidad resolutive.”

Entendiendo que la capacidad relativa no sólo está constituida por los aspectos de tecnología médica e informática sino también por una atención centrada en la persona y los aspectos comunitarios y sociales que son parte de los procesos de Salud-Enfermedad.



Plan de Infraestructura

Los Planes Maestros de Inversión (PMI) tienen como objetivo aplicar un modelo de análisis para entender e integrar los componentes de la oferta y demanda de las prestaciones de los diferentes niveles de atención que integran la red de salud y generar una herramienta para contribuir a la toma de decisiones jurisdiccionales que respondan a las necesidades sanitarias con eficiencia y calidad.

Se analizan características y dinámica de la población, epidemiología, producción histórica de servicios de salud y factores productivos referentes a los recursos físicos de la red de salud pública. El relevamiento del Recurso Físico realizado estuvo orientado a determinar la disponibilidad de los recursos en relación al estado actual de la estructura e infraestructura sanitaria, las instalaciones y la base instalada de equipamiento médico y así estimar los esfuerzos de adecuación, mantenimiento y reposición que es necesario efectuar. El objetivo es estimar las necesidades actuales y futuras de salud de la población y la inversión en equipamiento médico e infraestructura sanitaria que permita recuperar la capacidad instalada que se encuentre deteriorada, además de las inversiones requeridas para cerrar las nuevas brechas de servicios de salud identificadas en el estudio.

El desarrollo del PMI requiere contemplar cuatro aspectos claves:

1. Entender los desafíos que enfrentan los sistemas públicos de salud de las diferentes jurisdicciones del país, considerando un escenario de demandas crecientes y restricción de recursos,
2. Conocer las propuestas de organización y gestión de redes de servicios,
3. Establecer un marco para analizar la red como una organización compleja que produce bienes y servicios,
4. Identificar las fases del ciclo de inversiones y el rol de los estudios de red.

En el marco de Redes de Salud las jurisdicciones realizaron el relevamiento en terreno, durante el año 2021 y 2022, de la totalidad de efectores de la red de salud pública bajo los lineamientos de la Dirección Nacional de Recursos Físicos (DNRF) y validaron la información demográfica y epidemiológica que se utilizó en el estudio.

El alcance de los planes maestros de inversión contempló la totalidad de los establecimientos de salud tanto con internación como sin internación de la red pública, abarcando los tres niveles de atención.

En referencia al primer nivel de atención cabe mencionar que se relevaron casi la totalidad de los establecimientos que representan el primer contacto de las personas usuarias con el sistema de salud y que está integrado por unidades médicas ambulatorias, ya sea programadas o de urgencia, sumando un total de 7.679 establecimientos.



Abreviaturas

- **APS:** Atención primaria en salud.
- **ARS:** Áreas de Responsabilidad Sanitaria.
- **CEB:** Población con Cobertura Efectiva Básica
- **CPE:** Población con Cobertura Pública Exclusiva de salud.
- **DEIS:** Dirección de Estadística e Información Sanitaria.
- **DM2:** Diabetes Mellitus 2
- **HTA:** Hipertensión Arterial
- **HSI:** Historia de salud integral.
- **MSAL:** Ministerio de Salud de la Nación
- **NOMIVAC:** Registro Nominal de Vacunación.
- **PNA:** Primer Nivel de Atención
- **OPS:** Organización Panamericana la Salud
- **DNAPySC:** Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria
- **DDHH:** Derechos Humanos
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **ENT:** Enfermedades Crónicas, No transmisibles
- **Co.Fe.Sa:** Consejo Federal de Salud
- **REFEPS:** Registro Federal de Profesionales de la Salud.
- **REFES:** Registro Federal de Establecimientos de Salud.
- **SISA:** Sistema de Información Integrada Sanitaria Argentino.
- **SNVS:** Sistema Nacional de Vigilancia de Salud



Bibliografía

- Aquilino, N., Arena, E., Bode, M. y Scolari, J. (febrero 2019). Guía N° 2: Monitoreo y evaluación, *Serie ¿Cómo diseñar metas e indicadores para el monitoreo y evaluación de políticas públicas?* Buenos Aires: CIPPEC.
- Ballesteros, MS., Freidin, B. (2015). Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la encuesta Nacional de Factores de riesgo 2009. *Salud colectiva*.11(4):523-535.
- Cañás M, Marín GH, Urtasun MA, Leal LF, Salas M, Elseviers M, Lopes LC. (2021). Transparencia de datos para construir un sistema de salud más sólido: estudio de caso de bases de datos administrativas argentinas sobre utilización de medicamentos. *Salud Colectiva*. Vol.17 <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2021.3339>
- COFESA 2022. Ejes de gobernanza en Atención Primaria de la Salud En: *Acta 22, Anexo 7*. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-11/cofesa-2022-acta-22.pdf>
- Davini, M. (2002). *Enfoques, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud*. https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/Davini_Educacion_permanente_rhus.pdf
- De la Aldea, E. (2000) *El equipo de trabajo, el trabajo en equipo*. https://www.srmcursos.com/archivos/arch_5e3acfef5f781.pdf
- . Decreto 826/2006. Modificación Ley de Ministerios de 1992. Boletín oficial del 10 de julio de 2006. Poder Ejecutivo Nacional. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/decreto-828-2006-117720>
- Jefatura de Gabinete de Ministros (2020). *Guía de Planificación y Seguimiento de Gestión de Políticas Públicas*. Dirección Nacional de Gestión por Resultados, Subsecretaría de Fortalecimiento Institucional, Secretaría de Gestión y Empleo Público. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/final_guia_de_planificacion_y_seguimiento_de_gestion_de_politicas_publicas.pdf
- Iparraguirre, M. (2022). La mirada interseccional, un compromiso fundamental para la Atención Primaria de la Salud. *Revista Soberanía Sanitaria*. Año 6. Número 7.
- Ley N° 22.520. Ley de Ministerios. (12 de marzo de 1992). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/48853/texact.htm>
- Ley N° 26.657. Ley de Salud Mental (25 de noviembre de 2010). <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ministerio de Salud de la Nación.(2020). Definiciones y marcos conceptuales. En Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria: *Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, Módulo 1*.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Herramientas para la implementación de la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. En Dirección Nacional de Salud



Familiar y Comunitaria: *Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, Módulo 2.*

- Ministerio de Salud de la Nación (2021). Recomendaciones para la Atención Integral de la Salud de Niñeces y Adolescencias Trans, Travestis y No Binaries. En: Banco de Recursos de Comunicación. *Recomendaciones para la Atención Integral de la Salud de Niñeces y Adolescencias Trans, Travestis y No Binaries.* <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-la-atencion-integral-de-la-salud-de-nineces-y-adolescencias-trans>

- Ministerio de Salud de la Nación (2021). *Monitoreo de procesos de redes integradas de servicios de salud: resultados del relevamiento de medio término.* <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-10/monitoreo-procesos-redes-servicios-de-salud-resultados.pdf>

-Ministerio de Salud de la Nación (2023). *Natalidad y Mortalidad Infantil.* Argentina. Año 2021. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/natalidad_mortalidad_infantil_2021.pdf

-Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma Ata.* <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

-Organización Panamericana de la Salud (1982). *Salud para todos en el año 2000. Plan de acción para la instrumentación de estrategias regionales.* <https://iris.paho.org/handle/10665.2/39468>

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2007). *La Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la OPS/OMS.* https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria Salud Americas-OPS.pdf

- Organización Panamericana de la Salud.(2010) *Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas.* <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3132>

- Organización Panamericana de la Salud (2019) *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas.* <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51615>

- Organización Panamericana de la Salud (2019) *Informe de la Comisión sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna.* <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51615>

OPS/OMS-Ministerio de Salud de la Nación (2020). *Indicadores Básicos.* <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53210>

- Organización Panamericana de la Salud (2022), *Enfoque de curso de vida.* En: Curso de vida saludable. <https://www.paho.org/es/temas/curso-vida-saludable>

- Organización Mundial de la Salud (2023). *Calidad de la atención.* https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1



- Peranovich A. (2017). Capacidades y retos del monitoreo sobre la disponibilidad y el acceso a los servicios de salud en Argentina. *Salud Colectiva*, vol. 13, núm. 1, pp. 73-90.
- Starfield B. (1992) *Primary Care: Concept, Evaluation and Policy*. Oxford University.
- Starfield B. (1998) *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. Oxford University Press.
- Starfield, B., Shi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health.. *The Milbank Quarterl*, Vol. 83, N°3, 457-502.
- Testa, M. (2020). *Atención Primaria o Primitiva*. En: *Pensar en Salud*. EDUNLa Cooperativa.
- World Health Organization. (2008). *The World Health report 2008: primary health care, now more than ever*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43949>

(Operational framework for primary health care: transforming vision into action; World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF), 2020).



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
1983/2023 - 40 AÑOS DE DEMOCRACIA

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número:

Referencia: Anexo I

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 43 pagina/s.