

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Margarita Aulicino

LA VIOLENCIA FISICA EJERCIDA EN EL ACCESO AL HOSPITAL COMO FACTOR PERTURBADOR DE UNA PRESTACION ADECUADA

Analisis del caso del hospital general de agudos General
Manuel Belgrano

2007

Citar como: Faiad, A. G. (2007). La violencia fisica ejercida en el acceso al hospital como factor perturbador de una prestacion adecuada: analisis del caso del hospital general de agudos General Manuel Belgrano. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE

I- INTRODUCCIÓN	Pág. 3
<i>La novedad del Plan</i>	Pág. 5
 II- MARCO CONCEPTUAL	 Pág. 6
<i>La estrategia de APS</i>	Pág. 8
<i>Un nuevo escenario de demanda</i>	Pág.10
<i>Un problema de gestión: Las prácticas asistenciales y las preferencias de consumo</i>	Pág.12
<i>Un tema de asignación de recursos: la función del médico de familia</i>	Pág.15
 III- LA PERMANENCIA EN EL TIEMPO- DESCRIPCIÓN DEL PLAN MÉDICOS DE CABECERA	 Pág.17
<i>Marco normativo</i>	Pág.17
<i>Beneficiarios</i>	Pág.21
<i>Menú prestacional</i>	Pág.26
<i>Profesionales</i>	Pág.26
 IV- LA PRODUCTIVIDAD	 Pág.27
<i>El financiamiento y el cálculo del valor de la consulta</i>	Pág.31
 V-LA IMPRONTA DE LA TECNOLOGÍA DE GESTIÓN	 Pág.33
<i>La institucionalización del PMC</i>	Pág.33
<i>El Vademécum y la provisión de medicamentos</i>	Pág.35
<i>La capacitación como estrategia para la</i>	Pág.39

institucionalización del Plan

VI- ALGUNAS CONCLUSIONES PRELIMINARES Pág.43

**ANEXO I SOBRE LAS ACTIVIDADES DE
CAPACITACIÓN EN EL PMC** Pág.46

BIBLIOGRAFÍA Pág.83

I- INTRODUCCIÓN

Este trabajo se propone describir las características del Plan Médicos de Cabecera (PMC) que fue implementado de manera manifiesta como una modalidad asistencial en el primer nivel del sistema de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a partir del 2 de enero de 1997 para ser incluido, luego, entre las estrategias de Atención Primaria de la Salud encaradas en esa jurisdicción (1999, Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño).

A casi diez años de su implementación, luego de transformaciones tanto internas como del contexto socio económico, merece una descripción formalizada como punto de partida para cualquier eventual análisis. Éste deberá tener particularmente en cuenta los siguientes elementos: su permanencia en el tiempo, su productividad (relación horas hombre/ consultas/ beneficiarios atendidos), la impronta de la tecnología de gestión (sistema de dispensación de medicamentos, informatización, elección y utilización de un nomenclador diagnóstico, uso de las actividades de capacitación para la creación de identidad grupal y el logro de visibilidad institucional) y su transferencia a otros efectores de la jurisdicción.

La evaluación de las intervenciones en Salud es un punto crucial para la definición de ajustes en el nivel micro de la gestión; de su continuidad, en el nivel meso; y como un insumo para la reconsideración de las de las políticas macro que le dieron origen

El PMC de la Ciudad de Buenos Aires apareció en 1997 como una respuesta, desde el sector público de la Salud, a las necesidades asistenciales planteadas en un nuevo escenario de la demanda, determinado por la crisis de la segunda mitad de la década del '90. Hasta el momento de la instauración del Plan la atención primaria se apoyaba exclusivamente en los centros de salud y en el desarrollo de los programas focalizados en poblaciones especiales (niños, tercera edad, escolares, etc.) o en problemáticas específicas tanto en aspectos asistenciales como preventivos (nutrición, salud bucal, salud mental. etc.). Según los términos del decreto 456/96 del Gobierno de la Ciudad, de creación del Plan, las

autoridades de la entonces Secretaría de Salud se proponían “implementar un sistema desconcentrado de atención” orientado al logro de la “universalidad, equidad y accesibilidad de la población en el plano de la atención médico asistencial como así también hacia una más alta calidad de las mismas”.

El decreto afirmaba que “un importante eje para el cumplimiento de dichos propósitos” era “la reorganización de los servicios y recursos de salud por niveles de atención, jerarquizando el desarrollo de acciones que garanticen la promoción, la presunción y el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para toda la población en el marco del primer nivel de prestación.”

Explicitaba además que, con la nueva modalidad asistencial de los Médicos de Cabecera, se procuraba “que los profesionales pertenecientes a los nosocomios de la jurisdicción” extendieran su horario de labor en sus consultorios particulares, con lo cual se propendía “a descentrar la asistencia ambulatoria en los efectores de salud brindando así mayores condiciones de confortabilidad a los pacientes y una atención más personalizada a los mismos.”

Merece destacarse que la norma no hacía referencia a las estrategias de Atención Primaria de la Salud y que, desde el punto de vista orgánico, los profesionales del Plan eran designados por la Secretaría de Salud a propuesta de los directores de Hospitales para realizar “tareas de asistencia a pacientes derivados por el Hospital en el Área Programática del mismo”¹.

Por otro lado, los profesionales del Plan tenían una doble dependencia jerárquica ya que, por su origen y vía para la percepción de haberes, dependían de los Hospitales en tanto que estaban sujetos a regulaciones y controles de la Coordinación del PMC en lo referido a su práctica. La Coordinación del Plan dependía directamente de la Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño, que actuaba de hecho como una Subsecretaría. En 1999, un documento público de dicha Dirección General definía al PMC como una práctica de APS.

¹ En los hechos, que los pacientes son “derivados” significa simplemente que los futuros usuarios se registran en stands del Plan ubicados en los hospitales de referencia y que allí se le asigna un profesional.

En 2001, una reestructuración de la Secretaría de Salud incluyó la creación de la Dirección General de Atención Primaria de la Salud, de la cual pasó a depender el Plan Médicos de Cabecera. La medida dejó sin resolver la doble dependencia jerárquica pero enfatizó su articulación con los demás efectores del primer nivel y procuró que las prácticas asistenciales de los profesionales del Plan se inscribieran decididamente en las estrategias de APS.

La novedad del Plan

El Plan fue lanzado a escasos meses de iniciado el mandato del Dr. Fernando de la Rúa, quien había asumido el 6 de agosto de 2006 el primer ejercicio de la Jefatura de Gobierno de la entonces recientemente constituida Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Su gestión buscaba imprimir un sello propio en Salud, a cargo del Dr. Héctor Lombardo, en un contexto socioeconómico que determinaba un incremento de la demanda sobre los hospitales públicos, tomados como un nuevo efector por la clase media pauperizada que había quedado sin cobertura o con acceso a servicios sociales poco confiables.

En dicho contexto, se visualizaba el Plan como una estrategia que “optimiza -- según se aseguraba-- la utilización de los recursos **públicos y privados**² (...) en el marco de una política que articula la atención de salud según los niveles de complejidad” (1999, Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño). La iniciativa, que extendía territorialmente “las bocas de ingreso al sistema de Salud” e instalaba “una figura nuclear como el médico de barrio”, se proponía --según ese documento-- jerarquizar el primer nivel incrementando el acceso al mismo.

Se entendía que la figura del médico de cabecera “posibilita un mayor nivel de contención de los vecinos, en tanto puede establecer un vínculo más profundo con la realidad familiar y social de los mismos, al compartir con ellos un ámbito de

² El destacado es mío.

pertenencia como es el barrio. “Su responsabilidad –continuaba el documento-- no está sujeta a la demanda espontánea sino que deberá responder por la salud de toda su cartera de pacientes.”

En la primera evaluación cuantitativa realizada sobre el funcionamiento del Plan, en agosto de 1999, los usuarios registrados eran 73.359, con 40.586 mujeres y 29.894 hombres. Dichas cifras sufrieron un movimiento apenas modesto a lo largo de los años si se tiene en cuenta que a fines de 2005 el total de beneficiarios activos alcanzaba a 111.746. De ellos, sólo 70.911, es decir el 61%, habían realizado por lo menos una consulta en ese año (2006, Ministerio de Salud GCBA. En tanto, los 108 profesionales originales del Plan habían pasado a ser 296, incluyendo 38 odontólogos. A ellos se sumaron desde el comienzo, los Coordinadores Médicos, uno por cada hospital general de agudos de la Ciudad, quienes realizan tareas de coordinación en cada Área Programática y así como de articulación con otros niveles, con servicios intra e inter hospitalarios, redes comunitarias, programas sociales y nivel central.

En los diez años de funcionamiento del Plan, por otro lado, el menú prestacional se ha ido ampliando con la incorporación de profesionales tocoginecólogos –que se agregaron a los generalistas y pediatras del comienzo-- y de los Odontólogos de Cabecera y con la provisión de medicamentos, que comenzó siendo para menores de 15 años y mayores de 65 y que, actualmente, alcanza a todos los beneficiarios, según un vademécum definido ad hoc. Además, se admitió el agrupamiento de varios prestadores en consultorios comunes –siempre privados-- llamados Centros Médicos Barriales, algunos de los cuales cuentan con personal de enfermería y trabajadores sociales part time.

II- MARCO CONCEPTUAL

Un año y medio luego del comienzo de su implementación, a mediados de 1999, el ya citado documento oficial de evaluación de la marcha del PMC (1999,

Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño) describía y definía al PMC como “un modelo asistencial de máxima racionalidad basado en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud”.

Tal como fue definida en la reunión de Alma Ata en 1977, “la atención primaria de salud es atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema sanitario del país (el que es el eje central y el foco principal) como del total del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y las comunidades con el sistema nacional de salud, acercando la atención sanitaria al máximo posible al lugar donde las personas viven y trabajan, constituyendo el primer elemento del proceso de atención sanitaria continuada”.

El documento de Alma Ata destaca un elemento que será relevante para la descripción PMC como una estrategia de APS, cuando dice que ésta “refleja las condiciones económicas y socioculturales, así como las características políticas del país y de sus comunidades, desarrollándose a partir de ellas”. Y es que en el “nuevo escenario de demanda asistencial” (1999, Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño) de fines de los '90, las condiciones económicas y socioculturales de la población de la ciudad de Buenos Aires habían sufrido un vuelco dramático que será analizado más adelante.

La Organización Panamericana de la Salud, más recientemente sostuvo que “la esencia de la definición de renovación de la APS sigue siendo la misma que soporta la Declaración de Alma Ata” (2005, OPS). Ese “documento de posición” afirma que “sin embargo, la nueva definición se enfoca sobre el conjunto del Sistema de Salud; incluye a los sectores públicos, privados y sin fines de lucro y es aplicable para todos los países”. “Distingue entre valores, principios y elementos –sigue--; subraya la equidad y la solidaridad; e incorpora principios

nuevos como sostenibilidad y orientación hacia la calidad. **Descarta la idea de que la APS sea un conjunto de servicios de salud definido de antemano, en la medida en que los servicios deben ser congruentes con las necesidades de salud.**³

El documento enfatiza más adelante que **“igualmente, descarta la idea de que la APS sea definida por tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan en la APS deben ser definidos de acuerdo con los recursos disponibles, la preferencias culturales y la evidencia”.**⁴

Del mismo modo, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986, Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud), ya había subrayado que “las estrategias y programas de promoción de la salud deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos”.

La estrategia de APS

A partir del planteo ya clásico de Mario Testa, se entiende que “la atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica --diagnóstica y terapéutica--⁵ y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena” (2006, Testa). Ello implica una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordenan la circulación interna de los pacientes en el sistema; también implica un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue, más o menos disciplinadamente, las normas de ingreso y circulación. El tipo de atención que se presta en esos establecimientos --aclara-- no implica una disminución de la calidad de la atención;

³ El destacado es mío.

⁴ Ídem

⁵ Esta mención de la “menor dificultad técnica”, tanto diagnóstica como terapéutica, se inscribe en una conceptualización médico dependiente del proceso de salud -enfermedad y descuida el desafío a los equipos de salud presentados por nuevas problemáticas, por enfermedades emergentes y reemergentes, por cuestiones sanitarias socialmente condicionadas y de complejo abordaje.

por el contrario, debe tener la calidad necesaria para poder realizar la distribución señalada, de lo contrario, puede aumentar el riesgo de errores diagnóstico y terapéuticos extemporáneos.

En este sentido Testa insiste en que una forma de “conceptualizar este servicio es como puerta de entrada al sistema de servicios de salud” y que para ello “las principales opciones organizativas son: la existencia de un médico general que atienda los casos que llegan al servicio resolviendo los que estén a su alcance y distribuyendo los restantes a las consultas correspondientes según su criterio; la atención por especialistas de nivel primario --pediatra, tocoginecólogo, clínico y cirujano general--o a través de un examen preliminar que orienta el diagnóstico hacia los especialistas de primero o segundo nivel sin intentar resolverlo”.

Como se verá, la opción organizativa del PMC fue la de mantener el acceso directo a los especialistas del nivel primario --con excepción del cirujano general-- que funcionaron sin embargo, en especial al comienzo, con un bajo poder de resolución de las consultas y con un alto índice de derivación hacia el segundo nivel (1999, Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño).

Es necesario comprender que, tal como lo destaca Testa, “la contextualidad de la Atención Primaria de la Salud está dada, en primera instancia, por el sistema de Salud en que se encuentra inserta”. En este sentido, el surgimiento e implementación del PMC en su totalidad tanto como la opción organizativa como puerta de entrada --no exclusiva-- corresponde a la de un sistema de Salud que testimonia el paso de infinidad de gestiones que respondieron a gobiernos con orientaciones diversas y hasta encontradas. Ello por no mencionar, incluso, los deslizamientos y las torsiones producidos hasta por los matices ideológicos de los gestores y administradores intervinientes en cada momento.

“Es decir --sostiene Testa--, la atención primaria de salud puede tener un significado concreto, el que le otorga su inserción en un sistema de salud, o tener un significado abstracto, el que corresponde a su definición ideológica, como la que puede observarse en los documentos de la Organización Mundial de la Salud. En lo que se refiere a estas definiciones, sin embargo, tomarlas en cuenta ofrece la oportunidad de comparar lo realmente existente en un momento dado en un

lugar concreto, con las aspiraciones al ideal consensuado en distintos círculos de especialistas en la gestión o con la opinión de administradores políticamente sesgados.

El “documento de posición” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2005), propone una revisión conceptual de la APS con vistas a la renovación de estrategias en el continente.

Sobre el particular expresa que “cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, en la medida de sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas y del desarrollo histórico alcanzado por el sector de la Salud.” De todos modos, no deja de formular los “valores, principios y elementos esenciales” que debería contemplar cualquier sistema que incluya estrategias de atención primaria.

En cuanto a *los valores*, incluye el derecho al nivel de salud más alto posible, la solidaridad y la equidad. *Los principios* enumerados son: dar respuesta 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. *Los elementos esenciales* por considerar en una estrategia de APS son: acceso y cobertura universal, atención integral e integrada, énfasis en la promoción y prevención, atención apropiada, orientación familiar y comunitaria, mecanismos de participación activa, organización y gestión óptimas, políticas y programas pro-equidad, primer contacto, recursos humanos apropiados, recursos adecuados y sostenibles, acciones intersectoriales.

Será posible establecer en qué medida el diseño original del PMC y su estructura y nivel de funcionamiento actual se adecuan a estas ideas si su descripción se preocupa por indagar estos aspectos.

Un nuevo escenario de demanda

Cuando Fernando de la Rúa se hizo cargo del Ejecutivo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en agosto de 1996, ya había transcurrido buena parte de la

presidencia de Carlos Menen y se notaban con crudeza los efectos de las reformas al aparato de Estado, la llamada apertura del mercado y la flexibilización del marco regulatorio laboral, aplicadas sobre lo que había quedado de la estructura económico social luego de las erráticas políticas de los '80, la "década perdida".

Las políticas aperturistas de José Alfredo Martínez de Hoz, ministro de Economía durante la dictadura militar, habían operado un quiebre en la estructura productiva del país que no pudo restañar el primer gobierno de transición democrática de Raúl Alfonsín. El proceso de transformación regresiva arrastró en un proceso de movilidad social descendente a buena parte de los sectores asalariados especializados, de los empleados calificados, de profesionales liberales, de pequeños y medianos empresarios, de la clase media, en suma, que siempre tuvo una fuerte presencia en las áreas urbanas.

Tras, la crisis hiperinflacionaria de 1989-90 y luego de un corto período de recuperación del empleo y mejoramiento salarial a comienzos de los '90, la clase media, lejos de revertir su posición relativa, afrontaba un nuevo momento de caída de sus ingresos. Esta "nueva pobreza" (1993, Minujin y Kessler), opuesta desde que fue así conceptualizada a la "pobreza estructural", implica no sólo la renuncia al consumo de bienes materiales y servicios educativos, culturales y hasta de salud sino también una pérdida de la identidad social.

Dicha pérdida conlleva un grado de vulnerabilidad de estos sectores sociales, no asociada sólo a los efectos sanitarios adversos acumulativos como en el caso de los llamados "pobres estructurales".

Según Testa, una de las diferencias internas en los países subdesarrollados es "una concentración de recursos en las áreas urbanas centrales en primer lugar" con una desigualdad "no sólo del volumen de recursos comprometidos sino también de la calidad de los mismos". Pero aún cuando de manera incontestable, tanto en la actualidad como en el momento de la puesta en marcha del PMC, la afirmación sigue siendo válida, esta asignación preferente de los recursos por el "sesgo urbano" —ligado a que las poblaciones de las ciudades obtienen más porque reclaman más—, se hace de compleja evaluación como pura ventaja se

cuando se considera que “el ‘choque’ producido por las reformas económicas se concentró sobre todo en las zonas urbanas” (2002, Evans et al.). Y en nuestro país, la clase media pauperizada absorbió, sin duda, una gran parte de ese choque sin estar preparada para modificar su estilo de vida e identidad social.

El impacto de estas transformaciones sobre el sistema de Salud se hizo sentir de diferentes maneras. Para el sistema prestador público implicó, sin duda, una: recarga de los servicios hospitalarios por la demanda proveniente de aquéllos que fueron expulsados del empleo formal y, por lo tanto, del sistema de cobertura de las obras sociales y de quienes no pudieron sostener su afiliación a los prepagos.

Para los usuarios, se impuso un cambio en sus hábitos de consumo de servicios sanitarios, incluyendo la resignación del prestador habitual y la adaptación a nuevos códigos de atención, complejos de incorporar para los sectores medios. (1999, Duré)

Un problema de gestión: Las prácticas asistenciales y las preferencias de consumo.

La conciencia sanitaria, entendida como “la conceptualización que cada grupo tiene acerca del proceso de salud enfermedad” (2006, Testa) es “el elemento central de lo que se puede identificar como la ideología sanitaria, la cual, confrontada con la ideología social, constituye el núcleo de la conformación ideológico política en los conflictos que se suscitan en torno a los problemas de salud”⁶.

Partiendo de la conciencia sanitaria de cada uno de los actores, la asistencia brindada en el sector público de la Ciudad de Buenos Aires a la clase media pauperizada, nueva consumidora de este servicio, se constituyó en una fuente de conflictos y cuestionamientos para los funcionarios, para el equipo profesional, para los que acudían a demandar atención y para la población en general. Es que el “nuevo escenario de la demanda” implicaba la entrada en contacto de usuarios no habituales de los hospitales porteños con una realidad de los servicios que era

⁶ El destacado es mío.

mejor tolerada por los pobres estructurales, conocedores de las posibilidades y los atajos que ofrece el sistema.

Además la nueva pobreza se destacaba “por su ubicación casi exclusiva en el terreno de lo privado, virtualmente ausente de la esfera pública” (1993, Minujin y Kessler). Se trataba de una “pobreza fundamentalmente privada, en primer lugar, por su cuasi inexistencia dentro del espacio público nacional” y no aparecía “problematizada ni en los discursos del gobierno ni en los de las instituciones políticas y sociales” “No se discuten --decían los autores-- políticas sociales que la traten en su especificidad ni tampoco las fuerzas sociales progresistas parecen conocer la gran cantidad de persona afectadas por la pauperización ni tampoco los efectos que conlleva.”

La calidad de la atención brindada en términos de satisfacción del usuario sufrió, entonces, duros cuestionamientos por el estilo de gestión de turnos, la falta de insumos considerados básicos, la falta de horarios vespertinos, el incumplimiento del horario por parte de los profesionales, las condiciones edilicias, la hotelería de la internación, juzgado todo siempre según los estándares utilizados en el sector de obras sociales y privado.

Es que, tal como lo afirman Minujin y Kessler, “el capital cultural particular de los distintos tipos de nuevos pobres puede jugar un papel fundamental en la capacidad de aprovechamiento de los servicios públicos, en la posibilidad de lograr un determinado tipo de trato y calidad de servicio, en la relación entablada con los prestadores, en la militancia (...) en pro de la fijación de sus criterios para definir lo que es un buen servicio y uno malo, lo que es una falta de cumplimiento de los deberes de los prestadores, en las medidas a tomar frente a estas faltas. Influencia del capital cultural, también en el particular manejo de la información en circuitos nuevos, en la optimización de los beneficios hasta entonces desconocidos que pueden obtener de su obra social y en la movilización de nuevos derechos para obtener un mejor servicio en la entrada obligada al hospital público. (pág. 7)

Por otro lado, estos ciudadanos demandantes se convirtieron para los equipos de Salud en un posible y duro reflejo de sí mismos --asediados por una realidad que

los amenazaba en lo personal-- y también, en un par que los interpelaba en sus prácticas. Gustavo Lins Ribeiro, siguiendo a Anthony Giddens, recuerda que "la noción de conciencia práctica implica que los agentes sociales, en su contexto cotidiano, dejan de monitorear activamente distintas fuentes de información". "Estas --dice--entran en el desarrollo de las acciones de los actores como supuestos, como 'lo dado'. Esta fijación de los elementos constitutivos de los contextos significantes para las interacciones, está dada por la **rutinización de los encuentros sociales en el cotidiano de los agentes sociales**⁷."(1989 Ribeiro)

La crisis de mediados de los '90 forzó, por momentos, la ruptura de esa conciencia práctica en el día a día de los servicios de Salud del sector público de la Ciudad de Buenos Aires, en un movimiento de extrañamiento, de visión cuasi externa de cada uno de los actores sobre sus propios estilos asistenciales y su concepción del proceso de salud enfermedad. Para seguir a Ribeiro, es ésta "descotidianización" de las rutinas sociales es la que caracteriza a la postura antropológica frente al objeto de estudio. Pero podría pensarse que, en verdad, la descotidianización se encuentra en el origen de todo proceso reflexivo y de cualquier posibilidad de cambio.

Muchas veces, de todos modos, esos momentos se cerraron rápidamente con la convicción de que los nuevos usuarios deberían aceptar su recién adquirida condición de pobres para someterse a la modalidad imperante de gestión de pacientes. Esto fue así no sólo para quienes se encontraban más claramente protegidos en el interior de los hospitales sino incluso para aquéllos efectores más habituados a trabajar con sectores de la población en pobreza extrema (NBI), renuentes a aceptar algún trato diferenciado para los recién llegados.

En este contexto, el lanzamiento del Plan Médicos de Cabecera, que ofrecía cobertura a quienes se habían quedado sin ella, ofrecía también un trámite de inscripción como beneficiario y una credencial plástica, como la usual para los afiliados a obras sociales y prepago. Es que, inicialmente, el Plan respondía también a una estrategia de marketing político y apoyaba su estrategia

⁷ Ídem.

comunicacional en el énfasis en aspectos que facilitaban esa asociación entre el estilo de consumo de las clases medias en el terreno de la salud. A tal punto éste era un efecto buscado que en el hall de entrada de cada uno de los hospitales generales de agudos se instaló un stand especialmente diseñado con un empleado administrativo y una computadora a la vista, según las especificaciones precisas del equipo de propaganda del Jefe de Gobierno.

La provisión de la PC en los stands permitió, luego, iniciar la informatización de la base de beneficiarios, procesar el registro de las actividades de los profesionales, sistematizar la recolección de datos sobre las prácticas y los diagnósticos médicos y constituyó el germen del posterior sistema de información diseñado para todos los efectores de APS.

Con la misma orientación tendiente a recrear en el escenario público las señas de la práctica liberal, la atención de los profesionales de PMC se desarrollaría **“en la privacidad del consultorio particular”**⁸ considerado no sólo “un espacio adecuado para fortalecer la relación médico paciente” sino como una posibilidad de aumentar la accesibilidad, incrementada “con la comodidad de poder contar con turnos telefónicos en horarios variados” otorgados “con celeridad y con tiempos de espera reducidos”.

“Esta comodidad no es superflua, ya que la precarización del empleo y el fantasma de la desocupación parecen confluir en los sectores pauperizados para retrasar la consulta al médico, ante el temor de perder el día de trabajo para concurrir al hospital”, se enfatizaba en el citado documento de la Dirección de Planificación y Evaluación del Desempeño.

Un tema de asignación de recursos: la función del médico de familia

Recordemos la ironía de Testa para quien “los países subdesarrollados dependientes, (...) copian soluciones organizativas –el aumento de asignación presupuestaria les está parcialmente vedado--que les parecen exitosas o que simplemente son bien propagandizadas por agentes con intereses económicos,

⁸ El destacado es mío.

desplazándose así entre el centro de salud soviético, el hospital comunitario norteamericano, los médicos descalzos chinos, la policía médica alemana, la medicina socializada inglesa, la seguridad social europea y otras propuestas que constituyen sucesivos y reiterados fracasos". "La última de esas propuestas en el nivel de atención primaria de salud--agrega--, es la reactivación del médico de familia, ahora en carácter de especialista en generalidades. Esta propuesta, originada en USA para resolver un problema interno y local de su organización médica, es copiada por los países subdesarrollados y dependientes como si fuera lo que éstos necesitan desde el punto de vista técnico para resolver sus problemas de salud. (2006, Testa)

En sentido contrario, para Adolfo Rubinstein "la medicina familiar es una especialidad horizontal que no sólo incluye el segmento de los problemas frecuentes que cada especialidad lineal posee sino también los "intersticios" entre ellas, que la mayoría de las veces son tierra de nadie para los médicos (aunque no, obviamente para los pacientes⁹". El autor afirma que "la medicina familiar (es) por definición la especialidad médica efectora de la APS".

Destaca asimismo que "el médico de familia es el profesional primariamente responsable de proveer atención integral y continua a cualquier individuo que busca atención médica a través de sus servicios o coordinando el uso apropiado de éstos en otros niveles de atención, teniendo en cuenta tanto las necesidades de su población como los recursos disponibles en la comunidad a la que sirve".

Agrega además que "un sistema de atención médica orientado a la especialización, como el de muchos países de Latinoamérica, entre ellos la Argentina, presenta un claro problema , ya que es virtualmente imposible asegurar la equidad" y concluye que "como puertas de entrada al sistema, los médicos de familia deben coordinar la atención, no sólo en el primer nivel sino en todos los niveles, de manera de asegurar eficiencia y equidad en el acceso a los servicios necesarios, basado en el uso apropiado de éstos".

De todas maneras, el crítico punto de vista de Testa sobre el al generalista (o médico de familia, o médico de cabecera) forma parte de lo que él mismo ha definido "como ideología sanitaria" que, para el caso, ve su función de gatekeeper

sólo como un obstáculo para el consumo en salud y no como una ventajosa posibilidad de zanjar la asimetría de la información acerca de las alternativas de abordaje de los problemas de salud de quien consulta.

“En un sistema como el nuestro --dice Rubinstein-- donde predomina la autorreferencia de los pacientes al especialista, el beneficio del médico de familia como primer contacto puede no ser intuitivamente obvio.” Por ello, la formación y el entrenamiento adecuado de los profesionales deben acompañarse --enfatisa-- de un “cambio de la cultura médica de la sociedad.” Este cambio incluye la transformación de las instituciones académicas pero también de los agentes de un sistema que, como todos, procura su perpetuación y desconoce la entropía que lo desorganiza.

A la racionalidad en el uso de los recursos --comenzando por el sencillo hecho de que la consulta del especialista es más cara y suele generar más gastos que la del clínico por el sesgo propio de la práctica de aquéllos--, se agrega un hecho de gran importancia en el terreno de las estrategias de Atención Primaria de la Salud: “el ‘conocimiento acumulado’ del paciente y su familia a través del seguimiento personal es uno de los tesoros invaluable de la práctica del médico de familia, que hacen que este se encuentre en una posición ventajosa para lograr mayor efectividad (mejor y mayor prevención, detección y manejo de problemas y mayor eficiencia y mayor eficiencia (uso de menor cantidad de recursos para alcanzar los mismos objetivos)” (200x, Rubinstein).

III-LA PERMANENCIA EN EL TIEMPO-DESCRIPCIÓN DEL PLAN MÉDICOS DE CABECERA

Marco normativo

El decreto de creación del Plan Médicos de Cabecera, 456/96.

La descentralización

El decreto 456/96 de creación del PMC a partir del 2 de enero de 1997, comienza con una fuerte afirmación de carácter general: “dispónese la desconcentración de la atención dentro del área Programática de cada Establecimiento Asistencial”. Es en el marco de esa desconcentración que se inscribirá la nueva modalidad de atención caracterizada, entre otras cosas, por el novedoso hecho de que “las prestaciones previstas en el artículo precedente podrán efectuarse en Consultorios Médicos de carácter privado que cuenten con la habilitación pertinente.”

En efecto, desde el comienzo y hasta el presente, los profesionales del PMC atienden en sus propios consultorios --que “deberán contemplar la cobertura geográfica de las distintas áreas que integran al área Programática correspondiente”-- y reciben por ello una asignación monetaria extra para el mantenimiento de los mismos. La práctica en ese espacio privado, sin embargo, está sujeta a algunas regulaciones tales como los registros exigidos: planilla diaria de pacientes atendidos, Historia Clínica --de acuerdo con las normas de confección y guarda de la jurisdicción--, ficha de derivación para interconsultas al hospital de referencia.

Los profesionales.

Establece la norma, como único criterio de elegibilidad para que un profesional pueda incorporarse como prestador del Plan, que éste pertenezca a la carrera de Profesionales de la Salud (Ordenanza 41.555, B.M. 17.920) y que esté dispuesto a efectuar “como actividad complementaria”, tareas de asistencia a pacientes derivados por el Hospital, en el área Programática del mismo.

La entonces Secretaría de Salud se reservó la selección de los profesionales a propuesta de la Dirección del Hospital avalada por el Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA) y la fijación de las prestaciones brindadas. Éstos se obligaban a atender 16 horas semanales, en “la banda horaria que se le autorice” y que sea “aprobada por la Dirección del Hospital con Intervención previa de la Secretaría de Salud”. “Las modificaciones de horarios o de lugar de atención --dice el decreto-- deberán ser comunicadas con no menos de diez (10) días hábiles de antelación, a la Jefatura del área Programática, y deberá ser aprobada

expresamente por la Dirección del Hospital con intervención de la Secretaría de Salud debiendo respetarse en todos los casos la ubicación que dispone el Art. 3º. En todos los casos el profesional deberá acreditar que ha comunicado fehacientemente el traslado a los pacientes”.

El 30 de diciembre de 1998, por decreto 3266, se estableció la “ampliación de la desconcentración de la atención en consultorio a la especialidad de tocoginecología” y facultó a las entonces Secretaría de Salud y de Hacienda y Finanzas “para extender, mediante resolución conjunta, la desconcentración de la atención en consultorios a otras especialidades y de generar otros servicios para la atención de la salud de los beneficiarios del Plan”.

Luego de la primera tanda de incorporaciones, y casi dos años después de la puesta en marcha del Plan, se definió un perfil para los médicos de cabecera y para los coordinadores, según disposición N° 114 de 1999, de la Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño. En esa norma se definía como misión de los profesionales la de “brindar una atención médica personalizada (...) con un manejo adecuado de la interacción médico-paciente-familia-contexto, en el marco de la atención primaria de salud; prevenir, diagnosticar y tratar con idoneidad y bajo los principios de la Ética Médica los problemas de salud de la población a su cargo; coordinar las acciones de salud que se realizan sobre los pacientes a su cargo; mantener un contacto fluido con el Coordinador Médico y con el Jefe de Área Programática, de manera de no perder de vista su integración al sistema de salud”.

La definición del perfil avanzaba también sobre la responsabilidad de los médicos de cabecera en asegurar la accesibilidad y la continuidad de la atención de los pacientes “sin discriminar y respetando las normas de gratuidad garantizadas por el Plan”. En ese sentido se enfatizaba que debían: asignar los turnos con “la mayor celeridad posible (lapso no mayor de una semana), previendo consultas de una duración no inferior a veinte minutos”; atender las urgencias en horario de consultorio; agilizar las derivaciones necesarias a través de los coordinadores médicos, cumplimentando para todas ellas los formularios de referencia y contra referencia.

En cuanto a las competencias requeridas para cubrir el puesto, en todos los casos se pedía experiencia en Atención Primaria de la Salud y conocimientos de epidemiología, farmacología clínica y medicina basada en la evidencia. Se esperaba además, que los profesionales tuvieran “manejo de información” que les permitiera detectar problemas prevalentes y factores de riesgo a partir de las consultas realizadas por los pacientes; “habilidad para construir programas que aborden problemas detectados”, en conjunto con otros actores del sistema; “manejo adecuado de la relación médico - paciente - familia” con estilo participativo; conocimiento de “técnicas adecuadas para realizar educación para la salud”; “capacidad para interactuar con los pacientes y con los especialistas para garantizar una comprensión del paciente y un uso apropiado de los servicios en caso de derivación”; y “manejo básico de equipamiento informático”.

En 1999, apareció la figura de los Odontólogos de Cabecera. Éstos pertenecen a la Red Odontológica --dependiente de la Dirección de Programas Especiales-- que también fue creada entonces. Se procuró su articulación con el PMC a fin de que atendieran en su consultorio particular a los beneficiarios del Plan que le fueran derivados desde el Hospital Base. De todos modos, es preciso aclarar que su dependencia orgánica se mantuvo diferenciada de la de los otros profesionales desde el origen y hasta el momento.

En 2001 se decidió alentar la conformación de pequeños equipos de profesionales médicos, constituidos por dos especialistas en medicina familiar o general, uno en pediatría y otro en tocoginecología para funcionar en los llamados desde entonces Centros Médicos Barriales. Se estipuló que éstos debían contar “como mínimo con dos consultorios totalmente equipados para las especialidades solicitadas, una sala de espera y un ambiente adecuado para la incorporación y trabajo de un/a enfermero/a”. Se requería, asimismo, que tuviera personal administrativo para la recepción y turnos telefónicos.

Tal como al inicio del Plan, quienes se presentaran para la selección debían estar incorporados a la Carrera de Profesionales de la Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, es decir que no se contemplaba la selección de profesionales por fuera del sistema. Como requisito para acceder a dicha selección, el equipo

debía presentar un proyecto de trabajo para disminuir la mortalidad infantil en la población asignada.

Se preveía, además que la entonces Secretaría de Salud afectaría al programa de Centros Médicos Barriales un trabajador social cuya función sería la de garantizar la accesibilidad a la población objeto y la realización del enlace con los servicios sociales zonales a fin de resolver los problemas de documentación y registro de domicilio que pudieran resultar restrictivos para el ingreso de algunos sectores de esta población.

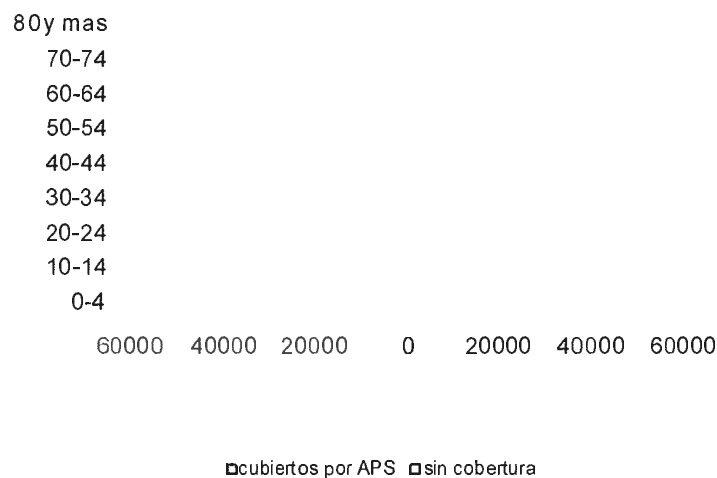
La población objeto.

En cuanto a la población objeto del Plan, el decreto establece que serán beneficiarios del sistema “los habitantes de la Ciudad con domicilio real en la misma que no cuenten con cobertura de salud de ninguna índole” y “los habitantes de la Ciudad que teniendo cobertura a través de Obra Social y/o Mutual y/o Prepaga, dichas instituciones tengan Convenio con la Secretaría de Salud. La solicitud de incorporación como usuario tomaba la forma de “una manifestación de cobertura”, con validez de un año a partir de su aceptación y con la posibilidad de ser renovada. La norma comprometía a la Secretaría de Salud a reglamentar en un plazo de treinta días las modalidades de incorporación al sistema, renovación y exclusión de usuarios, como así también a dictar el encuadre operativo y de control de las prestaciones.

Beneficiarios

Tal como quedó dicho, la población objeto del Plan Médicos de Cabecera es la población sin otra cobertura en salud más que aquella brindada por el sistema público. De acuerdo con los datos oficiales del último censo (2001, INDEC), a comienzos de la década actual había 726.739 personas en tales condiciones en la Ciudad de Buenos Aires. En tanto, de acuerdo con la información proporcionada por la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud en la página

web del Gobierno de la Ciudad (2006, Dirección Estadísticas para la Salud) al cierre del 2005, el PMC contaba con un total de 294.236 inscriptos.



Población de la Ciudad sin cobertura y población registrada en APS
Fuente: Dirección Estadísticas para la Salud- Ministerio de Salud GCBA

Para los aspectos cuantitativos de la descripción del PMC, se tomará como referencia el año 2005, ya que se dispone de información oficial publicada y dado que la estructura general del mismo se mantiene hasta el presente en lo que concierne a su menú prestacional, articulación con otros programas de la jurisdicción y con el Plan Remediar, dependiente del nivel nacional.

**Comparación entre la Población registrada en el PMC y
Población registrada en CESAC
2005**

***Fuente: Elaboración propia con base en datos de la
Dirección Estadísticas para la Salud- Ministerio de Salud GCBA***

La superposición de las pirámides de la población del PMC con la que concurre a los CESAC, permite observar una diferencia a favor de estos últimos en la demanda de población materno infantil y, en contraposición, un mayor número de hombres y adultos mayores en general en el PMC, según hábitos de consumo diferenciales probablemente ligados a las preferencias de consumo de género en el consumo de actos médicos y al perfil socioeconómico de la población que accede a los centros de salud, generalmente grupos de pobreza estructural, que sólo demandan atención cuando se encuentran impedidos de trabajar y cuya expectativa de vida es menor, tal como lo consigna un documento de discusión producido por la Dirección General Adjunta de APS (DGAAPS, 2007).

Según los datos del GCBA, (2006, Dirección Estadísticas para la Salud), la población beneficiaria del PMC se distribuía según el siguiente detalle:

Población registrada en PMC

Area Programática	Nº	%
Álvarez	24999	8,4
Argerich	25158	8,5
Durand	25344	8,6
Fernández	16626	5,6
Penna	24904	8,4
Piñero	34561	11,7
Pirovano	26051	8,9
Ramos Mejía	34680	12,5
Santojanni	29415	10,0
Tornú	13010	4,4
Vélez Sarsfield	22864	7,7
Zubizarreta	11344	3,5
Rivadavia	5280	1,8
Total	294236	100

Fuente: Dirección Estadísticas para la Salud- Ministerio de Salud GCBA

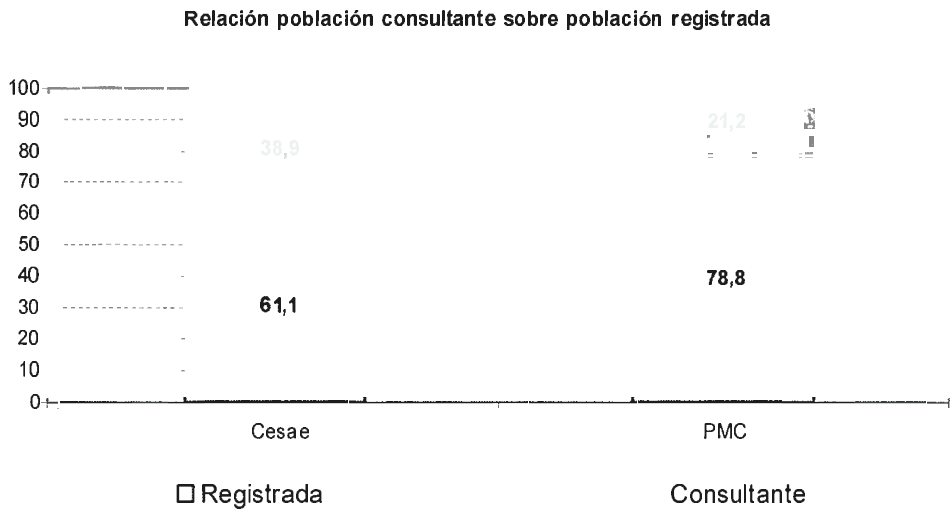
Siempre de acuerdo con la misma fuente, la relación entre la población beneficiaria registrada, la población activa y la pasiva para el PMC y los centros de salud era la siguiente:

Estado	CESAC	PMC
Activo	74.7	38.0
Pasivo	25.3	62.0
Total	100.0	100.0

Fuente: Dirección Estadísticas para la Salud- Ministerio de Salud GCBA

En relación con la población consultante, correspondería consignar que no hay un mecanismo para capturar información de bajas vegetativas y que parte de la población que originalmente ingresó al PMC podría haber cambiado su situación de empleo y contar en la actualidad con cobertura de obra social. Por tal motivo, la DGAAPS decidió dividir el padrón en “activo” y “pasivo”, tomando como corte los

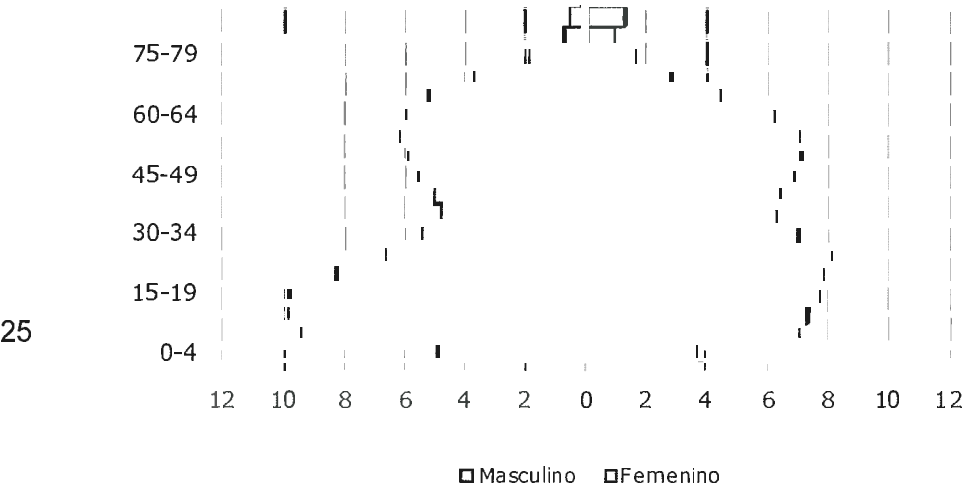
beneficiarios que habían realizado alguna consulta en los últimos 18 meses y definir la población “consultante” como la que realizó una consulta en el último año calendario. En el siguiente cuadro, se incluye dentro de la población activa a las personas que han recibido algún tipo de prestación en los 18 meses anteriores al 31 de diciembre de 2005.



Población consultante/registrada
Fuente: Dirección Estadísticas para la Salud- Ministerio de Salud GCBA

En cuanto a la composición de la población inscripta en el Plan, es destacable que el grupo sobre el que menor captación se ha logrado es el de los adultos entre 20 y 49 años, especialmente del sexo masculino. Pero también es llamativa la poca cobertura de la población menor de 15 años, nuevamente en contraposición con lo que sucede en los CESAC.

Composición por edad y sexo de la población afiliada al PMC
Fuente: Dirección Estadísticas para la Salud- Ministerio de Salud GCBA



Menú prestacional

- Consultas de clínica médica, consultas tocoginecológicas y pediátricas
- Secreening de estudiantes secundarios bajo el Programa de Salud Escolar
- Seguimiento y provisión de medicamentos (Cf. V- PROBLEMAS DE GESTIÓN) a pacientes bajo los programas de Diabetes; de Epilepsia, de Salud Sexual y Procreación Responsable y Materno Infantil.
- Prácticas de enfermería en Centros Médicos Barriales (ver)
- Intervenciones de asistentes sociales (ver),
- Prestaciones odontológicas: prácticas de educación para la salud; promoción- protección específica; operatoria dental; diagnóstico precoz; tratamiento de re mineralización; endodoncia unirradicular; periodoncia; prevención primaria; cirugía menor; limitación del daño.

Profesionales

De acuerdo con la información proporcionada por la Coordinación del PMC, la cartilla 2005 del Plan contaba con un total de 318 profesionales, incluyendo a los 13 coordinadores por Área Programática. De ellos, 131 eran clínicos de adultos; 106, pediatras y 68, tocoginecólogos, distribuidos según el siguiente detalle:

**Composición de la cartilla 2005
por Área Programática y por especialidad**
Fuente: Coordinación del PMC

**Área
programática**

	Clínicos de adultos	Pediatras	Tocoginecólogos
Alvarez	10	9	4
Argerich	9	7	7
Durand	15	12	6
Fernández	8	6	2
Penna	14	8	6

Piñero	15	15	10
Pirovano	13	10	5
Ramos Mejía	8	9	9
Santojanni	9	9	6
Tornú	7	5	4
Vélez Sarsfield	13	11	6
Zubizarreta	7	5	3
Rivadavia	3		
Total	131	106	68

Los datos disponibles a la fecha sobre la cartilla de prestadores, la nómina del personal de apoyo, el gasto de dispensación en medicamentos y la cantidad de consultas permiten calcular la productividad y el costo promedio de funcionamiento. En octubre de 2005, el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires produjo un cambio en su escalafón. Esta modificación introdujo algunas diferencias en el cálculo de las remuneraciones de los profesionales, que hasta ese entonces eran homogéneas.

IV- LA PRODUCTIVIDAD

De acuerdo con el Anuario Estadístico 2005, el 90.3% de las consultas en el sector público se concentró en los consultorios externos de los hospitales del Gobierno de la Ciudad. El 6,6% fue absorbido por los Centros de Salud en tanto que un 3% de fueron canalizadas a través del Plan Médicos de Cabecera. No puede dejar de señalarse que estos datos no discriminan el sesgo introducido en la demanda por los habitantes del conurbano que se atienden en la Ciudad de Buenos Aires (casi el 40% de las consultas) y que lo hacen preferentemente en los Cesac y los Hospitales.

Siempre según la misma fuente, la atención médica desarrollada a través del Plan registró un significativo aumento de la cantidad de consultas que pasaron de ser

111.589 en el año 2000, a 259.203 en 2005. "Las proporciones en cuanto a las especialidades --agrega-- se mantuvieron en los años de comienzo y fin de dicho período, con un progresivo incremento en la atención tocoginecológica (10,9% a 19,2%), una tendencia estable en la pediátrica (29,2%/28,6%) y en la de clínica médica (52,2% en ambos años).⁹

El siguiente cuadro muestra el total de consultas dentro del Plan Médicos de Cabecera registradas por cada Área Programática, según los datos producidos por la Dirección de Estadísticas para la Salud del Ministerio de Salud del GCBA:

PRESTACIONES MÉDICAS 2005

AREA	CONSULTAS
ALVAREZ	24983
ARGERICH	15368
DURAND	24775
FERNANDEZ	15422
PENNA	31926
PIÑERO	24105
PIROVANO	24441
RAMOS MEJIA	28843
SANTOJANNI	27016
TORNU	14822
VELEZ SANSFIELD	24477
ZUBIZARRETA	11125
RIVADAVIA	2738
TOTAL	270041

Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud del Ministerio de Salud del GCBA

De manera desagregada, y de acuerdo con la misma fuente, se presentan las prestaciones odontológicas para 2005, desglosadas también por Área Programática:

⁹ El Tomo 1 del Anuario Estadístico 2005 de la Ciudad de Buenos Aires consigna en la misma página 80 dos cifras distintas para el total de consultas de ese año en el PMC. En el párrafo anterior al citado en el texto, se afirma que "a través del Plan se atendió en 2005 un total de 268.207 consultas, de las cuales 175.144 fueron realizadas en los Centros Médicos Barriales". En ambos casos, quedan excluidas las prestaciones odontológicas.

Prestaciones de Odontología por Área Programática.

Área programática	Prestaciones
Alvarez	4658
Argerich	3370
Durand	5708
Fernández	4068
Penna	4607
Piñero	3866
Pirovano	4798
Ramos Mejía	5830
Santojanni	7654
Tornú	2634
Vélez Sarsfield	3944
Zubizarreta	3119
Rivadavia	688
Total	54944

Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud del Ministerio de Salud del GCBA

Tal como quedó dicho, según la cartilla de prestadores de 2005, se desempeñaban entonces en el Plan un total de 315 profesionales distribuidos de la siguiente manera: 141 médicos clínicos, 107 pediatras, 67 toco ginecólogos Si se tiene en cuenta esos datos y se toma como base la cifra de 259.203 consultas para ese año (Anuario Estadístico), puede calcularse que los médicos del Plan atendieron, en promedio, 822 consultas en los 12 meses a razón de 69 por mes. Ello equivale a 1 prestación por hora/hombre dedicado a la asistencia directa, esto es, sin contar las 9984 horas de coordinación.

Las consultas promedio atendidas por cada profesional por Área Programática oscila entre 685 para el Hospital Rivadavia y 1136 para el Hospital Álvarez aunque, desde el punto de vista de los beneficiarios, el número promedio de consultas varió entre 1.9 en el extremo inferior (Hospital Argerich) y 3 en el extremo superior (Hospital Tornú), tal como puede notarse en el cuadro siguiente:

Datos e indicadores básicos del Plan Médicos de Cabecera agrupados por Área Programática

Fuente: Dirección de Estadísticas para la Salud del Ministerio de Salud del GCBA.

Área Programática	Afiliados Totales	Afiliados Activos	% de activos (B/A)*100	Número de médicos	Afiliados totales por médico	Consultantes	% Consultantes/Afiliados totales (E/A)*100	Consultas	Consultas/Afiliados Activos (D/B)
	(A)	(B)	(B/A)*100	(C)	(A/C)	(E)	(E/A)*100	(D)	(D/B)
Alvarez	24999	11173	45	22	1136	7290	29	24983	2,2
Argerich	25158	7946	32	18	1398	3952	16	15368	1,9
Durand	25344	9242	36	33	768	6228	25	24775	2,7
Fernandez	16626	6127	37	15	1108	3705	22	15422	2,5
Penna	24904	12259	49	30	830	7721	31	31926	2,6
Piñero	34561	12542	36	32	1080	7045	20	24105	1,9
Pirovano	26051	9004	35	28	930	5863	23	24441	2,7
Ramos Mejía	34680	13556	39	28	1239	8347	24	28843	2,1
Santojanni	29415	11265	38	27	1089	6944	24	27016	2,4
Tornú	13010	5007	38	17	765	3631	28	14822	3,0
Velez									
Sarsfield	22864	8446	37	29	788	6509	28	24477	2,9
Zubizarreta	11344	4016	35	13	873	2931	26	11125	2,8
Rivadavia	5280	1163	22	4	1320	745	14	2738	2,4
Total	294236	111746	38	296	994	70911	24	270041	2,4

Datos e indicadores básicos del Plan Médicos de Cabecera agrupados por Área Programática. (Continuación)

Área Programática	Promedio de consultas por médico			
Alvarez	1136	2,0	3,2	72
Argerich	854	1,9	3,9	69
Durand	751	2,5	4,2	74
Fernandez	1028	2,2	4,0	65
Penna	1064	2,5	4,3	77
Piñero	753	2,0	3,2	69
Pirovano	873	2,4	4,4	73
Ramos Mejía	1030	2,2	3,1	79
Santojanni	1001	2,0	3,6	67
Tornú	872	2,7	4,7	64
Velez Sarsfield	844	2,9	3,7	67
Zubizarreta	856	2,5	4,9	56
Rivadavia				
Total				72

El financiamiento y el cálculo del valor de la consulta

El Plan Médicos de Cabecera no dispuso ni dispone de una partida presupuestaria propia y desglosada. La carga de las remuneraciones de los profesionales (tanto los que ejercen funciones asistenciales como de coordinación o gestión) así como el personal administrativo, se previona con la del resto de los recursos humanos del sistema.

Al comienzo de la implementación del Plan, las remuneraciones de los profesionales consistían en un canon que los obligaba a asumir la responsabilidad propia, por el desarrollo de su actividad. El artículo 13 del decreto de creación establece que “el canon que percibirá el “Médico de Cabecera” con dieciséis (16) horas semanales de atención efectiva prestados será el equivalente al valor de cuatro (4) suplencias de guardia de veinticuatro (24) horas semanales. Dicho canon --agrega-- podrá ser ajustado en relación a las horas de atención, manteniéndose la proporcionalidad descripta en el presente”.

Hay que destacar que el decreto no brindaba una definición de la relación contractual del profesional que se desempeñaría como médico de cabecera. Enunciaba que se trataba de una “actividad complementaria” por la que los profesionales percibirían un canon fijo equivalente a una suplencia de guardia, “debiendo asumir responsabilidad propia por el desarrollo de su actividad”. La ambigüedad en la formulación, concebida para no generar compromisos de la Administración, generó interpretaciones dispares e irregularidades.

Por ello, el 30 de diciembre de 1998, se emitió una nueva norma – decreto 3266 de ese año,-- a partir de la cual se establece que la “actividad complementaria a que hace referencia el artículo 3° del Decreto N° 456-GCBA-96 (B.O. N° 90), será entendida como una prolongación horaria bajo el régimen de módulos remunerados, con un tope mensual de cuatro módulos”. Para el cálculo de esos módulos, y en reemplazo del sistema de remuneraciones según el sistema de suplencias de guardia, se tomó el valor de cuatro suplencias de guardia de veinticuatro horas semanales, con base a dieciséis horas semanales. En aquel momento, los montos detallados, aplicables a las remuneraciones de los Médicos de Cabecera (en todas las especialidades) y Coordinadores Médicos, fueron los

siguientes: Asignación por Módulos \$ 193,50; Compensación de Gastos \$ 57,00. Se establecía, además, que en todos los casos, dicha asignación estaría sujeta a los aportes y contribuciones previsionales y sociales correspondientes en tanto que la compensación de gastos tendrá carácter no remunerativo. Posteriormente, la compensación de gastos para los tocoginecólogos se ajustó en \$87.

En 2003, “ante la diversidad de días que se asignan a los profesionales para el desarrollo de su actividad, difiriendo en algunos casos mensualmente”, la resolución 161 de ese año de las entonces secretarías de Salud y de Hacienda y Finanzas dispone una nueva modalidad de liquidación de haberes que intenta “agilizar” el cálculo remunerativo, Para ello “considera procedente ampliar el régimen modular incrementando en un módulo el canon a percibir en los meses de enero, mayo, agosto y noviembre.”

Para el cálculo del valor de la consulta se toma aquí un estimativo de las erogaciones por la asignación promedio de cada profesional, equivalente a cuatro módulos de \$263 mensuales y 3 módulos extras anuales, con el agregado de sueldo anual complementario. Dichas cifras se toman de manera constante para los 10 primeros meses del año, en tanto que se incrementa un 20% para noviembre y diciembre, porcentaje estimado como aumento producido por el reescalafonamiento de los médicos.¹⁰ Se divide el monto total por el número de consultas para obtener el costo unitario de las mismas, que resulta ser de \$18.56.

Cuadro del costo unitario de las consultas- Año 2005

Gasto mensual para clínicos y pediatras	Gasto no remunerativo para clínicos y pediatras	Gasto remunerativo para tocoginecólogos	Gasto no remunerativo para tocoginecólogos	Costo total delas consultas anuales	Costo unitario delas consultas
3530776	678699	731707	69948	5011130	18,56

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Dirección Estadísticas para la Salud- Ministerio de Salud GCBA y de la base de datos de Recursos Humanos de la DGAAPS

¹⁰ No se considera el gasto en odontología.

En esta cifra no se incluyen otros gastos de la gestión del Plan tales como el salario de los empleados administrativos de los stands y, por supuesto, los derivados de la gestión en el nivel central, como así tampoco la logística, medicamentos prácticas ni estudios complementarios.

V-LA IMPRONTA DE LA TECNOLOGÍA DE GESTIÓN

La institucionalización del PMC

En 1997 el Plan Médicos de Cabecera se convirtió en efector de algunas de las prestaciones convenidas por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y el Programa Federal de Salud del Ministerio de Salud de la Nación, que da cobertura a los poseedores de pensiones no contributivas. Por acuerdo con la entonces Secretaría de Desarrollo Social, el PMC comenzó a recibir las consultas de primer nivel y estableció una operatoria unificada para las derivaciones a otros niveles, traslados y prescripción de prácticas complementarias. La normativa de uso interno para la asistencia de los pacientes del PROFE fue una de las primeras que se utilizó en el Plan y prefiguró un estilo formalizado de gestión de usuarios que intentó ponerse en práctica en la interfaz con otros efectores del sistema y de fuera de él.

El proceso de normatización se orientó a conseguir la institucionalización e integración del Plan al sistema de salud apuntando a darle visibilidad y a ordenar tanto el funcionamiento interno como hacerlo accesible a los usuarios. Por un lado se apuntó, entonces, a elaborar normas claras que definieran los diferentes niveles de responsabilidad a nivel hospitalario y facilitaran la operatoria a los efectores directos. Por otro lado se trató de que la regulación del ingreso de los beneficiarios no implicara la implementación de requisitos restrictivos.

Una primera etapa concluyó en sus aspectos formales con la Resolución SS N° 80/98, en la que se define no sólo la dependencia orgánica del Plan sino también las responsabilidades hacia el mismo de los directores de Hospitales, de los jefes

de las Áreas Programáticas, de los coordinadores del Plan, del personal administrativo y de los profesionales en general. La norma incluye un anexo con la descripción pormenorizada de dichas responsabilidades, fundamentadas en que el PMC “involucra en su funcionamiento a toda la red hospitalaria, que es quien brinda el segundo y tercer nivel de atención, garantizando la integralidad del sistema”.

Esta aclaración, que podría parecer meramente declamatoria, apunta a cuestiones que aún siguen siendo de difícil manejo: lograr el reconocimiento de los profesionales del Plan como pertenecientes de pleno derecho al sistema y dejar de ver al paciente como propiedad de tal o cual efector para concebirlo como usuario de una red de la cual el Hospital es sólo una parte. Así, por ejemplo, a quienes eran derivados desde los consultorios de los profesionales del PMC a los especialistas de los hospitales, a la farmacia para la provisión de medicamentos o a los servicios de exámenes complementarios, se les exigía –y aún es ocasionalmente así– apertura de historia clínica en la institución con nueva consulta a un médico de base.

Desde el punto de vista de su dependencia orgánica, la administración del Plan Médicos de Cabecera a partir de 1998 fue responsabilidad de la Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño de la ex Secretaría de Salud. En 2000, visto que “el desarrollo alcanzado por el Plan Médicos de Cabecera, tanto por crecimiento en el número de beneficiarios como por la ampliación en la oferta de especialidades de atención y servicios brindados, aumenta el grado de complejidad en materia de administración” y dado que su gestión “involucra la coordinación de acciones por parte de las diferentes áreas”, se decidió que pasara a depender de la Subsecretaría de Servicios de Salud.

Desde el inicio, el Plan estuvo a cargo en la práctica de una Coordinación Operativa, desempeñada hasta 2001 por una Administradora Gubernamental (egresada de la carrera ad hoc de Instituto Nacional de la Administración Pública) quien se hizo cargo de la orientación y la puesta en marcha del Plan.

Tal como queda enunciado en un informe de evaluación interna, “las acciones iniciales que se llevaron a cabo (por la Coordinación) tuvieron por objetivo: 1-

Formar una equipo de trabajo que pudiera responder a las necesidades del Plan con dinámica propia; 2- Afianzar la figura y el rol del Coordinador Médico como referente descentralizado del programa e integrante de una red”.

Se conformó, al comienzo, un equipo de trabajo, integrado por el Grupo de Auditoría y Control de Gestión (cinco profesionales), un profesional en Sistemas y una profesional encargada del área de Capacitación. Las responsabilidades determinadas para cada uno fueron:

Grupo de Auditoría y Control de Gestión: control de los médicos de cabecera; enlace con los stands de los trece hospitales generales; preparación de un catálogo de prestaciones que brinda el sistema hospitalario; auditorías de estructura de los consultorios previa a las altas de profesionales.

Equipo de Sistemas: Supervisión de la operatoria del sistema de información y proyecto de ampliación del mismo; capacitación informática del personal administrativo; cruce con el padrón de beneficiarios de obras sociales y emisión de credenciales de los beneficiarios (a partir de noviembre de 1999 la verificación de la cobertura se realiza en cada stand)

Coordinadora de Capacitación: Coordinación del diseño y gestión del Programa de Capacitación.

Con posterioridad, entre 1999 y 2001, se incorporó un *Coordinador de Farmacología Clínica*, responsable de elaboración del vademécum --tal como se verá luego-- y la gestión de provisión de medicamentos.

Apoyo administrativo: soporte para la Coordinación.

Cabe mencionar que, a partir de la articulación del PMC y los Centros de Salud y Acción Comunitaria bajo la dependencia única de la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud, la coordinación de las acciones de Capacitación y de las tareas de gestión farmacológica también se unificaron bajo esa dependencia.

El Vademécum y la provisión de medicamentos

En 2000, por resolución 893 de ese año, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires resolvió que los hospitales generales dependientes de la entonces Secretaría de Salud entregarían “medicamentos en forma gratuita a los beneficiarios directos del Plan Médicos de Cabecera menores de 15 años y a los de 65 y más años, bajo prescripción de los profesionales integrantes del Plan” según el vademécum aprobado por Disposición DGPYED N° 183/99 (Boletín Oficial N° 815) y sus modificatorias.

En los considerandos de la medida se puntualizaba que el PMC contaba con un vademécum “elaborado para la atención ambulatoria de sus beneficiarios, realizado mediante la participación de los profesionales de salud involucrados en dicho proceso de atención” y se afirmaba que se apuntaba a “reglamentar los procedimientos para la prescripción y dispensación de los medicamentos en forma ambulatoria, previendo circuitos ágiles que posibiliten al mismo tiempo el control del sistema.

Tal como quedó dicho, los profesionales del Plan --por acuerdo realizado entre las ex Secretarías de Salud y de Desarrollo Social del GCBA-- brindaban atención a los beneficiarios del PROFE y, en ese marco, debían realizar sus prescripciones dentro del Vademécum autorizado por la jurisdicción nacional. La dispensación se realizaba en las farmacias de los hospitales generales de agudos. Fue este mecanismo puesto en marcha tempranamente el que permitió, luego, la gestión de medicamentos para los beneficiarios directos del Plan y para la articulación posterior del mismo con las redes de Diabetes (resolución 1168 de 2000), Epilepsia (resolución 572 de 2004) y el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y Programa materno Infantil (resolución 3204 de 2000)

En una primera etapa, la provisión de medicamentos a los usuarios del Plan mayores de 65 años se realizó utilizando el mismo vademécum que para los beneficiarios del PROFE mientras se comenzaba a trabajar, simultáneamente, en la elaboración de un vademécum propio para el Plan y en la normatización de circuitos de farmacia.

El Vademécum autorizado por el PROFE fue analizado por los profesionales del Plan en el curso de un módulo de capacitación centrado en problemas de

farmacoeconomía y uso racional de medicamentos, realizado como actividad conveniada con la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (ver Anexo I)

Este ejercicio académico realizado por los profesionales concurrentes al Programa de Capacitación se tomó como punto de partida para el proceso de revisión y puesta a punto de un listado propio de medicamentos, que continuó con la realización de talleres en todos los hospitales generales, adoptándose una metodología participativa. Se convocó para ello a los médicos de cabecera, Coordinadores Médicos del Plan, Jefes de Farmacia y Subdirectores interesados, quienes actuaron bajo la coordinación de un especialista en Farmacología Clínica incorporado al equipo de gestión del PMC para esta tarea. A partir del análisis crítico del Vademécum del PROFE y de la modalidad prescriptiva de los médicos así como del relevamiento de las necesidades de la población asistida, se elaboró un nuevo listado que fue la base para el finalmente aprobado. El mismo, “con características de atención primaria ampliado a Clínica”, fue pensado “como un instrumento de tipo dinámico que debe ser sometido a revisión y actualización periódica”, tal como lo expresa la resolución 1231 de 2000 que dispuso la primera modificación efectuada para facilitar la cobertura de medicamentos a los menores de 15 años y a los beneficiarios del Programa de Prevención y Asistencia a la Diabetes (ley 337).

A partir de 2003, los médicos del PMC utilizan el Vademécum propio y el del Programa Remediar, que reconoció como efectores en APS a estos profesionales y los integró a su red. La dispensación de medicamentos de ambos listados se realiza a través de las farmacias de los hospitales generales de agudos.

En el siguiente cuadro se consigna la cantidad de tratamientos dispensados en 2005 por el Plan Médicos de Cabecera, sin discriminación por el origen del financiamiento.

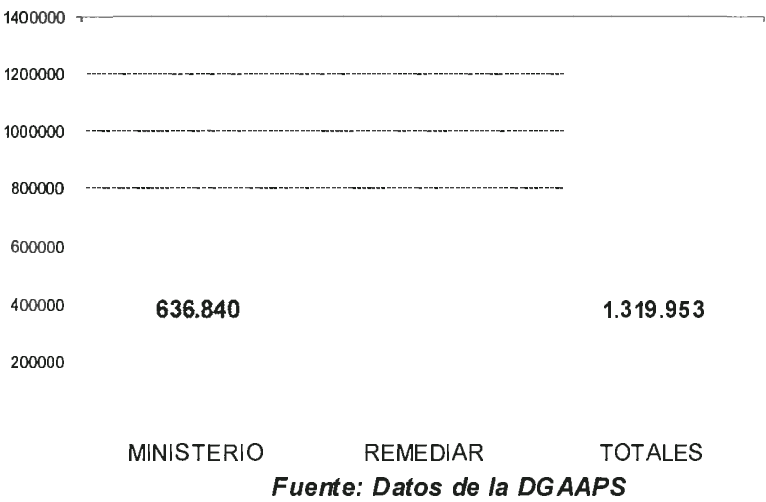
Tratamientos dispensados en 2005

	Total	Porcentaje
Diabetes	114145	22,33%
Enf. del aparato cardiocirculatorio /cardiovascular	114124	22,32%
Analgésicos-AINES	90687	17,74%
Hipolipemiantes	25029	4,90%
Vías digestivas	25185	4,93%
Psicofármacos	23418	4,58%
Respiratorias	23499	4,60%
Antibióticos adultos	17235	3,37%
Hierro y vitaminas	18919	3,70%
Antialérgicos/corticoides	15282	2,99%
Antiparasitarios	10662	2,09%
Antibióticos pediátricos	7464	1,46%
Varios patologías agudas	14184	2,77%
Antiepilépticos /anticonvulsivantes	5435	1,06%
Antigotosos /antiúricos	2360	0,46%
Ovulos	2161	0,42%
Antiparquinsonianos	1491	0,29%
TOTAL	511280	100,00%

Fuente: Datos de la DGAAPS.

En el mismo año, el Plan Remediar y el financiamiento propio del Ministerio de Salud del GCBA se distribuían de manera pareja la provisión de medicamentos para los efectores dependientes de la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud, correspondiendo el 60% de la dispensación a los Centros de Salud y Atención Comunitaria (CESAC) y el 40% al Plan Médicos de Cabecera.

Distribución de tratamientos según fuente de financiamiento



Las partidas 18.17.2.5.2 y 18.18.2.5.2 contemplan las previsiones presupuestarias del GCBA para la provisión de medicamentos en APS, sin discriminar los montos adjudicados para financiar medicamentos para los beneficiarios del PMC y para los usuarios de los centros de salud. En 2005, dicha cifra total fue de 7.398.439 pesos incluyendo los recursos destinados a la atención de pacientes crónicos (DBT, Epilepsia) cuya medicación también es dispensada por ambos efectores. De manera separada, por partida 18.19.2.5.2 se previó para ese año un gasto de 3.343.802 pesos en Inmunizaciones y por partida 18.21.2.5.2 destinaron 547.610 pesos al Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Si se respetara la mencionada distribución porcentual del 40% de tratamientos dispensados por el Plan y del 60% dispensados por los CESAC, se obtendría una cifra aproximada de 2.959.375 pesos utilizados para la dispensación de medicamentos por los profesionales del Plan.

La capacitación como estrategia para la institucionalización del Plan

Tal como se mencionó, las designaciones de los profesionales del Plan, tanto antes como después de las definiciones de los perfiles, se realizó sobre los médicos que ya pertenecían a la carrera hospitalaria. Dejando de lado a los

pediatras y tocoginecólogos, casi ninguno de quienes atendían a la población adulta general tenía formación como médico de familia ni como generalista. La mayor parte habían completado la residencia en clínica médica o medicina interna y su práctica asistencial no estaba ligada a la Atención Primaria de la Salud sino a la atención hospitalaria y habían aceptado la nueva tarea motivados casi exclusivamente por la posibilidad de lograr un ingreso extra.

Se interpretó, entonces, que era necesario adecuar su perfil prestacional y prepararlos para la compleja situación de atender como efectores del sector público en sus consultorios privados. Las autoridades del Plan lanzaron una capacitación ad hoc que fue acordada con la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires aprovechando la existencia de un convenio marco entre esa institución académica y el Gobierno de la Ciudad, suscripto el 11 de marzo de 1997 para “establecer una relación de cooperación técnica, académica, científica y cultural”.

En 1998 se hizo una primera experiencia en la cual los títulos de los cursos del primer ciclo fueron los siguientes: 1) “Sistemas y Servicios de Salud: una visión actual”, docente a cargo Dr. Mario Rovere; 2) “El Médico de Familia. Abordaje y resolución de problemas prevalentes”, docente a cargo Dr. Jorge Galperín; 3) “Gestión en Recursos Hospitalarios con énfasis en la Farmacoeconomía”, docente a cargo Dra. Ileana Santich; 4) “Redes de Servicios y Trabajo en Red”, docente a cargo Dr. Néstor Perrone; “Programa de Calidad de Atención”, docente a cargo Dra. Elsa Moreno.

Las actividades académicas se realizaron bajo la modalidad de cursada anual, con encuentros programados una vez por semana durante toda la mañana. Esta forma organizativa buscaba no sólo ajustar las prácticas asistenciales de los médicos, sino institucionalizar y jerarquizar la nueva modalidad prestacional; generar identidad y cohesión grupal y jerarquizar a este nuevo tipo de efectores del sistema. El mismo esquema se aplicó al año siguiente para otro grupo, en tanto que el anterior avanzaba con nuevos contenidos.

El 26 de agosto de 1999, finalmente, la entonces Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la Maestría en Salud Pública de la UBA,

suscribieron un convenio específico en el que se estableció un “acuerdo de complementación y cooperación técnica” centrado preferentemente en los siguientes campos:

“a) facilitación de información por parte de ambas u obedeciendo al pedido de una de ellas referida a capacitación de recursos humanos.

“b) intercambio de material didáctico y bibliográfico.

“c) realización conjunta de estudios y proyectos de investigación en temas de interés común, pidiendo en tales casos recurrir a fuentes de financiamiento externo para el desarrollo de los mismos, previo acuerdo de ambas partes.

“d) colaboración en proyectos de investigación y desarrollo que la contraparte tenga en ejecución mediante el intercambio de información docente de investigadores y técnicos.

“e) asistencia de graduados a cursos de posgrado o programas de extensión, participación en seminarios y otros programas de complementación.

f) organización de conferencias, seminarios y cursos sobre problemas que puedan interesar a ambas partes o cada una de las instituciones.”

En este marco, se alentó fuertemente la concurrencia de los profesionales a los cursos, que durante los tres primeros años mantuvieron una estructura secuenciada que fue desde el planteo general de los temas relacionados con la APS hasta la actualización en manejo en patologías prevalentes y reemergentes. Los contenidos programáticos se plasmaron en cada oportunidad con base en la demanda efectuada por las autoridades del Plan y estuvieron dirigidos a brindar a herramientas conceptuales --tales como proceso de salud enfermedad, responsabilidad territorial y de cartera, uso racional de medicamentos, etc.-- y de tipo instrumental, como el entrenamiento en la utilización del clasificador diagnóstico y los registros de consultas, entre otros. La asistencia a los cursos fue siempre masiva y, por ocupar casi todo el horario de los profesionales una vez por semana, los directores de hospitales se vieron forzados --no sin resistencia-- a reconocer al PMC como un nuevo efector con visibilidad dentro y fuera del sistema.

Como parte del convenio de cooperación, además de las actividades específicas de capacitación --algunas de las cuales se realizaron no en sede académica sino en servicios--, la Maestría y la ex Secretaría de Salud elaboraron doce guías clínicas sobre controles de salud en adultos, en niños, en adolescentes, y enfermedades definidas como prevalentes o de alto impacto.

La institución académica acompañó, además, el proceso de elaboración del Vademécum original del Plan y colaboró con el entrenamiento en su uso y en el de la Historia Clínica Familiar, implementada en 2003 con escasa adherencia de los profesionales del PMC y de los CESACS. A partir de ese año, las actividades conjuntas perdieron su especificidad inicial, por decisión política de las autoridades de APS de la jurisdicción.

Por otro lado, la capacitación de los profesionales del Plan o, más precisamente, la pertinencia de su formación fue motivo de interés reiterado de la Legislatura que así lo hizo saber a través de sucesivos pedidos de informe dirigidos a las autoridades de Salud. También La Auditoría General del GCBA objetó en su informe de 2006 que “no se exige al profesional médico la realización de horas anuales obligatorias de cursos de capacitación orientados a la formación del perfil necesario para lograr los objetivos del plan Médicos de Cabecera.”

Sobre el particular se recuerda que recién a partir de noviembre de 2005, la *Carrera de los Profesionales de la Salud* prevé horas rentadas que los agentes pueden dedicar a su capacitación que no es, sin embargo, obligatoria y exigible según la normativa vigente. Así, tal como lo establece la *Carrera*, que incluye a la totalidad de los profesionales que se desempeñan en el ámbito del Ministerio de Salud del GCBA, la formación permanente no es un requisito para el ejercicio de sus funciones y, por lo tanto, los efectores del Plan Médicos de Cabecera no están obligados a ella.

VI- CONCLUSIONES

El Plan Médicos de Cabecera fue gestado, en la entonces recién estrenada la autonomía de la Ciudad de Buenos Aires, a caballo entre una estrategia político comunicacional del gobierno de Fernando de la Rúa, la necesidad de dar respuesta al aumento de la demanda de servicios hospitalarios y la voluntad de encontrar alternativas dentro del sistema de salud público para la clase media pauperizada.

Diez años después, la recuperación económica de los últimos cinco años no ha logrado revertir la situación de gran parte de ese sector social afectado por la pérdida de ingresos. De acuerdo con un estudio de la consultora Equis (López, 2004) en el período post devaluatorio el dato saliente seguía siendo “el estrechamiento de los segmentos medios vía el aumento notable de la pobreza por ingresos, producto combinado del desempleo, la caída salarial y el aumento del costo de la canasta de bienes y servicios”. En este sentido, la conclusión de Equis es que a pesar de la magnitud de la “nueva pobreza” y de las promesas a favor de la redistribución de los ingresos, “el sistema político e institucional argentino manifiesta dificultades enormes para asumir la declinación de la clase media como el fenómeno de empobrecimiento más profundo de fin de siglo”.

En junio del corriente el diario Clarín difundió un informe, elaborado por técnicos del Ministerio de Economía de la Nación sobre la base de datos de 2006 del Indec, según el cual “el 57% de los actuales desempleados provienen de hogares de clase media”. Se interpreta que pertenecer a hogares con ingresos de más de mil pesos “les permite ser más exigentes a la hora de buscar empleo y los habilita para rechazar puestos que están por debajo de sus expectativas”. (Quiroga, 2007) La población objeto del PMC sigue existiendo, pues, y parte de ella permanece como usuaria del Plan. A través de él tiene acceso no sólo a la atención médica de primer nivel sino a la provisión de medicamentos “uno de los gastos más regresivos” entre los gastos hogareños (Tobar 2002).

Su productividad es baja si se la compara con el ritmo de citación de pacientes en consultorios privados y clínicas sanatoriales y hasta con el previsto en la definición

de perfiles y tareas de los profesionales del Plan (uno cada veinte minutos). De todos modos, para que el dato un paciente/ hora --obtenido por el cálculo de consultas sobre el número de médicos-- sea más conclusivo, es exigible una comparación con la productividad de sus pares en los CESAC y en los consultorios externos de los Hospitales. Lo mismo sucede con el costo de la consulta, que supera ampliamente el honorario en obras sociales y prepagos para 2005, pero que debiera también medirse contra el costo de la atención en los otros prestadores del sistema. En pocas palabras, la eficiencia del Plan debe evaluarse en el contexto de la eficiencia general del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires en su conjunto.

Por otro lado, el Plan no sólo logró identidad grupal y reconocimiento institucional sino que transfirió gran parte de su tecnología de gestión al resto de los efectores de APS. Así, por ejemplo, el Sistema de Información de CESAC, implementado a partir del 1º de enero de 2003 por la Dirección de Estadísticas para la Salud de la entonces Secretaría de Salud de GGBA, fue antecedido en varios años por el sistema de información del PMC, readecuado para converger en un sistema único. Del mismo modo, la exigencia de registrar las consultas y utilizar un clasificador diagnóstico llevó a la Coordinación del Plan a la búsqueda de instrumentos adecuados. Se utilizó al comienzo la Clasificación Internacional de Problemas de Salud en Atención Primaria elaborada por el Comité de Clasificación de la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) para uso en Medicina Familiar/General.- CIPSAP-2 Definida. Se adoptó luego la Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria, primera edición (CEAPS-AP), siguiendo la indicación en la materia del Ministerio de Salud de la Nación. Dicha decisión fue extendida, con posterioridad, a todos los efectores de APS en la Ciudad.

Sobre el particular, no puede dejar de señalarse que la introducción incluida en la guía de uso de la CEAPS-AP (Dirección nacional de Estadísticas e Información de Salud, 2001) afirma que la misma fue elaborada “tomando en consideración las diversas experiencias realizadas en el país” y ello incluye la del PMC, que fue

especialmente consultado sobre el particular por la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

Asimismo, la provisión de medicamentos a los usuarios del Plan --según el Vademécum y el mecanismo de dispensación elaborados ad hoc-- se hizo luego extensiva a los pacientes de los centros de salud, antes aún de la existencia del Programa Remediar a nivel nacional.

Por último, merece ser tenida en cuenta la novedosa articulación entre lo público y lo privado en la atención de usuarios del sector público de Salud, poco advertida en general pero que podría ser aprovechada para resolver problemas --como la ausencia de turnos para consultorios externos en horarios vespertinos--, que parecen insolubles con el marco contractual actual y con la presión gremial que impide movimientos audaces en la gestión de pacientes y contrataciones de personal que escapen a su control.

En relación con este breve recuento de algunas de las fortalezas y debilidades del Plan Médicos de Cabecera cabe recordar que "la mayor parte de las decisiones en cuanto a la atención de la salud se relacionan con cambios en el nivel o alcance de una actividad dada: la evaluación pertinente concierne a estos cambios marginales, no a la actividad total" (Schweiger, 2007). Se imponen pues, ajustes en la micro y mesogestión del Plan en el marco de la reevalución más amplia de las políticas macro del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires para afrontar las demandas de esta megalópolis que excede, incluso, el marco jurisdiccional formalmente fijado para formar un todo con el cinturón industrial que la rodea.

Bibliografía.

- Boletín Oficial de la Ciudad de Buenos Aires, 12 de diciembre de 1996, pág. 894.
- Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda, "Anuario Estadístico/ Ciudad de Buenos Aires", 2006, Buenos Aires, pág. 76, pág. 80.
- Dirección General de Sistemas de Información de Salud- Dirección de Estadísticas para la Salud; "Información en Atención Primaria de la Salud Año 2005". <http://buenosaires.gov.ar/areas/salud/estadisticas/2005>
- Dirección General de Planeamiento y Evaluación del Desempeño. Secretaría de Salud del GCBA. "Médicos de Cabecera. Para que nadie se quede sin cobertura", 1999, pág. sin numerar.
- Duré, Isabel; "El Plan Médicos de Cabecera: la visión de beneficiarios y profesionales involucrados", 1999, tesis para optar por la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, pág. 20.
- Evans, Timothy; Whitehead, Margaret; Diderichsen, Finn; Buiya, Abbas; Wirth, Meg; "Desafío a la falta de equidad en la Salud", 2002, OPS-OMS, Fundación Rockefeller, Washington DC, Publicación Científica y Técnica nº 585, Introducción págs.3-11. Citado en "Salud y Sociedad", Módulo 1, 2006, Posgrado en Salud Social y Comunitaria-Programa Médicos Comunitarios, Plan Federal de salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Buenos Aires, pág. 67.
- Instituto nacional de estadísticas y censos, "Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2001", <http://www.indec.gov.ar/webcenso/index.asp>.
- Lins Ribeiro, Gustavo; "Descotidianizar. Extrañamiento y conciencia práctica, un ensayo sobre la perspectiva antropológica", 1989, Cuadernos de Antropología Social, Sección Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Vol. Nº 2, pág. 65-69.
- López, Artemio, citado por Ismael Bermúdez en "La 'nueva pobreza', una categoría que no existía antes de los 70", nota publicada en diario **Clarín** el 31/10/04.
- Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades y Dirección de Estadística e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación; Organización

Panamericana de la Salud; "Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria", 2001; Buenos Aires; pág. 3.

-Ministerio de Salud del GCBA. Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud y Dirección de Estadísticas para la Salud, "Anuario 2005", 2006, pág. 12.

Minujin, Alberto y Kessler, Gabriel; "Del progreso al abandono- Demanda y carencias de la nueva pobreza", 1993, Buenos Aires, Documento de trabajo nº 16, UNICEF Argentina. -

-Organización Panamericana de la Salud, "Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, agosto de 2005, pág. 6.

-Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986, Carta de Ottawa para la promoción de la salud, pág. 3.

-Quiroga, Anabella; "La mayoría de los desocupados pertenece a hogares de clase media", diario Clarín, 19/06/07, Buenos Aires.

-Rubinstein, Adolfo, Terrasa, Sergio y col. "Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria", Ed. Médica Panamericana. 2006, Buenos Aires; Capítulo I: Rubinstein, A.: "Bases y Fundamentos de la Práctica de la Medicina Familiar" pág. 3 a 21

-Schweiger, Arturo. "Economía de la salud y contribución a la gestión sanitaria" (Aspectos Macro), 2007, comunicación personal en clase. Maestría en Economía y Gestión, Instituto Universitario ISalud, Buenos Aires.

-Testa, Mario, "Atención ¿primaria o primitiva? de salud" en "Pensar en salud", 2006, Buenos Aires, Lugar Editorial, pág. 162.

-Tobar, Federico; "Acceso a los medicamentos en argentina: diagnóstico y alternativas"; Buenos Aires, Boletines Fármacos, Volumen 5, número 4, setiembre 2002. URL: www.boletinfarmacos.org/092002/investigaciones092002A.htm

