

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Graciela Alicia Matkovic

**EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PRIMER
NIVEL DE ATENCIÓN DE LA CIUDAD DE BERISSO,
PROVINCIA DE BUENOS AIRES, CONSIDERANDO
ASPECTOS ESTRUCTURALES, NORMATIVOS Y
PRESUPUESTARIOS EN EL PERÍODO 2004 A 2014.
PROPUESTAS DE MEJORAS**

2014

Citar como: Matkovic, G. A. (2014). Evaluación de las características del primer nivel de atención de la Ciudad de Berisso, Provincia de Buenos Aires, considerando aspectos estructurales, normativos y presupuestarios en el período 2004 a 2014. Propuestas de mejoras. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen/Abstract.- Palabras-Clave.

1. Introducción.

2. Planteamiento del Problema.

Formulación, argumentación y descripción del problema que se abordará en el trabajo.

Definición de Objetivos (General y Específicos)

3. Desarrollo.

Marco Teórico-Conceptual y/o referencial.

Análisis del problema: articulación teórica y empírica.

4. Conclusiones.

5. Bibliografía.

6. Anexos

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de la Salud posee un marco conceptual pregonado desde hace más de tres décadas por sanitaristas, organismos internacionales vinculados con la salud y políticas sanitarias públicas y privadas. En la última década el Programa Médicos Comunitarios, el Plan Nacer- Sumar, el Programa Remediar fortalecieron el Primer Nivel de Atención del sistema público de salud optimizando los equipos de salud, garantizando el acceso a medicamentos esenciales a millones de ciudadanos, que previamente estaban obligados a financiar de sus escasos recursos el costo de los tratamientos, muchas veces de patologías crónicas; implementando un sistema dinámico y continuo de indicadores sanitarios para el Primer Nivel de Atención y generando, conjuntamente, recursos financieros que permitieron mejorar estructuras edilicias, equipamientos e insumos, ampliar servicios prestacionales, asistenciales y preventivos, participando con los estados municipales en la sustentabilidad de los sistemas de salud que, desde la Ley 11554, de 1994 la Provincia de Buenos Aires (1) ha transferido "al ámbito municipal las Unidades Sanitarias pertenecientes al Plan "Doctor Javier Francisco Muñiz" asumiendo así las incumbencias sanitarias propia del Primer Nivel de Atención que se han complejizado con un fuerte componente psicosocial

Paralelamente, en la realidad, mientras el concepto hospitalocéntrico, la superespecialización y la tecnología médica crecen aún se discuten los alcances de la Atención Primaria; aún deben consensuarse los perfiles de los trabajadores de los equipos de salud del Primer Nivel de Atención y las funciones propias a los cargos de los equipos de salud; deben revisarse y adecuarse los protocolos y guías de diagnóstico y tratamiento en el Primer Nivel de Atención; aún debe definirse una carrera escalafonada para el Primer Nivel de Atención, distinta a la Carrera Profesional Hospitalaria; aún es preciso unificar los distintos regímenes laborales para técnicos y profesionales, especialmente en el ámbito de los municipios; y debe discutirse, especialmente el financiamiento del Primer Nivel de Atención que garantice en el corto, mediano y largo la sustentabilidad de la Atención Primaria de la Salud con criterios de universalidad y excelencia

El presente trabajo evaluará las características del Primer Nivel de Atención de un municipio de la Provincia de Buenos Aires considerando aspectos estructurales, normativos y presupuestarios, la evolución en el marco de la dinámica de las políticas de los últimos años y presentará las modificaciones sugeridas e iniciadas en virtud del concepto más amplio de salud según las definiciones, sea la establecida por la Organización Mundial de la Salud en 1946: *estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades*; la definición de la oficina europea de la Organización Mundial de la Salud: *"el grado en que una persona o grupo es capaz, por un lado, de llevar a cabo sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y, por el otro de enfrentarse con el ambiente. En consecuencia, la salud debe considerarse no como un objetivo en la*

vida sino como un recurso más de la vida cotidiana. La salud es un concepto positivo que comprende recursos personales y sociales, así como de capacidad física adecuada", y abrazando, también, la definición expresada por representantes de diferentes organizaciones Territoriales Indígenas en el marco del Taller sobre interculturalidad en Salud en 2009: "la salud es el equilibrio entre las fuerzas naturales y espirituales entre los individuos y las comunidades. La salud se ve como un todo holístico de bienestar físico, moral, social, espiritual y el equilibrio cósmico, un todo. La enfermedad existe por desequilibrio, por avasallamiento y falta de convivencia armónica" y sin olvidar las palabras del Dr. Floreal Ferrara que interpretó "la salud como la capacidad singular y colectiva para luchar contra las condiciones que limitan la vida." que el Curso en Salud Social y Comunitaria, en Algunos problemas de salud complejos amplia mencionando que es "la capacidad de luchar, de desear cambiar lo que produce sufrimiento. Para eso, es necesario asumir el protagonismo de la propia vida y encontrarse con otros" asumiendo dos principios de la Atención Primaria: la auto-responsabilidad y la participación comunitaria

2. DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

La Atención Primaria es considerada la puerta de entrada a los servicios de salud, en realidad a la atención del proceso de salud enfermedad, concepto que Martín Zurro considera simplista y amplia diciendo que "la atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad" (3)

Sin embargo en el devenir histórico y cultural de la atención de la salud y la enfermedad la evolución de la Atención del Primer Nivel de Atención y la Atención Primaria han sufrido un vaivén de contrastes en la políticas públicas que han impedido el crecimiento y la sustentabilidad del proceso sanitario y un impacto más amplio.

Definición de objetivos

Objetivo principal: Evaluar las características del Primer Nivel de Atención de la ciudad de Berisso considerando aspectos estructurales, normativos y presupuestarios durante el periodo de 2004 a 2014 y proponer mejoras

Objetivos específicos

- analizar la evolución del Primer Nivel de Atención en un municipio bonaerense considerando sus aspectos demográficos, sociales, fuertemente atravesado por las políticas nacionales y provinciales
- estudiar el marco legal y normativo institucional
- presentar avances y propuestas como también debilidades y amenazas y demostrar la importancia de la construcción progresiva del Primer Nivel de Atención de la Salud con la participación de los distintos sectores de la ciudad y la región aplicando la evaluación continua de calidad

3. DESARROLLO:

3.1.- Estado y salud. Evolución histórica de sus relaciones

El cuidado de la salud y la atención de la enfermedad aparecen desde los tiempos coloniales, y la inmunización ya fue una estrategia del Virreinato como lo fueron también las medidas de prevención, según lo describen Perrone y Teixidó (4), "la participación del Estado en la salud pública estuvo presente desde los albores de la Nación". Los autores mencionan que se crearon áreas de gobierno, se definieron atribuciones y funciones, y legislación; se destinaron recursos dando origen a la creación y expansión del servicio hospitalario, se intervino en la normatización de procedimientos y funciones, y en la expansión de los servicios y las coberturas " que los mismos autores consideran relacionado con la fuerte modificación de la población argentina que se cuadruplicó entre 1860 y 1914, Pese a ello los resultados observados en la evaluación de conscriptos en 1902 demostraron que el 46 por ciento de los convocados no reunía las condiciones de talla y peso mínimo para su incorporación a las Fuerzas Armadas y evidenciaba claros síntomas de desnutrición y huellas de enfermedades sociales evitables" (5) reflejo de una fuerte historia de desigualdades cuando el cuidado de la salud y la atención de la enfermedad estaban lejos de ser un derecho de todos los ciudadanos.

Al decir de Tobar en la Argentina agroexportadora, "las demandas sociales emergentes solo fueron absorbidas por el Estado cuando se trataba de aquellas medidas que podrían llegar a comprometer al propio proceso de trabajo

y las acciones sanitarias se limitaban a garantizar la seguridad de la ciudadanía, situación que comienza a revertirse cuando se inicia el proceso de industrialización y las demandas de los trabajadores urbanos son incorporadas a través de organismos de Seguridad Social" (6).

En 1946, al asumir la Secretaría de Salud Pública el Dr. Ramón Carrillo encontraba "déficit de camas y hospitales, con defectuosa distribución, sin seguros sociales ni regímenes previsionales" y, paralelamente, índices de mortalidad infantil similares a los que se registraban en países devastados por la Segunda Guerra Mundial, pueblos originarios, poblaciones rurales y obreros marginados de las grandes ciudades afectados por tuberculosis, el noroeste y el noreste del país afectados seriamente por el paludismo, la fiebre amarilla y la enfermedad de Chagas que se extendía hacia el Centro y Sur del territorio (7)

En este escenario el Dr. Ramón Carrillo define los principios enunciados por Juan Domingo Perón: "Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad" mientras, recién en diciembre de 1948 las Naciones Unidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos declara en su artículo Artículo 25: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad"

Dentro del marco doctrinario que Alzugaray (7) transcribe en palabras del Dr. Ramón Carrillo "El General de Perón ha proclamado el derecho a la salud, superando la declaración básica de la Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud es uno de los derechos más olvidados, y sin embargo el más trascendente porque se vincula con la dignidad de la persona humana, con la vida colectiva, con la economía nacional e internacional. No es aventurado afirmar que la salud de los pueblos es una condición fundamental para lograr su seguridad social y su paz.

Otro de los principios que explicitaba el Dr. Ramón Carrillo enunciaba que "no puede haber política sanitaria sin política social" reflejando el amplio concepto de los factores que determinantes de la salud y que en su Plan Sanitario Sintético (8) incluía como Medicina Social, preventiva o macrocosmos, tanto en su parte general en la cual detalla la lucha contra los factores sociales de la enfermedad, contra la mortalidad infantil y contra las enfermedades invalidizantes; como en su parte especial donde considera, además de la alimentación y la vivienda, aspectos sociales y preventivos en cardiología y diabetología.

En el Plan Quinquenal de 1947 incorpora políticas sanitarias que incluyen la organización de la profesión médica, odontología, farmacia y obstetricia; la creación de Centros de Salud y Unidad Sanitaria considerando como objetivo desarrollar la asistencia médica ambulatoria, con contenido sanitario y social, y en

su Plan sintético la creación a cargo del Estado del Médico de Familia" para los no pudientes en zonas o barrios con desamparo médico.(8).

Define como objetivos la educación higiénico-sanitaria de la población, la integración de todos los establecimientos y recursos estatales

Por otra parte Alzugaray (7) refiere que "para el justicialismo la salud es un derecho, pero también un deber ético de cada individuo; y la participación es también un derecho y un deber como ciudadano.

Las políticas sanitarias posteriores iniciaron, en 1957, según la orientación de una Comisión de Consultores de la Oficina Sanitaria Panamericana, la reestructuración del sistema sanitario que consistía en descentralización de los establecimientos a las provincias y a entidades particulares para su administración, proponiendo para el gobierno nacional un rol subsidiario, dirigido al establecimiento de normas centralizadas y de asesorías técnicas y la horizontalización de los denominados programas verticales, los que debían integrarse a nivel de las jurisdicciones y ser asumidos por éstas", proceso de descentralización que se extendió en el '62, '68, '78 y se profundizó en los 90 (4). Tobar resume esta etapa de desarrollo del capitalismo industrial con orientación de la política social "subordinada subordinada a los intereses de acumulación y orientada a la privatización y la incorporación de tecnología. (6)

En 1994 la reforma de la Constitución Nacional, otorgó la autonomía a los municipios y en su Artículo 123 declara "Cada provincia dicta su propia constitución, conforme a lo dispuesto por el artículo 5° asegurando la autonomía municipal y reglando su alcance y contenido en el orden institucional, político, administrativo, económico y financiero (9). En 1998 a través del Decreto N° 143/98 (10) se afirmaba que "el Gobierno Nacional ha impulsado un proceso de reformas en nuestro Sistema Institucional, siendo uno de sus principales objetivos la descentralización y la revalorización de los municipios" mediante "el fortalecimiento y la ampliación de la capacidad de acción de los municipios, porque son las organizaciones del Estado más cercanas a la gente y cuyo protagonismo es indispensable alentar"

Dentro de este marco político a las competencias tradicionales del municipio se le suman las nuevas incumbencias

Funciones del municipio	
COMPETENCIAS TRADICIONALES	NUEVAS COMPETENCIAS
Gestión administrativa : ➤ Planificación ➤ Gestión de recurso humano ➤ Gobierno de actividades ➤ Control de resultados	➤ Agente de promoción económica ➤ Responsabilidad en políticas de desarrollo social ➤ Cuidado del medio ambiente y mejoramiento de la calidad ambiental
➤ Desarrollo urbano ➤ Planeamiento urbano ➤ Obra pública ➤ Prestación de servicios públicos ➤ Regulación de la vida comunitaria	➤ Defensa del consumidor, de la calidad en los bienes y servicios prestados y de la competencia ✓ Incumbencias sanitarias

En relación a las incumbencias sanitarias del Estado municipal están se extienden a todas las dimensiones de la problemática (promoción , protección, recuperación y rehabilitación), priorizando el reconocimiento y evaluación de las necesidades y demandas de los conjuntos sociales más afectados, considerando los aspectos sociales y ecológicos, y la promoción de la participación social en programas y acciones colectivas de higiene y salubridad y en la gestión de la salud pública para lograr mayor equidad y eficiencia.

En definitiva pasa a ser responsabilidad del Estado Municipal la organización, supervisión y evaluación de la ejecución de todas las acciones de salud en su ámbito territorial, tanto las de competencia directa como las de otros niveles del sistema, delegadas a la jurisdicción local; la administración de los efectores propios con criterios gerenciales, integrados a la seguridad social y de cobertura integral a los grupos de riesgo y carenciados

En el marco de las mismas políticas la Resolución N° 1830/95 (11) , en su artículo 1° otorga "a los Municipios que tiene ubicadas dentro de sus límites geográficos Unidades Sanitarias Provinciales Plan Javier Muñiz y Grupos ATAMDOS, la responsabilidad del funcionamiento operativo del control en su totalidad de dichos efectores, con el fin de coordinar con el resto de las dependencias asistenciales correspondientes al primer nivel de atención de las Municipalidades transfiriendo a los estados municipales las incumbencias sanitarias hasta ese momento propias de las provincias sin los recursos financieros correspondientes.

3.2.- La salud como derecho

En el trabajo de Tobar el autor menciona que la acción del Estado los servicios de atención médica eran prestados por Sociedades de Beneficencia generando una relación Estado – ciudadano denominado ciudadanía invertida dado "que la atención médica era brindada como una dádiva a los excluidos, los no ciudadanos" (6)

Desde la doctrina emanada por Juan Domingo Perón: "Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad" el Dr Ramón Carrillo transmite diciendo que "el General de Perón ha proclamado el derecho a la salud, definiendo como uno de los derechos más olvidados, y sin embargo el más trascendente porque se vincula con la dignidad de la persona humana, con la vida colectiva, con la economía nacional e internacional y considerando que "no es aventurado afirmar que la salud de los pueblos es una condición fundamental para lograr su seguridad social y su paz", distintos organismos expresan su posición en relación a la salud como derecho

La Organización Mundial de la Salud en su Constitución, en 1946 expresa que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social (12)

En diciembre de 1948 las Naciones Unidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos declaró en su artículo Artículo 25: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad "(13)

En el mismo año la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre define en su Artículo VII el derecho de protección a la maternidad y a la infancia: "Toda mujer en estado de gravidez o en época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayuda especiales. "(14)

Y en su Artículo XI declara el derecho a la preservación de la salud y al bienestar: "Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad. (14)

En 1965 la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial enuncia que "los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes y

en su Artículo 5° inciso e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular menciona el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales. (15)

En 1966 el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo 12 declara que los Estados partes en el Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. (16)

Y en su parte 2 menciona, entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; y la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. (16)

El Folleto Informativo N° 16(Rev. 1) Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales explicita que " el reconocimiento del derecho a la salud no significa evidentemente que sus beneficiarios tengan derecho a estar sanos" sino "subraya la obligación de los Estados Partes de asegurar a sus ciudadanos el disfrute "del más alto nivel posible de salud".(17)

La Observación General N° 14 menciona que " El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación."(18)

El mismo documento aclara que "el Comité interpreta el derecho a la salud, como un derecho inclusivo que abarca la atención de salud oportuna y apropiada, los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Por otra parte hace especial mención a la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

Mención aparte debe hacerse a la descripción de los elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte y que incluyen:

a) **Disponibilidad:** se refiere a contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud que incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS

b) **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte.

El concepto de accesibilidad considera el alcance geográfico a todos los sectores de la población, mencionando especialmente a los grupos sociales más vulnerables y marginados, de servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como también la adecuación edilicia para personas con discapacidad

Considera también la accesibilidad económica o asequibilidad explicitando que los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos, basándose en el principio de la equidad

El acceso a la información es otro de los elementos incluidos en la accesibilidad y "comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e idea acerca de las cuestiones relacionadas con la salud" y aclara que se acompaña de el derecho a los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

c) **Aceptabilidad:** hace referencia a respeto de la ética médica, la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, "a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate"

d) **Calidad:** declara que" los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad" lo que requiere," entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas".

En relación al apartado 2 que menciona la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas la Observación General aclara que es necesario que se establezcan programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud, y se promuevan los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género.

Por otra parte aclara que el "derecho a tratamiento comprende la creación de un sistema de atención médica urgente en los casos de accidentes, epidemias y peligros análogos para la salud, así como la prestación de socorro en casos de desastre y de ayuda humanitaria en situaciones de emergencia.

"La lucha contra las enfermedades tiene que ver con los esfuerzos individuales y colectivos de los Estados para facilitar, entre otras cosas, las tecnologías pertinentes, el empleo y la mejora de la vigilancia epidemiológica y la reunión de datos desglosados, la ejecución o ampliación de programas de vacunación y otras estrategias de lucha contra las enfermedades infecciosas"

En el apartado sobre la "creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental".

Expresa como un "aspecto importante la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional."

En 1979, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en su Artículo 11: párrafo 1 inciso f declara el derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción. En su **Artículo 12** menciona que los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia y que garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.(19)

Posteriormente la Convención sobre los Derechos del Niño, en su Artículo 24 declara que los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.(20)

La Constitución Nacional de 1994 menciona a la salud en el Artículo 42: *Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de*

consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno.. ” con una marcada diferencia conceptual con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que en sus artículos 83 y 84 enuncia la salud como un derecho social fundamental y determina que es “obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida” declarando como principios la gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad y precisando que “el sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad” (9)

En nuestra Carta Magna el artículo 75 otorga jerarquía constitucional a los tratados y convenciones mencionadas ampliando los aspectos sugeridos por el artículo 42 que lo expresa en el marco de defensa del consumo como usuarios de servicios de salud garantizar el derecho a la salud de todo ciudadano y residente del país. (21)

La Constitución de la Provincia de Buenos Aires de 1994 manifiesta en su Artículo 36 el derecho a la salud expresando “La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxicodependientes. El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud; la Provincia a los fines de su seguridad, eficacia y disponibilidad asegura, en el ámbito de sus atribuciones, la participación de profesionales competentes en su proceso de producción y comercialización”. (22)

La Ley Orgánica de las Municipalidades de la Provincia de Buenos Aires no menciona las incumbencias sobre aspectos sanitarios y el derecho a la salud de sus ciudadanos (23)

3.3. Atención Primaria de la Salud. Definición. Alcances.

En 1978 la Declaración de Alma Ata conceptualiza la salud como un derecho humano fundamental, define como objetivo social el logro del grado más alto posible de salud exigiendo la intervención de distintos sectores sociales y económicos, y hace especial mención a la “grave desigualdad en el estado de salud entre los países. El mismo documento aclara que la “promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial”, define como objetivo “ que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva” afirmando que la “atención primaria de salud es la

clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social" (24)

La Declaración de Alma Ata, marco conceptual de la Atención Primaria, la define como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (26)

El mismo documento reconoce la atención primaria tanto como "parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal", "como del desarrollo social y económico global de la comunidad" Señala también que "representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".(24)

El documento puntualiza que "se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad" y que su rol se extiende a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas y detalla que comprende, al menos,

- la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes;
- la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada,
- el abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico;
- la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia;
- la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales;
- el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes
- el suministro de medicamentos esenciales

La Declaración contempla la participación y articulación "de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario", de la misma manera reconoce la importancia de fomentar la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud; hace referencia a los equipos de salud

Finalmente señala que "es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad mediante una "verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme que podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo".

En los conceptos de Zurro la APS se caracteriza por ser integral, integrada; continuada y longitudinal; activa; accesible; desarrollada por equipos; comunitaria

y participativa; programada y evaluable; docente e investigadora (3). Ase y Burijovich agregan racionalidad tecnológica, universalidad a los principios de los sistemas de salud nacionales (25)

A poco de la Declaración de Alma Ata, distintos autores sugirieron adoptar el concepto de Atención Primaria Selectiva concentrando esfuerzos y recursos en algunas intervenciones en patologías según la prevalencia, grado de morbilidad o incapacidad que causan, tasa de mortalidad y viabilidad y eficacia de las medidas de lucha y los costos de intervención y dirigidas a grupos de población precisos con el objetivo de garantizar la eficiencia en el gasto y la equidad en la asignación de los recursos. Los organismos financieros internacionales apoyaron esta modalidad selectiva "aún cuando implicaba importantes cambios en relación al concepto original de APS renunciando a la integralidad y limitando el abordaje del proceso de salud-enfermedad al "enfoque de problemas" desde programas "verticales, restringidos y de corto plazo", "reinstala el verticalismo del Estado en desmedro de la participación comunitaria en la planificación de la salud (25)

En Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas se menciona que la APS selectiva "se le cuestiona el "ignorar el contexto más amplio del desarrollo económico y social", la posibilidad de generar brechas en virtud de la limitación a factores de vulnerabilidad vinculados con el abordaje prioritario a mujeres y población infantil y excluyendo patologías emergentes (enfermedades crónicas, la salud mental, lesiones externas, infecciones de transmisión sexual) (26)

En el país, más allá de algunas experiencias provinciales como el Plan Provincial de Salud Pública de la Provincia de Neuquén, el programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de provincia de Buenos Aires, ambos en el marco de la Atención Primaria de la Salud la Atención Primaria estuvo postergada mientras el modelo sanitario priorizaba la actividad hospitalaria y la globalización y las políticas económicas neoliberales profundizaban la inequidad y ampliaban las brechas sociales y el acceso a la salud y alejaban del derecho a la salud a miles de ciudadanos

A inicios del milenio la Organización Mundial y la Organización Panamericana de la Salud reconceptualizan la Atención Primaria de la Salud, jerarquizando la integralidad y, su lugar que, en el decir de Ase y Burijovich "atraviesa a la totalidad del sistema de salud y que se constituye en la manera más adecuada de garantizar el derecho a la salud de forma universal e igualitaria" definiendo el Sistema de Salud basado en la Atención Primaria de la Salud según un enfoque razonado y fundamentado en la evidencia para lograr atención universal, integrada e integral. (25)

El Sistema de Salud basado en APS se sustenta en valores que incluyen el derecho a la salud, la equidad en salud y la solidaridad; en principios que comprenden, entre otros, responsabilidad del estado de garantizar los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población; servicios en

respuesta a las necesidades de salud de la población de manera integral promoviendo el respeto por la cultura y las preferencias de las personas; y orientados a la calidad profesional, trato digno y respetuoso mediante capacitación continua y actualización continua, recursos adecuados y sistema de incentivos. Se señalan también la intersectorialidad, la participación individual y social. El documento de OMS-OPS hace especial mención a la sostenibilidad mediante la planificación estratégica, la generación de compromisos duraderos y asegurando el financiamiento adecuado aún en tiempos de inestabilidad política y de cambio; y cita también a la justicia social.(26)

Los elementos descriptos en el documento comprenden: accesibilidad, aceptabilidad, integralidad, enfoque poblacional, prevención y promoción, atención apropiada y efectiva: marco de referencia institucional política y legalmente aceptable, sistema de un de planificación “que le permita proveer recursos apropiados a las necesidades de salud”. determinados por un análisis de la situación de salud y “fundamentado en información del ámbito comunitario”(26)

El Documento de OMS-OPS precisa desafíos vinculados con el recurso humano , especialmente de profesionales, que comprenden: insuficiente cantidad para garantizar cobertura universal; dificultad para el trabajo en equipo; la capacitación de pre y post-grado de salud no es coherente con los requerimientos de la práctica de la APS generando profesionales calificados prefieren trabajar en hospitales y ciudades y dando lugar a migración internacional de los trabajadores de la salud

En la elaboración del mencionado documento participaron 18 países, entre ellos nuestro país, los que generaron recomendaciones consignadas en los informes que incluyen:

- La pertinencia del proceso y la necesidad de renovación de la APS en la región
- La importancia del compromiso del Estado como garante de la APS.
- La necesidad de relevar el contexto de las reformas del sector salud en la región, caracterizado por el aumento de las desigualdades económicas y políticas y el papel de las políticas neoliberales.
- La necesidad de poner mayor énfasis en la relevancia de la voluntad política, en el logro de la cobertura universal, en el papel fundamental de los recursos humanos, en la medicina familiar y en el trabajo en equipo en APS.
- El desarrollo más amplio de la cooperación técnica
- Los países expresaron su deseo de que la OPS asumiera una posición más clara sobre la importancia de la implantación de la APS en la Región

En 2004 se diseña el Plan Federal de Salud 2004-2007 que enuncia como visión “un sistema de salud equitativo e integrado, con un rol activo de un Estado garante del bienestar de la población que posibilitará el acceso a una canasta de bienes y servicios esenciales en salud a través del aseguramiento que brinde cobertura universal básica a toda la población, con un fuerte componente

preventivo y que responda a la resolución de patologías de una manera eficiente y eficaz; y con amplia participación de la comunidad" (27)

El Plan incluye como características la universalidad y equidad en la cobertura, calidad de los servicios, solidaridad en el financiamiento y eficiencia en el uso de los recursos y le asigna al Estado un rol rector a la vez que le otorga a provincias y municipios la responsabilidad en el desarrollo de programas de promoción y prevención, "poniendo el acento en la atención primaria y respetando los mecanismos crecientes de derivación dentro de la red de atención".

El Plan define explícitamente como objetivo el diseño de un modelo sanitario "basado en la construcción de redes de atención con población a cargo", "cuyos integrantes individuales están identificados y asignados a su responsabilidad" y reconociendo su base primordial en la estrategia de atención primaria", y menciona, especialmente la participación comunitaria

El Plan Federal de Salud explicita que la Atención Primaria de la Salud "es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación" y expresa que los gobiernos municipales deben alcanzar "las metas de un municipio saludable, integrando las áreas de salud con las de ambiente y desarrollo sustentable". Explicita también que es "altamente positiva en su costo-efectividad y expresa claramente los altos costos que se requieren para diseñar, implementar y evaluar un sistema de APS.

Como parte del Plan Federal de Salud se destaca la construcción de seguros provinciales de salud destinados a "la reorientación de los recursos humanos y presupuestarios hacia esquemas que contemplen la identificación de población cubierta de acuerdo con criterios de riesgo y bajo responsabilidad nominal; la definición del conjunto de prestaciones garantizadas; la fijación de objetivos y metas sujetas a sustentabilidad económica, y la determinación de las responsabilidades jurisdiccionales, implementado como Programa Nacional para el Desarrollo de Seguros de Salud Materno Infantiles Provinciales, siendo las Unidades de Gestión del Seguro Provincial (UGSP) las responsables de la ejecución provincial del programa desarrollando un proceso de contratación de servicios, esencialmente con la misma red pública, de inscripción de la población elegible, conformando un padrón que generará transferencia financiera per cápita por cada uno de los beneficiarios, recursos a las provincias para capacitación, asistencia técnica, educación para la salud, participación social y equipamiento en el ámbito público.

El Plan Federal lo define como "una gran inversión en capital humano, es decir con búsqueda de rentabilidad social a través de acciones costo efectivas de bajo impacto fiscal y sustentable en el tiempo".

Dentro del mismo Plan se incluye el Programa de accesibilidad a medicamentos en el marco de la Política Nacional de Medicamentos establecida en "el Decreto de Necesidad y Urgencia N° 486/2002 que establece la Emergencia Sanitaria en el Territorio Nacional, ratificada a través de la Ley de Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico (N°25.649)" que consiste en garantizar el acceso de la población a los medicamentos según dos ejes que comprenden la regulación del

mercado de fármacos y la provisión directa de medicamentos esenciales para tratamientos ambulatorios en Centros de Atención Primaria de la Salud

Determina también aspectos vinculados con recurso humano que comprenden la formación estableciendo estándares de calidad de la formación de grado y de especialidades del equipo de salud, especialmente orientado a consolidar equipos de salud con capacidad de intervención en las prioridades definidas por las políticas sanitarias

El Plan Federal de Salud se erigió en la estrategia para lograr el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud en provincias y municipios de la República Argentina.

El presente trabajo analizará el proceso de gestión y administración de políticas de salud en un municipio de la provincia de Buenos Aires considerando la situación de autonomías definidas más arriba, el proceso histórico que transformó el estado municipal de "viejo municipio administrador al moderno municipio geográficamente responsable" en palabras de Medina A. (28) y definido por el autor como instancia político-administrativa de articulación, con la responsabilidad primaria de garantizar la salud de los habitantes de su territorio y su rol en la recreación de escenarios propicios para la concertación entre los diferentes actores públicos, privados o sociales.

En el mismo trabajo Medina A. (28) atribuye las funciones asumidas como resultado de los procesos de desconcentración/descentralización, la cercanía de la demanda social y la transferencia de Unidades Sanitarias "Doctor Javier Francisco Muñiz" al ámbito municipal según la Ley 11554, del año 1994.

4. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Atención Primaria en la ciudad de Berisso.

4.1 Aspecto demográficos, socio-económicos y epidemiológicos

La ciudad de Berisso, ubicada al este de la Provincia de Buenos Aires, sobre el litoral Rioplatense, integra, junto con La Plata y Ensenada el conglomerado urbano Gran La Plata. Está ubicada a 35° de latitud Sur y 58° de Longitud Oeste. Al N.O limita con el Gran Dock del Puerto La Plata que lo separa de la ciudad de Ensenada. Su borde N.E. es el Río de La Plata que cubre una costa de 22 km. La ciudad de La Plata constituye su límite N.O. mientras que el partido de Magdalena conforma la demarcación S.E. Se encuentra a una distancia aproximada de 70 kilómetros de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

La temperatura media anual es de 15° (rango de 21.9°C a 11.6°C) y la precipitación media anual: 1.076 mm³, la superficie: es de 135 km².

Presenta una formación boscosa natural cercana a la costa denominada "Selva marginal" y dentro de la micro región se identifica una riqueza y variedad forestal. Tiene como rasgo distintivo en la planicie costera una geografía prácticamente llana, con escaso relieve y la presencia de algunas zonas pantanosas con depósito de sedimentos en la franja costera, las alturas no superan los 2,5 m.s.n.m. Un sistema de arroyos drenan las aguas en dirección perpendicular a la costa del río de La Plata. Las zonas urbanas han invadido las planicies de inundación de los mismos, lo que genera frecuentes inconvenientes al recibir precipitaciones o cuando se produce el fenómeno conocido como "sudestada". La integración de las diferentes cuencas de estos arroyos mediante distintas obras hidráulicas públicas ha generado una situación en donde las inundaciones y la contaminación por vertidos en aguas superficiales adquieren una gran significación en toda la región. En la región predominan los vientos que vienen del norte y del este, pero estos no resultan significativamente mayores que los provenientes de otras direcciones (29)

Desde sus inicios la ciudad se vinculó con la industria saladeril, mas tarde con la actividad portuaria, la producción frigorífica y petrolera. Desde principios del siglo XX la incipiente ciudad recibió inmigrantes europeos que se integraron a una comunidad caracterizada por una heterogeneidad cultural

Según el Censo Nacional de Población de 2010, la población total , , es de 88470 habitantes, la densidad poblacional es de 643 habitantes/ km², el Índice de masculinidad es de 94.6 y el promedio de personas por hogar es de 3.2. Los datos del Censo permiten conocer que el 91.4% cuenta con provisión de agua de red dentro de la vivienda, el 40.7% elimina las excretas a la red pública (cloaca); el 8% habitan en viviendas inconvenientes

De los datos del Censo no se pudo obtener porcentaje con cobertura de salud y podría considerarse que serían similares a los de la provincia de Buenos Aires, 64.6% (los datos censales diferencian en 69.9% para el interior de la provincia y de 61.6% para los 24 partidos del Gran Buenos Aires).

De acuerdo a los mismos datos provinciales, la prevalencia de dificultad o limitación permanente alcanza entre el 11.3 y el 12.4% en el interior de la provincia y los 24 partidos del Gran Buenos Aires.

Tabla N° 1 : Indicadores de la estructura de la población Año 2010

Población total: 88470
Mujeres: 45.458 Varones:43.012
Indice de masculinidad: 94,6
Mujeres en edad fértil: 49,7%
Índice de dependencia potencial: 54,7%
Participación en la Provincia (en porcentaje): 0.57%

Fuente: Elaboración propia según datos del Censo de Población y Vivienda. 2010

Tabla N° 2: Distribución percentual por grupo etareo -

0-14 años	24,6%
15-64 años	64,6%
65 años y más	10,7%
Edad media	33,2

Fuente: Elaboración propia según datos del Censo de Población y Vivienda. 2010

Tabla N° 3: Variaciones entre los datos censales 2001- 2010

	2001	2010	Variación
Población	80092	88470	10.4%
0-14 años			2.98%
15- 64 años			13.1%
Mayores de 65 años			13.07%
Alfabetismo (mayores de 10 años)	65.1%	73.5%	12.3
Viviendas deficitarias	19%	8%	
Viviendas con cloacas	30.8%	40.7%	

Fuente: Elaboración propia según datos del Censo de Población y Vivienda. Años 2001, 2010

Desde aspectos económicos y considerando los datos correspondientes al Gran La Plata, en 2010 el “Valor Bruto de Producción de la economía regional estuvo en el orden de los 14 mil millones de pesos (unos 3.500 millones de dólares estadounidenses) En la descripción de la estructura productiva se incluye la producción ganadera que representa el 3.8% de la” existencia ganadera de la región” que en 2010 alcanzaba un total de 65.881 animales (Caracterización Productiva Regional – La Plata, Berisso y Ensenada – Año 2010)

De acuerdo a datos del Censo de Población y Vivienda el 0.45% (717 ciudadanos de Berisso) es analfabeto. En Caracterización Productiva Regional – La Plata, Berisso y Ensenada la ciudad cuenta con 118 Unidades Educativas (89 de gestión pública, 29 de gestión privada) y la matrícula secundaria alcanza a 8164 (30)

Tabla N° 4 : Unidades educativas. Ciudad de Berisso. 2010

Unidades Educativas			
	Estatad	Privada	Total
Berisso	89	29	118

Fuente: Caracterización Productiva Regional – La Plata, Berisso y Ensenada – Año 2010. Maestría en Dirección de Empresas – Facultad de Ciencias Económicas – Universidad Nacional de La Plata

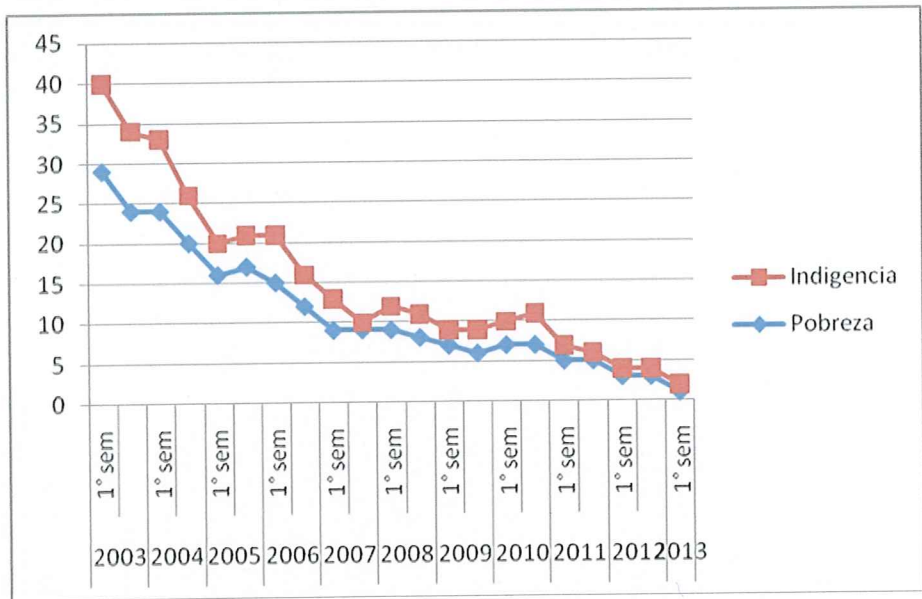
Tabla N° 5 : Unidades educativas. Ciudad de Berisso. 2010

Educación Secundaria: Matrícula			
	Estatad	Privada	Total
Berisso	6234	1930	8164

Fuente: Caracterización Productiva Regional – La Plata, Berisso y Ensenada – Año 2010. Maestría en Dirección de Empresas – Facultad de Ciencias Económicas – Universidad Nacional de La Plata

La Encuesta Permanente de Hogares demuestra una fuerte caída de la pobreza e indigencia desde 2003 hasta el primer trimestre de 2013 y una marcada caída en el desempleo.

Grafico N° 1: Evolución de pobreza e indigencia en hogares . Gran La Plata. Años 2003 a 2013



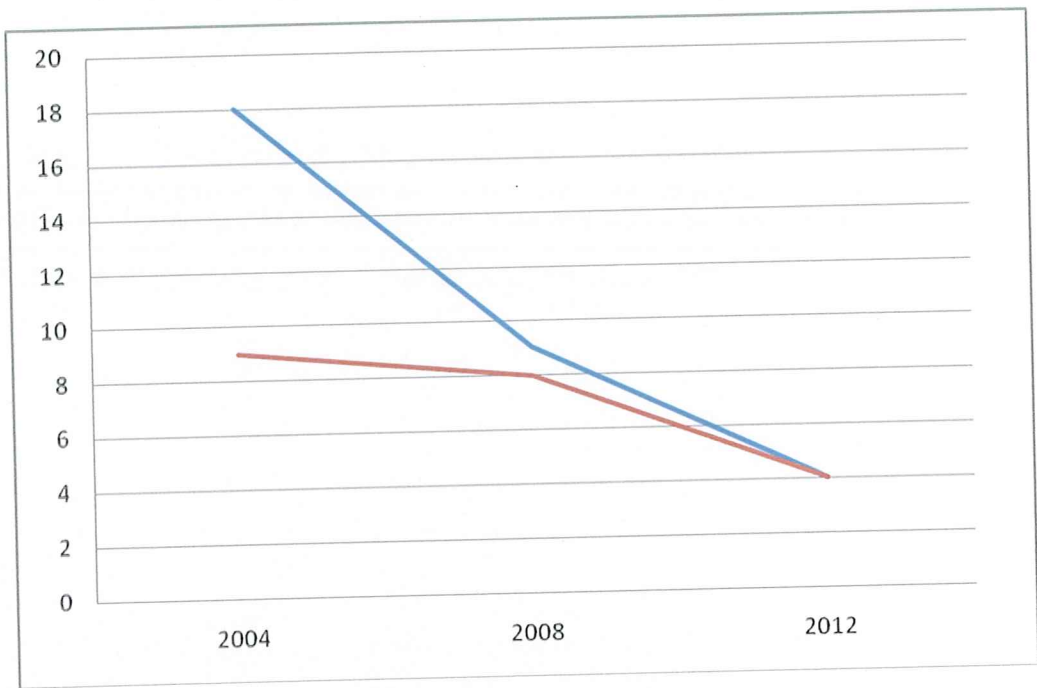
Fuente: Elaboración propia según datos de la Encuesta Permanente de Hogares

Tabla N° 6: Tasas de actividad laboral. Años 2004, 2008 y 2012

	2004	2008	2012
Tasa de actividad	49.2	48.6	45.1
Tasa de empleo	40.2	44.0	42.9
Tasa de desocupación	18.2	9.4	4.8
Tas de subocupación	9.5	8.6	4.9

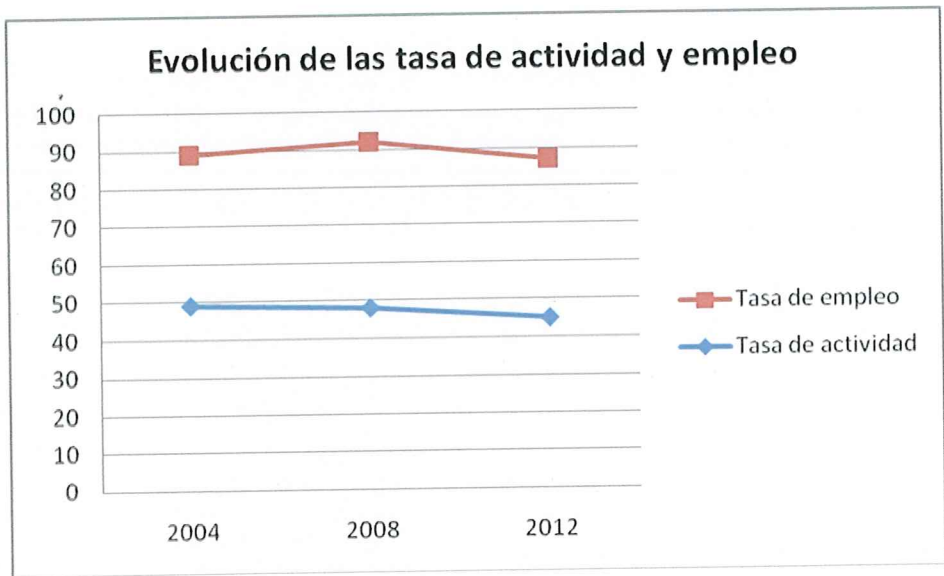
Fuente: Elaboración propia según datos de la Encuesta Permanente de Hogares

Grafico N° 2: Evolución de las tasas de desocupación y subocupación. Gran La Plata. Años 2004 a 2012



Fuente: Elaboración propia según datos de la Encuesta Permanente de Hogares

Grafico N° 3: Evolución de las tasas de actividad y empleo. Gran La Plata. Años 2004 a 2014.



Fuente: Elaboración propia según datos de la Encuesta Permanente de Hogares

Por otra parte, datos provinciales en el documento sobre el Apoyo a la instalación del Observatorio Social del Sistema de Promoción y Protección de los Derechos del Niño en la provincia de Buenos Aires, de 2011, se menciona que el 23.1% de la población de 0 a 17 años (25161 habitantes) se encuentra en situación de Necesidades Básicas Insatisfechas

4.2. Aspectos Sanitarios

En el año 1974 el informe de gestión del año 1974 de la ciudad de Berisso limitaba las acciones de salud o Sanidad Municipal a detección de la tuberculosis; revisiones para torneos deportivos; medicina laboral y vacunaciones, en el transcurrir de los años ha recaído en el Estado Municipal y como resultado de políticas de reforma del estado y descentralización, mayor incumbencia en el área de salud que a su vez se ha complejizado.

El mismo informe de 1974 describe la estructura como constituida por las instalaciones de lo que fuera la Liga Popular de Lucha Antituberculosa, donde desde setiembre de 1974 funciona la actual Secretaría de Promoción Social y donde funcionaba el Servicio de Odontología y Educación para la Salud, a la vez que se hace referencia a la próxima terminación de las obras para reparación total de las instalaciones del Centro de Salud del Barrio Obrero. (32)

En dicho informe se precisaba que “ el Departamento de Promoción y Desarrollo de la Comunidad abarca todas las actividades inherentes al área salud en directa interrelación con el Hospital Zonal Mario V. Larraín, inaugurado en 1948 (32)

4.2.1.- Estructura sanitaria

En los años siguientes a la década del 70 la estructura funcional de la ciudad creció en el subsector público debido a la creación de las Unidades Sanitarias N° 17, 18, 19, 35, 41 y 42, 43 y 44, las tres últimas pertenecientes al Plan Muñiz y distribuidas en los distintos barrios de la ciudad a la vez que distintos programas de los 90 permitieron construir vías de acceso a los distintos centros del Primer Nivel de Atención.

En el marco de las políticas de reforma del Estado, la Ley 11554 del año 1994 transfiere al ámbito municipal las Unidades Sanitarias del Plan Doctor Javier Francisco Muñiz. Dicha ley hace mención a la reubicación del recurso humano, en el contexto de la Ley 11.184, de Reconversión del Estado; y a la transferencia de muebles e inmuebles que deberán seguir afectados a la Atención Primaria de la Salud

Como resultado de la implementación de la mencionada Ley, el Sistema de Salud Local en el Primer Nivel de Atención está integrado, en la actualidad, en el subsector público, por, 9 Unidades Sanitarias y 1 Sala de Primeros Auxilios, Desde 2008 en el Dispensario se ampliaron los servicios asistenciales incluyéndose al Consultorio Odontológico y al Servicio de Vacunación, Medicina General, Obstetricia; y desde 2012 Otoemisiones Acústicas.

La transferencia de recurso humano significó la incorporación de 8 enfermeras, 20 profesionales (médicos, odontólogos, psicólogos), 11 agentes de servicios generales y mantenimiento, 3 administrativos, 5 Trabajadores Sociales que se integraron, con distintas dificultades, a los equipos de salud municipales

Tomando en cuenta "Centros de Atención Primaria de Salud: radiografía de su distribución en la Argentina" que propone evaluar la distribución relativa de CAPS considerando la población usuaria potencial (sin cobertura) y asumiendo para tal cálculo que, según los datos del Censo el porcentaje con cobertura de salud y podría considerarse que serían similares a los de la provincia de Buenos Aires, 64.6%, en la ciudad de Berisso puede inferirse que la distribución alcanza a un CAPS cada 2894 habitantes sin cobertura social (33) mientras en el estudio referido el promedio nacional es de "3183 habitantes sin cobertura de salud por cada centro asistencial" En el trabajo se menciona la importancia de incorporar en el análisis " la presencia de escenarios diferenciados de acceso, asociados con los niveles de densidad / urbanidad relativa de distintos municipios", " la franja horaria de atención, el número de profesionales de los equipos de salud y el grado de ajuste de las capacidades del CAPS a los perfiles epidemiológicos de las áreas donde operan".

En el Segundo Nivel de Atención, el Hospital Mario V. Larrain el número de camas del subsector público era de 87 en 2012, de dependencia provincial según datos del Ministerio de Salud.

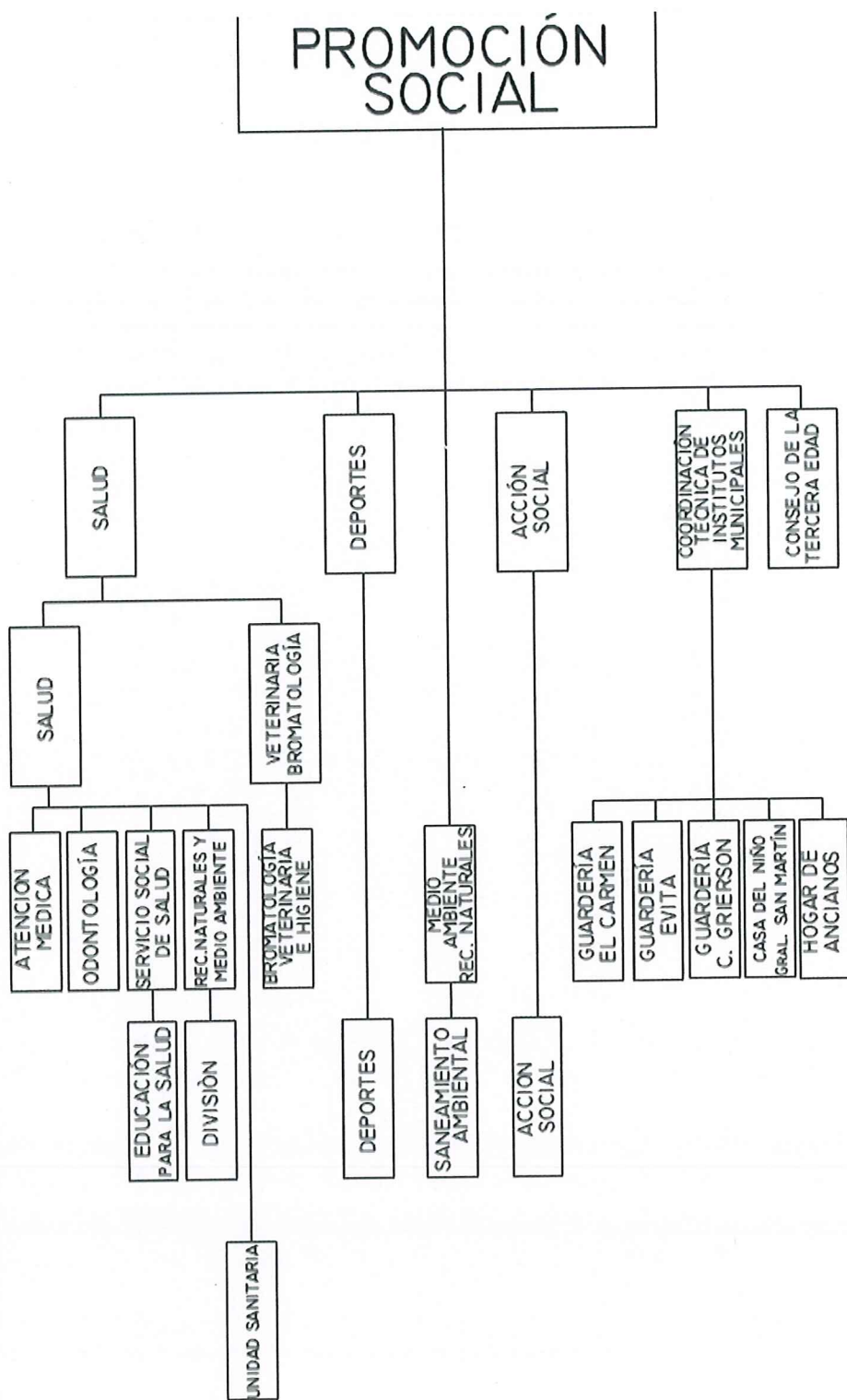
Tabla N° 7 : Población, establecimientos y rendimiento. Ciudad de Berisso. Años 2001 y 2010

	Población	Establecimientos con internación	Camas	Egresos	Porcentaje ocupacional
2001	78988	1	95	3542	66.8
2010	88470	1	92	3771	60.6

Fuente: Elaboración propia según datos del Censo de Población y Vivienda de 2010 y Estadísticas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

El Subsector Privado cuenta con 2 instituciones privadas 112 camas

Desde la estructura organizacional la Dirección de Salud pertenece al ámbito de la Secretaría de Promoción Social



En la actualidad el recurso humano está integrado por 200 trabajadores: 32 médicos, 13 obstétricas, 9 psicólogas, 23 odontólogas/os, 9 trabajadoras/es sociales, 23 enfermeras/os, 2 nutricionistas, 2 psicopedagogas, 2 comunicadores sociales, 1 fonoaudióloga, 3 veterinarios, y técnico en Bromatología, 15 promotoras de salud, 23 administrativos (incluyendo los que se desempeñan en la Dirección de Salud, Veterinaria y Medio Ambiente), 9 destinados a limpieza y mantenimiento

Tabla N° 8: Distribución del Recurso Humano de salud. Dirección de Salud. Municipalidad de Berisso. Año 2014

Médicos totales	32
<i>pediatría</i>	11
<i>gineco</i>	5
<i>clinica</i>	9
<i>Generalista</i>	7
Obstétricas	13
Psicólogos	9
Odontólogos	23
Trabajadores sociales	9
Promotores sanitarios	15
Enfermeras	23

Fuente: Elaboración propia según datos de la Dirección de Salud

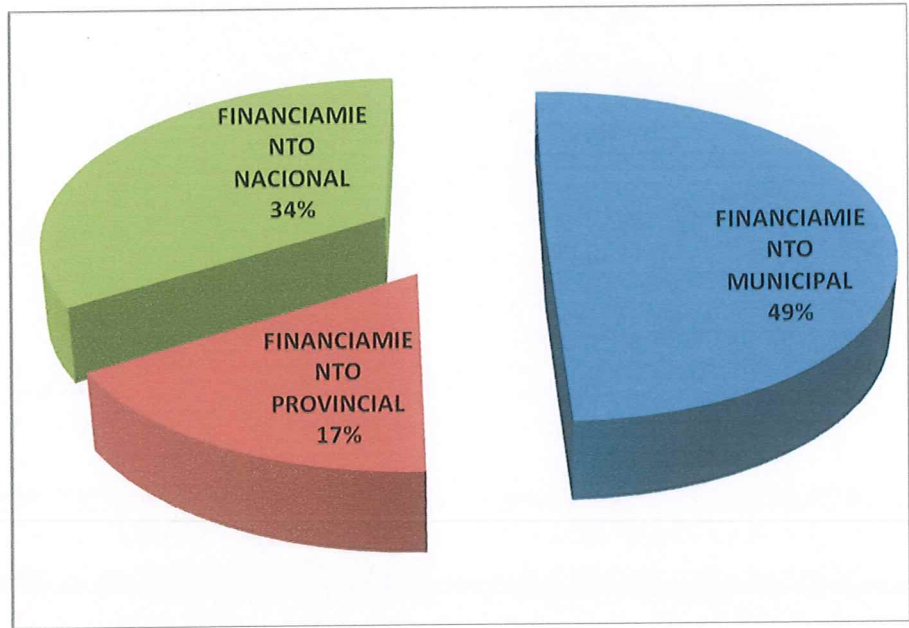
El recurso humano del Primer Nivel de Atención se caracteriza por la heterogeneidad en el financiamiento, situación iniciada desde la Ley 11554, profundizada con la incorporación del Programa Médico Comunitarios y de los efectores del Seguro Público de Salud. Desde 2000 a la actualidad han disminuido el 66% los trabajadores provinciales en el Primer Nivel de Atención de la ciudad mientras se incrementó el 31% el número de trabajadores financiados por el estado municipal. En la actualidad el gobierno local financia el 49% del recurso humano, 17% el estado provincial y el 33% se financia con fondos nacionales

Tabla N° 9: Evolución de la fuente de financiamiento en el recurso humano municipal del Primer Nivel de Atención.

Fuente de financiamiento	2000	2012	2014
Municipal	58	62	76
Provincial	53	19	18
Nacional	0	62	62

Fuente: Elaboración propia según datos de la Dirección de Salud

Gráfico N° 4: Fuentes de financiación del recurso humano de salud. Dirección de Salud. Municipalidad de Berisso. Año 2014



Fuente: Elaboración propia según datos de la Dirección de Salud

Debe agregarse la diversidad de modalidades laborales: carrera profesional hospitalaria, carrera profesional municipal, efectores del Seguro Público de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, contratos de locación de servicios, monotributistas dando lugar a situaciones en las que en los mismos espacios

laborales coinciden trabajadores con similares responsabilidades, distintos ingresos y distintas formas de pago

Más allá del análisis cuantitativo debe observarse que entre las enfermeras 11 son auxiliares, 8 han aprobado Tecnicaturas y 3 han completado o están cursando estudios universitarios siendo un avance en la profesionalización de la Enfermería en el Primer Nivel de Atención, y el 50% de los médicos tienen antecedentes de residencia completa, particularmente los que ingresaron en la última década. Solo una de las odontólogas ha cursado también la residencia

4.2.2.- Producto

Las mayores incumbencias sanitarias del Estado municipal, en gran parte en coherencia con la definición más amplia de salud y, en parte vinculadas con los alcances de la Atención Primaria de la Salud explicitados en la Declaración de Alma Ata; la mayor participación individual y colectiva de los ciudadanos en el cuidado de la salud y en la atención del proceso salud-enfermedad, la complejización de la consulta, el reconocimiento del Primer Nivel de Atención como espacio para la atención y la consulta, ampliaron el producto de las acciones ejecutadas en el Primer Nivel de Atención. Clásicamente se cuantificaron las prestaciones asistenciales, especialmente las médicas y odontológicas, por representar las que se incluyen en el componente Salud de la coparticipación y las históricamente brindadas a la comunidad considerando que las políticas sanitarias locales se orientan'' hacia los principales problemas de salud y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas'' como también '' el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales son acciones asumidas por este estado municipal'' y ''la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia''

Considerando el rol de la APS y el estado municipal sobre la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, las acciones de vacunación se sostienen y profundizan extendiéndolas a los barrios sistemáticamente

El estado municipal asume también su responsabilidad, la promoción de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico.

Tabla N° 10: Evolución de las prestaciones médicas. Dirección de Salud. Municipalidad de Berisso

Año	1991	1996	2001	2006	2011
Total prestaciones	57165	94327	104799	114768	90786

Fuente: Elaboración propia según datos de la Dirección

Las prestaciones médicas se incrementaron el 58.8% entre 1991 y 2011 aunque se observa un descenso del 13% de las prestaciones sostenida desde el año 2001 que podría explicarse por el descenso paulatino del número de médicos y subregistro prestacional, en particular de la Sala de Primeros Auxilios de Los Talas y del Dispensario Tetamanti que no incluye las prestaciones de Pediatría, Medicina General. Por otra parte deben analizarse las diferencias en la población con cobertura social entre 2001 y 2010, impacto de las políticas sociales, que puedan reflejarse en una menor demanda asistencial en el subsistema pública. Las prestaciones odontológicas se incrementaron en algo más del 200% en el mismo periodo. La división de las prestaciones entre Promoción y prevención, extracciones, amalgamas, prestaciones odontopediátricas permite observar, desde 2007 a 2009, una disminución del 26.6% de las extracciones y un incremento del 123% en las actividades de promoción y prevención, un aumento del 167 de las prestaciones odontopediátricas

Tabla N° 11: Evolución de las prestaciones odontológicas. Departamento de Odontología. Dirección de Salud. Municipalidad de Berisso

AÑO	PRESTACIONES
1991	14009
1996	24829
2001	29281
2006	29053
2011	42246

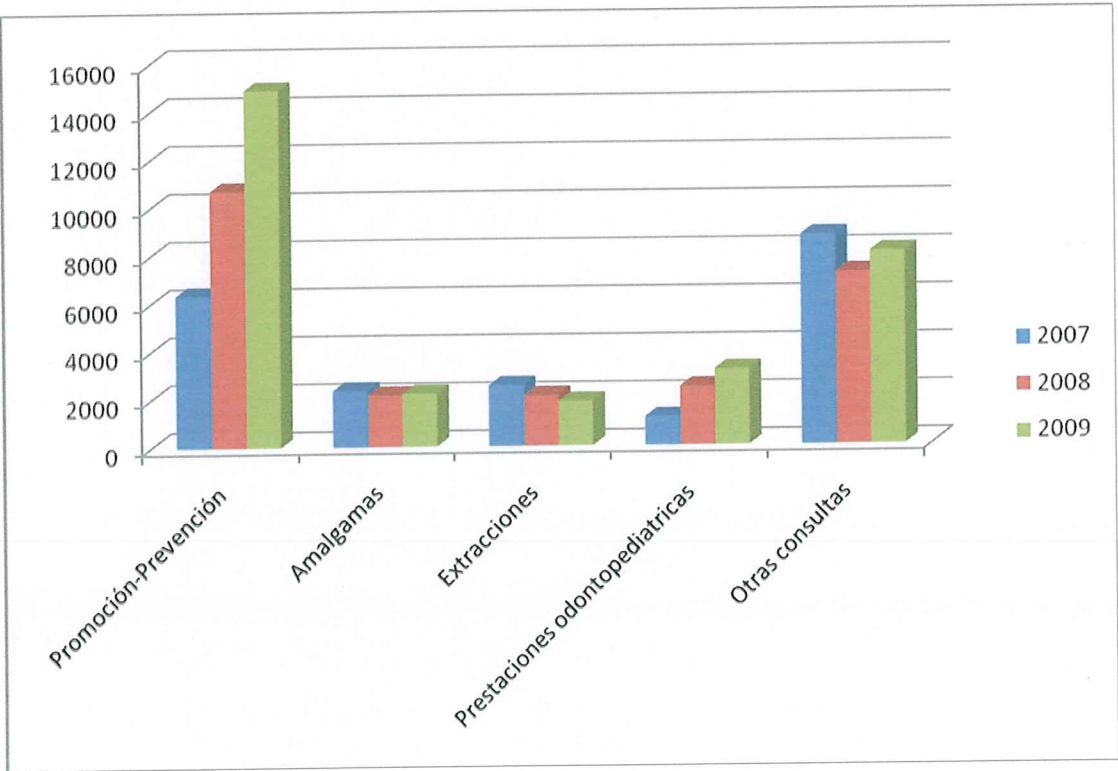
Fuente: Elaboración propia según datos del Departamento de Odontología

Tabla N° 12: Evolución de las prestaciones odontológicas. Departamento de Odontología. Dirección de Salud. Municipalidad de Berisso

Prestaciones	2007	2008	2009
Promoción-Prevención	6352	10716	14917
Amalgamas	2345	2161	2208
Extracciones	2531	2103	1858
Prestaciones odontopediatricas	1181	2439	3160
Otras consultas	8735	7179	8044
Total unidades odontológicas	26567	24598	60374

Fuente: Elaboración propia según datos del Departamento de Odontología

Gráficos N° 5: Evolución de las prestaciones odontológicas. Departamento de Odontología. Dirección de Salud. Municipalidad de Berisso



Fuente: Elaboración propia según datos del Departamento de Odontología

Tabla N°13: Evolución de prestaciones obstétricas. Dirección de Salud.
Municipalidad de Berisso

	Años						
	2005	2006	2007	2008	2009	2011	2013
	1552	1271	1320	1377	1624	1611	
Total HC	666	639	613	603	638	759	704
Porcentaje de embarazos atendidos en el PNA	42.9%	50.2%	46.4%	43.8%	39.2%	47.1%	
Gestantes 10-19 años					25.8%	23.3%	27%
Control precoz (antes de la semana 14°)	48.6%	54.3%	45.5%	49,90%	51.2%	56.3%	62.2%
Antes de la semana 16	57.5%	64.5%	54.5%	60%	60.6%	65.7%	70.8%
Antes de la semana 20	74.5%	79.3%		74,80%	75.2%	80.2%	83.6%
No control precoz	25.5%	20.7%	29.5%	25.2%	24.8%	19.8%	16.4%
5 o + controles	50.8%	58.1%	52.7%	53.7%	58.7%	63.1%	68.6%
Media de controles	4.8	5.3	5.05	5	5.3	5.69	6.3
Anémicas en último control	30.6%	18.3% (faltan datos 59.8%)	21% (faltan datos 59.7%)	16.6% (faltan datos 50.1%)	26.5%	25.7%	29.1%
Emb. c/ HTA	5.2%	3.2%		3.9%	5.3%	1.4%	3.8%
Adelgazadas	20.8%	20.4%	20.4%	25%	17.5%	19%	15.9%
Adelgazadas último control		17.6%	18.4%	21.2%	15.1%	13.6%	10.6%
Parto				56.9%	58.6%	55.6%	63.1%
Cesárea	24.4%	29.9%	25%	34.7%	35.4%	38.8%	33.3%
Aborto			7.3%	8%	5.1%	4.2%	2.9%
RN Bajo Peso		5.3%	3.08%	9.3%	9.5%	6.4%	6.4%
Falta de datos		65.9%	62.5%	60.7%	53.6%		41.9%
Deserción en último trimestre emb.	27.6%	24.3%	23%	25.4%	18.3%	20.7%	19%

Fuente: Elaboración propia según datos del equipo de obstétricas

Localmente se incorporó el análisis del **Porcentaje de embarazos atendidos en el PNA** manteniéndose en valores superiores al 40% (excepto en 2009) el porcentaje de gestaciones controladas en el Primer Nivel de Atención. Los datos estadísticos de indicadores obstétricos muestran un incremento del 28% de los controles precoces del embarazo (antes de la semana 14) y un descenso del 35.5% de los embarazos que no iniciaron controles precoces. La gestantes con 5 o más controles aumentó en el 35% y la media de controles es de 6

Se observa también un descenso del 23% de las embarazadas adelgazadas en el primer control y del 39.7% de adelgazadas en el último control, mientras que el diagnóstico de anemia en el último control fue variable.

La deserción en el último trimestre descendió el 31%.

El porcentaje de embarazo adolescente varió aunque se mantiene por encima del 25%

Mejóro el registro de datos observándose la disminución de “falta de datos” tanto en relación a “anémicas bajo control” como lo relacionado a RN de bajo peso

Por otra parte, en el marco de la Ley 25415 de creación del Programa Nacional de Detección Temprana y Atención de la Hipoacusia que define, en su Artículo 1°, como derecho de todo recién nacido acceder a estudios tempranos de su capacidad auditiva y declara como “obligatoria la realización de los estudios que establezcan las normas emanadas por autoridad de aplicación conforme al avance de la ciencia y la tecnología para la detección temprana de la hipoacusia, a todo recién nacido, antes del tercer mes de vida” en el Artículo 2°, se incorporó la realización de otoemisiones auditivas a todo recién nacido, de la ciudad de Berisso, sin cobertura social, con una elevado demanda en el último cuatrimestre de 2012 que decreció durante 2013 y 2014 al ofrecer el estudio el hospital local

Tabla N° 14: Otoemisiones. Dirección de Salud. Municipalidad de Berisso

	2012	2013	2014
Total	239	201	198

Fuente: Elaboración propia según datos de la Dirección.

Nota: Incluye solo enero- abril de 2014

Más allá del registro individual prestacional, el incremento y periodicidad de las actividades de promoción y prevención comunitarias, como aquellas orientadas a la captación de gestantes, niños y niñas o población vulnerable no se incluyen claramente en los registros. En los datos estadísticos de 2012 se observa “Prestaciones de Medicina Preventiva” con un total de 6712 no existiendo datos más claros.

Lo mismo sucede con las prestaciones de trabajo social, psicología y enfermería, no integradas históricamente dado que no se incorporaban a la información estadística provincial, excepto las acciones de vacunación. La continuidad de las mismas tanto en los centros de atención como en actividades territoriales permitió alcanzar cobertura de BCG de 97.2 al año de edad, coberturas descendentes del en las 1°, 2° y 3° dosis de vacuna antipoliomielítica entre 93 y el 89%, aunque para el Refuerzo se observa una disminución del 11.8% respecto del 2007 y coberturas mayores del 99% para Triple viral y vacuna antihepatitis A sostenidas desde 2009

Tabla N° 15 : Evaluación comparativa de la cobertura en menores de 1 año

BCG	2007	2008	2009	2010	2011	2013
<1 año	95.7	107,22	98,19	93.65	86.35	97.22
< 7 días	84.7	93,23	90,05	93.23	75.14	85.72
Anti HepatitisB						
Hasta 12 hs.	68.2	61.3	67.8	67.3	50.6	76.19
12 hs a 1 mes	22.7	26.0	23.6	15.8	16.9	6.14

Fuente: Elaboración propia según datos de Región Sanitaria XI

Tabla N° 16: Evaluación comparativa de la cobertura en menores de 1 año

Vacuna Sabin	1° dosis	2 dosis	3 dosis	Refuerzo
2007	102.6	97.4	104.4	87.8
2009	96.30	90.70	93.7	81.77
2011	94.73	93.8	98.56	83.66
2013	93.67	87.86	88.89	74.22

Fuente: Elaboración propia según datos de Región Sanitaria XI

Tabla N° 17: Evaluación comparativa de la cobertura en población al ingreso escolar

	<i>Triple viral</i>	<i>Triple bacteriana</i>	<i>Sabin</i>
2007	75.5	82	84.7
2009	93.48	87.40	93.93
2011	97.63	97.44	100.06
2013	67.9	87.15	87.79

Fuente: Elaboración propia según datos de Región Sanitaria XI

La cobertura para la población de 6 años ha presentado disminución entre 2011 y 2013 pese a las acciones continuas intra y extramuros, situación que merece una evaluación más estrecha

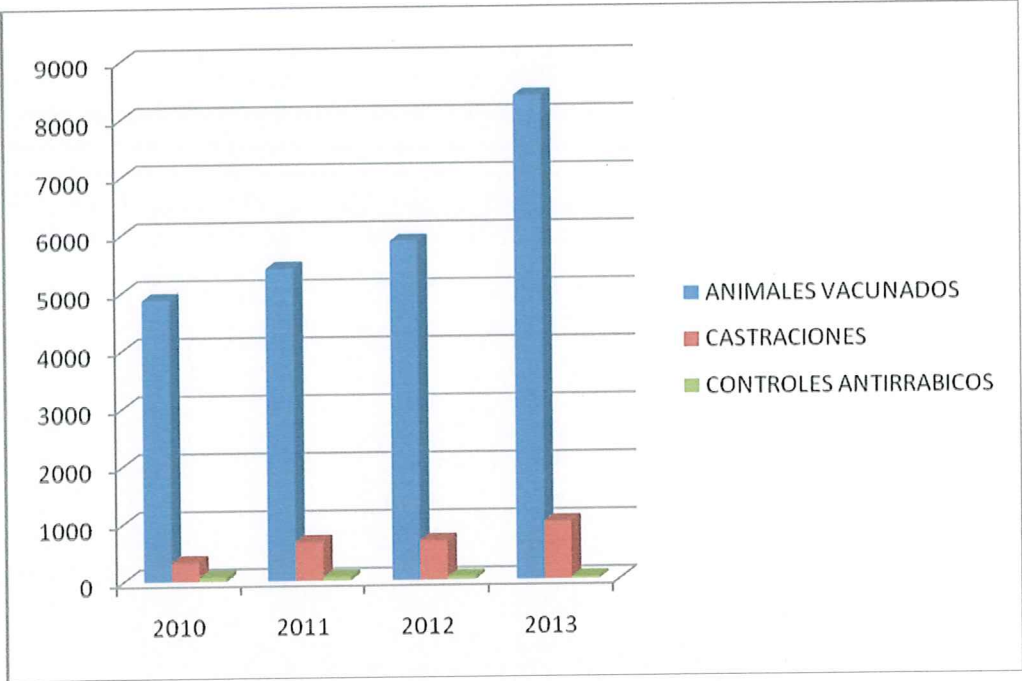
Por otra parte el área de Veterinaria también ha aumentando sus prestaciones en un 57%. Analizando la descripción de las prestaciones puede observarse un incremento del 203% en las castraciones realizadas (cabe agregar que se eliminó la tasa por servicios de esterilización en 2008); del 72% de animales vacunados. Es de mencionar que el número de profesionales de Veterinaria no se ha modificado y que en 2013 se incorporó el Hospital Móvil de la Facultad de Ciencias Veterinarias.

Tabla N° 18: Prestaciones del Departamento de Veterinaria. Dirección de Salud Municipalidad de Berisso.

PRESTACIONES	2010	2011	2012	2013
Animales vacunados	4872	5406	5869	8376
Castraciones	329	672	684	997
Controles antirrabicos	69	64	54	40
Total	7280	8153	8619	11426

Fuente: Elaboración propia según datos del Departamento de Veterinaria

Gráfico N° 6: Prestaciones del Departamento de Veterinaria. Dirección de Salud Municipalidad de Berisso.



Fuente: Elaboración propia según datos del Departamento de Veterinaria

Por otra parte la Dirección de Salud, interpretando las características de la Atención Primaria de docente e investigadora definidas por Zurro, fortaleció la articulación con centros de formación universitaria de la Región coincidiendo con el nuevo perfil de la Universidad Nacional La Plata orientado a una mayor participación en la comunidad.

Se profundizó el rol docente del Primer Nivel para estudiantes de Pre y postgrado iniciado con la Residencia Multidisciplinaria Integrada y las pasantías de estudiantes de algunas casas de estudios.

Se incorporaron Proyectos de Extensión Universitaria con las Facultades de Ciencias Veterinarias, Ciencias Exactas, Ciencias Médicas, Bellas Artes, Periodismo, Psicología reflejándose en el abordaje de temáticas relacionadas con la prevención de la violencia, la prevención de los accidentes domésticos; la detección y tratamiento de patologías visuales; la prevención de zoonosis, prevalencia de leptospirosis en canes, evaluación de calidad en el Primer Nivel de Atención generándose recursos orientados a la comunidad y una participación de los promotores de salud en el marco de la capacitación en servicio continua (Ver Anexo)

Con el mismo concepto, el Primer Nivel de Atención, que participó activamente en la formación de post-grado en Salud Social y Comunitaria, propuesta por el Ministerio de Salud de la Nación, fue el escenario para trabajos de investigación sobre diagnóstico nutricional, hipertensión arterial, la prevención de enfermedades de transmisión alimentaria y trabajadores de los equipos de salud presentaron trabajos de investigación en Congresos y Jornadas profesionales y técnicos de los equipos de salud como también están integrando los promotores de salud. (Ver Anexo)

La Dirección de Salud jerarquizó las acciones de capacitación del recurso humano mediante actividades de actualización sobre inmunizaciones dirigidas a las/los enfermeras/os con referentes de Región Sanitaria XI, capacitación continua del equipo de obstétricas, y de odontólogas/os con participación de invitados según temáticas sugeridas por las profesionales ampliándose las actividades con la incorporación de profesionales de otros ámbitos de la salud y la organización de Jornadas y la definición y validación de Protocolos de intervención para ambas especialidades

Por otra parte en 2009 se asumió la capacitación de las promotoras de salud, inicialmente con capacitadores del municipio, participantes de otros sectores y con articulación con la Escuela de Promotores del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación

4.2.3.- Financiamiento

Las políticas de Reforma del Estado descentralizaron las incumbencias desde los niveles nacional y provincial hacia el Estado. En la Gestión de salud en los municipios, Medina dice que al aplicarse la Ley 11554 ya los municipios financiaban distintos aspectos operativos de los CAPS. (28)

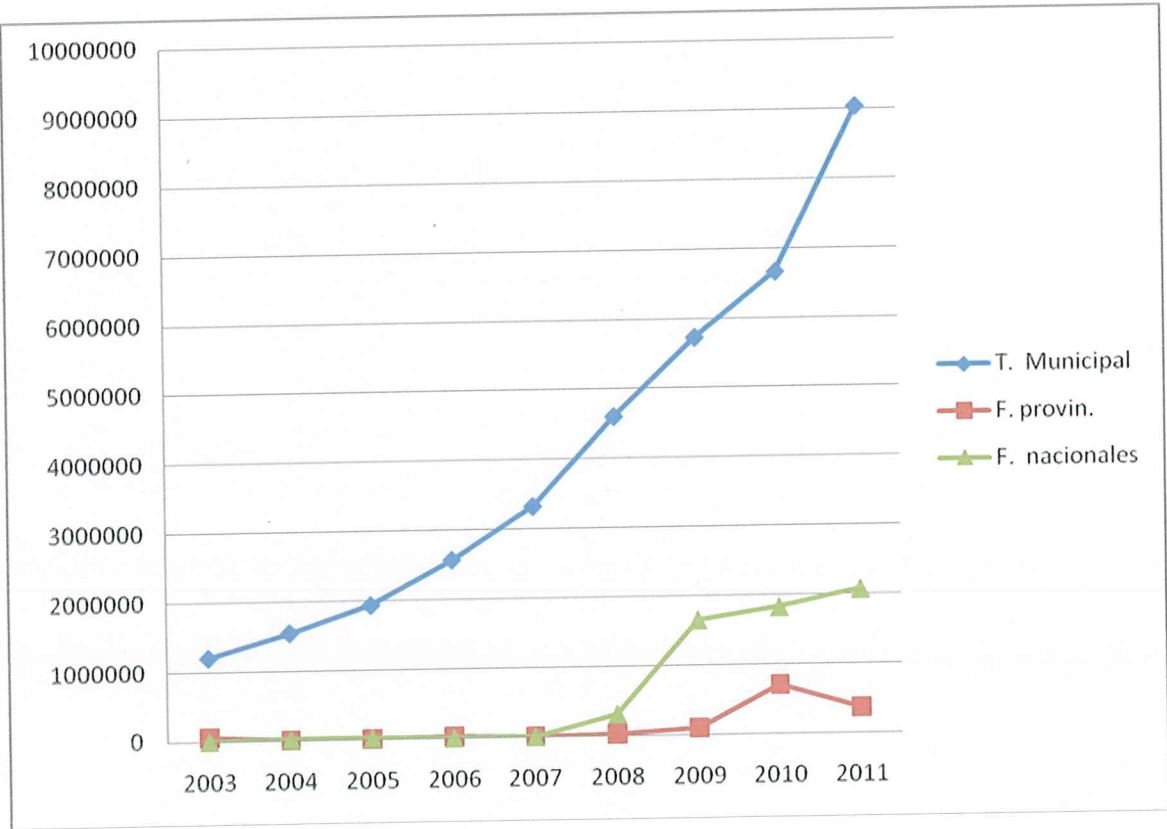
Analizando el presupuesto ejecutado entre 2003 y 2010 permite concluir la fuerte y sostenida inversión del estado municipal en salud como también el incremento del financiamiento directo de los estados nacional y provincial

Tabla N° 19 : Evolución de la inversión en salud según fuentes de financiamiento

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tesoro Municipal	1201494	1547080	1931097	2566857	3323098	4598105	5721647	6653058	9023709
Fondos provinciales	53169	630	0	16300	1200	14995	87285	699843	353236
Fondos nacionales	0	12534	12534	0	0	305800	1648528	1822206	2071918

Fuente: Elaboración propia según datos de la Secretaría de Economía

Gráfico N° 7: Evolución de la inversión en salud según fuentes de financiamiento.
Dirección de Salud. Municipalidad de Berisso



Fuente: Elaboración propia según datos de la Secretaría de Economía. Municipalidad de Berisso

El presupuesto municipal de 2014, destina al sector salud 9.03% representado el 77% por fondos del Tesoro municipal, el 21% recursos afectados transferidos por el Estado Nacional y el 1.8% transferencias del gobierno provincial (no incluye financiamiento indirecto de Programa Remediar)

Considerando la inversión municipal en salud por ciudadano, analizando los datos según el total de población del Censo de 2010, el estado municipal invierte 224.6\$ por ciudadano por año, de los cuales 173.07\$ son aportados del Tesoro Municipal mientras en 2003 la inversión en salud alcanzaba los 15.66\$ por ciudadano (95.8% con fondos del Tesoro Municipal) considerando 80092 habitantes de acuerdo a los datos del Censo de 2001. En la década que se extiende de 2003 a 2014 el incremento de la inversión en salud fue del 1334%

Tabla N° 20: Inversión anual en salud por habitante. Años 2003 y 2014

Año	2003	2014
\$ /habitante/año	15.66	224.6

Fuente: Elaboración propia según datos de la Secretaría de Economía. Municipalidad de Berisso

Analizando los componentes del ejecutado presupuestario puede observarse que el recurso humano compromete entre el 95% y el 86.9% dejando un limitado margen de recursos para otras inversiones en el área y considerando que en relación a los fondos provinciales no se incluyen los relacionados con el financiamiento del personal transferido, considerado como financiamiento indirecto y en curva descendente dada la disminución de la planta provincial, ni de los profesionales incorporados en el Seguro Público de Salud.

Tabla N° 21: Ejecutado presupuestario de la Dirección de Salud de Berisso. Años 2004 a 2010. Dirección de Salud. Municipalidad de Berisso

	2004	2006	2008	2010
Presupuesto Dirección de Salud	2992533	5278057	7775189	7993318
Presup. municipal ejecutado en RRHH	1401662	2183375	3868531	6950336

Fuente: Elaboración propia según datos de la Secretaría de Economía. Municipalidad de Berisso

ODONTOLÓGICA, ATENCION VETERINARIA, SEGURIDAD ALIMENTARIA a partir de las cuales se definen Metas Presupuestarias que en 2004 se limitaban a consultas médicas, odontológicas, veterinarias, provisión de medicamentos, análisis bromatológicos y escasas horas cátedra relacionadas con capacitación de personal. En la actualidad las metas se ampliaron en relación a las actividades reales que se efectúan por el equipo de salud, incluyendo acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad e incrementando fuertemente la capacitación del personal de salud

Tabla N° 22 : Metas presupuestarias 2004 y 2014

2004	2014
Asistencia médica Consultas: 185000	Asistencia médica Consultas: 150000 consultas
Asistencia odontológica Consultas odontológicas:29000 Unidades odontológicas: 55500	Asistencia odontológica Consultas odontológicas: 45000 Unidades odontológicas: 134000
Asistencia veterinaria Consultas: 4000	Asistencia veterinaria Vacunaciones: 500 Castraciones: 3500
Asistencia bromatológica Análisis: 1000	Auditorías: 400 Análisis: 400
	Atención psicológica
	Atención obstétrica
	Atención de enfermería
	Actividades de vacunación
	Relevamiento sociosanitario
	Radiografías
	Ecografías
	Otoemisiones acústicas
	Cobertura de eventos
	Traslados
Provisión de medicamentos Unidades: 109500	Obtención muestras de citología (PAP)
Capacitación de personal Horas cátedra: 120	Obtención muestras de laboratorio
	Provisión de medicamentos Unidades: 250000
	Capacitación de personal Horas cátedra: 1200 cátedra
	Seminarios de manipulación alimentaria
	Actividades comunitarias de promoción y prevención

Fuente: Elaboración propia según datos de la Secretaría de Economía. Municipalidad de Berisso

4.2.4.- EVALUACION DE CALIDAD Y ATENCION PRIMARIA

Asumiendo la realidad de la Atención Primaria como proceso, respetando, dentro del concepto de participación comunitaria, la imperiosa necesidad de continuar la construcción del Primer Nivel de Atención escuchando la voz y las opiniones de los actores y efectores de los equipos de salud locales se realizaron y realizan talleres y implementaron programas de evaluación en articulación con la Facultad de Ciencias Médicas

Un taller realizado por la Dirección de Salud en 2004 permitió determinar las fortalezas y debilidades definidas por los jefes de CAPS

2004
FORTALEZAS
➤ Ubicación estratégica de las Unidades Sanitarias en adecuadas condiciones edilicias, con infraestructura básica ➤ Personal que realiza en forma regular actividades de capacitación ➤ Personal del sector comprometido con la atención y contención del paciente ➤ Existencia de una red comunitaria solidaria que debería optimizar su rol de liderazgo favoreciendo la incorporación incondicional de otros actores sociales ➤ Convenio con el Servicio de Urgencias Médicas de Bomberos voluntarios de Berisso ➤ Convenio con el laboratorio del Hospital Mario V. Larrain que facilita la realización de estudios complementarios: Laboratorio y Anatomopatología ➤ Relación parcialmente fluida con Servicios del Hospital Sor María Ludovica ➤ Relación fluida con representantes Región XI

2004

DEBILIDADES

- Irregular aceptación del personal de salud en aspectos relacionados con la facilitación de la participación comunitaria, la promoción, la prevención dado que el concepto integral e intersectorial de salud no está aun aceptado ni internalizado en los profesionales del sector quienes aceptan la actitud pasiva del paciente en desmedro de fomentar su rol como participante del proceso de salud.
- Alta demanda asistencial que posterga las actividades comunitarias que faciliten la participación social, la promoción y la prevención.
- Falta de normatización diagnóstica y terapéutica en las patologías prevalentes
- Escaso número de profesionales, que respondiendo a los aspectos ampliados e integrales de la salud, deben cumplir una variada cantidad de actividades y funciones
- Falta de una Historia Clínica Única
- Falta de un Programa de Planificación Familiar serio, continuo y con recursos adecuados para brindar no solo medios anticonceptivos a la mujer, sino también para rescatar y fortalecer el rol de la maternidad y la paternidad, y el valor de cada individuo en sí mismo como pasos necesarios para respetar la esencia misma de la maternidad
- Falta de un programa de atención y contención de adolescentes respetando sus capacidades y considerando su espíritu solidario
- Falta de una red de referencia y contra-referencia con hospitales de derivación e interconsulta.

Llamativamente no se mencionó la participación comunitaria como tampoco aspectos relacionados con la intersectorialidad ni los sistemas de registros entre las fortalezas ni las debilidades.

Análisis de la estrategia de APS en Berisso

La participación de los nueve (9) Centros de Atención Primaria de la ciudad en el trabajo multicéntrico realizado en 106 efectores de cinco provincias sobre "Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS" permite asumir que los resultados del estudio se relacionan, en gran parte, con la situación local. (34)

El trabajo reveló un déficit de RRHH "para atender las demandas crecientes de la población" dificultando el acceso a la atención, particularmente para los nuevos perfiles epidemiológicos, mencionando como "el caso más mencionado y más crítico es la salud mental" y destacó que "100 % de los centros de salud contaba con profesionales médicos y con personal de enfermería mientras "sólo el 49 % dispone de un profesional en trabajo social o agente sanitario para la articulación de las acciones en desarrollo social.

En el trabajo, el 90 % de los centros cuenta con RRHH estables (dato vinculado con la realidad de la ciudad en el momento del estudio), el 62,5 % cuenta, además, con personal contratado y el 32,7 % con personal becado datos, estos últimos, no coincidentes con la situación en el partido

Las diferencias jurisdiccionales, en relación a las condiciones laborales, económicas y de horarios de trabajo (36 %, 49 % y 50 %, respectivamente) eran concordantes con la realidad local como también el frecuente recambio de personal. Como ocurre también con la apreciación del 38.8% que "refiere que trabajar en un CAPS se considera de menor prestigio que hacerlo en el hospital, tanto para la comunidad como para el propio equipo de salud".

El trabajo destaca la dificultad del trabajo interdisciplinario o en equipo, "no sólo en el primer nivel, sino también en la articulación con los de mayor complejidad." Y el 51% refiere acceso rápido a las normas de atención emanadas de los niveles superiores, pero también ausencia de normativas para diagnóstico y programación local.

En relación a recursos físicos y equipamientos: el documento permitió diagnosticar un alto porcentaje con déficit edilicio o de equipamiento. El 44,7 % de los centros tiene equipamiento inadecuado o insuficiente, con pobre mantenimiento; y sólo el 39,2 % dispone de accesos adaptados para personas con capacidades motoras diferentes.

El estudio avanzó sobre la provisión de medicamentos esenciales estando disponibles en el 82,9 % de los centros y el 49% recibe aportes del municipio o departamento al que pertenece y el 81 % de los entrevistados consideró que los medicamentos disponibles están acordes a las patologías prevalentes.

Resultó preocupante hallar que apenas algo más del 50% de tenía conocimiento sobre los programas vigentes, aunque el 75% opinaba que la calidad de los mismos era adecuada

En el documento se destacó la vigencia del modelo asistencial, el escaso porcentaje de centros con información sobre la comunidad de su área y falta de

definición clara de las áreas programáticas. Se describió también que más del 50% realizaba visitas en búsqueda de población en riesgo e identificación de necesidades, aclarando que “ no son percibidas por la comunidad en la misma magnitud ” y las actividades extra-asistenciales se realizaban habitualmente de manera asistemática, sin registros ni responsables identificados y debilitadas por la alta demanda

La articulación intersectorial se encontró como poco frecuente y no sistematizada y, pese a una resolutividad del 85%, la necesidad de atención de mayor complejidad deja al descubierto las dificultades en el proceso de referencia-contrareferencia, aún cuando se calcula en 10% el porcentaje derivación y la “ buena comunicación y articulación con el segundo nivel de atención ”, situación ya señalada por el equipo local en 2004

Por otra parte la población manifestaba no tener participación en la gestión de los centros de salud, fundamentalmente por desconocimiento de su papel en las estrategias de APS.

El estudio avanza en la elaboración de propuestas que incluyen:

- Establecer y fortalecer un sistema único de registro de salud con sustrato epidemiológico, factible de análisis rápido a nivel local y flexible a las características específicas de cada sistema, pero compatible con los niveles superiores que permita el diagnóstico y la planificación, monitoreo y evaluación de políticas y programas de salud.
- Establecer un programa nacional de monitoreo y evaluación de los programas de salud, de manera tal que promueva la investigación permanente en el ámbito de la gestión, desafiando el supuesto colectivo que no contempla al investigador-actor
- Asegurar la capacitación continua de los equipos de salud, incluyendo a los responsables de los programas sanitarios, con una estrategia basada en la práctica de la investigación en constante articulación con la práctica profesional.

Las dos primeras propuestas superan el ámbito local, mientras la aplicabilidad última depende de decisiones políticas locales.

Organización y funciones del sector salud municipal

Un análisis más amplio de las características propias del sistema local de salud deben extenderse a analizar la definición de funciones de la Dirección de Salud, la Subdirección, los Departamentos de Odontología y Atención Médica como también de técnicos y profesionales y la vigencia y adecuación en relación a la actual realidad e incumbencias sanitarias del municipio

De acuerdo a la Estructura Organizativa del Departamento Ejecutivo del Municipio de Berisso de 1983 , y de acuerdo a los Organigramas, Misiones y Funciones se definen las funciones de la Dirección de Salud, la Subdirección de Salud, los Departamentos de Odontología y de Atención Médica, la División de Educación para la Salud de acuerdo con una situación demográfica, socio sanitaria distinta de la actual, con un marco teórico marcadamente diferente dado los conceptos de la

Atención Primaria se encontraban casi naciendo, con un modelo sanitario asistencialista, una estructura sanitaria incipiente. No se incluyen en el análisis los Departamentos de Medio Ambiente ni de Veterinaria. El primero porque de acuerdo al Organigrama presenta dos divisiones: Recursos Naturales y Medio Ambiente, dependiente de la Dirección de Salud, y Saneamiento Ambiental, dependiente de la Secretaría de Promoción Social.

El Departamento de Bromatología, Veterinaria e Higiene, pasaron, desde 2005 a depender de la Dirección de Control Urbano priorizándose aspectos vinculados con el control e inspección. Las responsabilidades vinculadas con zoonosis, enfermedades de transmisión vectorial, patologías de transmisión alimentaria seguían siendo responsabilidad de la Dirección de Salud lo cual requiere modificar la estructura sanitaria del Municipio

DIRECCIÓN DE SALUD	
a) Administrar, supervisar y organizar los centros dispensarios y/o instituciones municipales de Medicina Preventiva	Vigente. Realizado por la Dirección
b) Controlar la higiene de establecimientos públicos y privados y adoptar las medidas que se crean convenientes	Las funciones de control e inspección son incumbencias de otra Dependencia Municipal

SUBDIRECCIÓN DE SALUD:	
a) Administrar y planificar las acciones de las instituciones municipales que hagan a la salud de la comunidad	Vigente. Incumbencia de la Dirección
b) Coordinar y supervisar las acciones de salud escolar que se implementen	Vigente. Incumbencia de la Dirección
c) Control higiénico-sanitario y bromatológico de establecimientos públicos y privados, de productos de consumo alimenticio y/o fabricación	La Dirección ha asumido la definición, implementación y evaluación de políticas de seguridad alimentaria. Las funciones de control e inspección son incumbencia de otra dependencia municipal
d) Control y supervisión, conjuntamente con los organismos competentes, de la calidad de los efluentes líquidos y gaseosos de las industrias del partido	La Dirección ha asumido la definición, implementación y evaluación de políticas medio ambientales
e) Combatir y colaborar en la lucha contra plagas y roedores que produzcan alteraciones en el medio ecológico	La Dirección ha asumido la definición, implementación y evaluación de políticas medio ambientales y de vigilancia y control de enfermedades vectoriales y zoonosis
f) Ordenar, registrar y archivar toda documentación que deba conservarse en la dependencia	Vigente. Dados los cambios en los sistemas de registro, información y comunicación requiere adecuación
g) Atender a la conservación y resguardo de elementos confiados a su custodia	Vigente

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA	
a) Supervisar y organizar las Unidades Sanitarias y centros de Atención	Vigente. Realizado por la Dirección
b) Dirigir y supervisar los Programas de Inmunizaciones que se implementan a nivel nacional, provincial y municipal	Vigente. Realizado por la Dirección. Debe considerarse la ampliación de las acciones de inmunización en virtud del aumento de vacunas y de la población objetivo
c) Dirigir y supervisar el Programa de Atención Primaria implementado o que se implemente, en los efectores sanitarios	Vigente. Realizado por la Dirección. Debe considerarse la ampliación de los programas de Atención Primaria
d) Certificación de aptitud psicofísica para el otorgamiento de la Libreta Sanitaria	Vigente. Los Certificados de Salud se extienden por profesionales de Salud de los CAPS. Se discuten las incumbencias en el componente de salud mental
e) Certificación de aptitud psicofísica para conductores de vehículos automotores, cualquiera fuera su tipo	Es incumbencia de otra Dependencia Municipal
f) Cumplimiento de los planes de prevención, recuperación y rehabilitación establecidos por el nivel Central para la lucha antituberculosa	Vigencia parcial dada la disminución de la prevalencia de tuberculosis. Debería contemplarse como Vigilancia y control de enfermedades transmisibles
g) Cumplimentar planes de prevención, recuperación y rehabilitación establecidos por el nivel central para las enfermedades de transmisión sexual	Vigencia parcial dado que la modificación epidemiológica de las enfermedades de transmisión sexual la vigilancia esta a cargo del sector hospitalario. Debería contemplarse como Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles
h) Confección de la Historia Clínica Individual y su actualización anual el personal del Plantel Básico Municipal	Función tercerizada desde 2000
i) Examen preocupacional, control de ausentismo y Junta Médica para el Recurso Humano Municipal	Función tercerizada desde 2000
j) Implementar y supervisar las acciones de prevención, recuperación y rehabilitación en los Institutos dependientes de la Dirección de Acción Social, de la Secretaría de Promoción Social	Vigencia parcial. A cargo de profesionales de la Dirección de Acción Social (guarderías y Hogar de Ancianos)
k) Ordenar, registrar y archivar toda la documentación que deba conservarse en la dependencia	Vigente . Dados los cambios en los sistemas de registro, información y comunicación requiere adecuación
l) Atender a la conservación y resguardo de elementos confiados a su custodia	Vigente

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA	
a) Atención de la salud buco-dental de la población en los aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación	Vigente
b) Implementación de acciones preventivas para los alumnos de las escuelas primarias del Partido en coordinación con Zonas Sanitarias de Capital	Vigente
c) Evaluación de la salud bucal y extensión de Certificados de Salud Buco-Dental	Vigente
d) Realizar campañas de divulgación sanitaria periódica	Vigente.
e) Efectuar Indices CPO, según sea requerido por la Dirección de Medicina Escolar del Ministerio de Bienestar Social	Vigente aunque no existe una articulación con la mencionada Dirección provincial
f) Reconocimiento odontológico del personal municipal	No se realiza en la actualidad. La atención de salud laboral se ha tercerizado a principios del año 2000
g) Reconocimiento odontológico a los solicitantes de Libreta Sanitaria	No se realiza en la actualidad
i) Realizar cursos de perfeccionamiento	Vigente.
j) Tomar conocimiento y registrar toda tramitación interna de la dependencia	Vigente. Dados los cambios en los sistemas de registro, información y comunicación requiere adecuación
k) Atender a la conservación y resguardo de los elementos confiados a su custodia	Vigente
l) Ordenar, registrar y archivar toda la documentación que deba conservarse en la dependencia	Vigente. Dados los cambios en los sistemas de registro, información y comunicación requiere adecuación
Colaboración de la Dra. Marta Secreti	

DEPARTAMENTO DE VETERINARIA

a) Observación de animales mordedores sospechosos para el diagnóstico de rabia	Vigente. Limitado por falta de caniles en el Municipio Se realiza cuando los animales se albergan en caniles de una Protectora (Prodea) o en domicilios de personas que se hagan responsables de su contención
b) Diagnóstico de Laboratorio por histopatología o inmunofluorescencia	La enunciación es muy amplia. Los exámenes se realizan en el Laboratorio Central del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires
c) Registro de profesionales en ejercicio privado que se hagan cargo de la observación de animales en domicilio	Vigente
d) Ejecución de campañas de vacunación masiva para caninos, felinos y cualquier otro animal susceptible de contraer zoonosis	Vigente. Según normas de la Dirección de Zoonosis Urbanas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
e) Castración de hembras.	Vigente extendida a hembras y machos
f) Captura de animales vagabundos	No vigente.
g) Habilitación, registro y control de albergues de animales, casas de ventas, criaderos, escuelas de adiestramiento, transporte, etc	No se realiza en la actualidad. La Dirección ha asumido la definición, implementación y evaluación de políticas de seguridad alimentaria. Las funciones de control e inspección son incumbencia de otra dependencia municipal
i) Detección y actuación directa en focos de ornitosis u otras zoonosis no tan comunes	Vigente. Intervención directa y articulada con el Departamento de Medio Ambiente y referente de CAPS del Area Programática
j) Control de certificaciones sanitarias y guías en todo movimiento o concentración de animales (exposiciones, remates, ferias)	No se realiza actualmente. Debe observarse el marco legal en este aspecto
k) Control sanitario en competencias deportivas donde intervengan animales (carreras cuadreras, domas, etc.).	No se realiza actualmente. Debe observarse el marco legal en este aspecto
l) Inspección, registro y control de explotaciones pecuarias (criaderos, engordaderos de cerdos, criaderos de aves, tambos, etc.) cuya producción se	No se realiza. La Dirección ha asumido la definición, implementación y evaluación de políticas de seguridad

destine o no dentro del Partido Inspección, registro y control de explotaciones pecuarias (criaderos, engordaderos de cerdos, criaderos de aves, tambos, etc.) cuya producción se destine o no dentro del Partido.	alimentaria. Las funciones de control e inspección son incumbencia de otra dependencia municipal. Se está analizando la incumbencia municipal en la habilitación dado que la legislación actual autoriza a la provincia perdiendo control el municipio
m) Ejecución de difusiones parcial o masivas mediante los medios disponibles, tendiente al control de la zoonosis u otras enfermedades infecciosas	Sólo se interviene para realizar eutanasia en casos de un animal no vacunado que haya tenido contacto con un murciélago positivo al virus de rabia
n) Determinar el sacrificio de animales en los casos extremos o legalmente establecidos	Parcialmente vigente desde la aprobación de la Ley de Provincia no Eutanásica
ñ) Firma de informes generales, certificaciones y habilitaciones.	Vigente
Colaboración del Dr. Nestor Pagano	

DEPARTAMENTO DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES	
1. Area de Medio Ambiente y Recursos Naturales	
a) Difundir y promover una conciencia ambiental que conduzca al compromiso de la ciudadanía en la conservación y mejoramiento del medio que habita	Vigente.
b) Promover la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones que afectan el medio ambiente y el control de su calidad	Vigente
c) Relevar y sintetizar la información necesaria para la caracterización técnica del ambiente y los recursos naturales, a fin de aportar elementos básicos de planificación	Vigente
d) Participar en la planificación de uso, conservación, mejoramiento del ambiente y los recursos naturales	Vigente.
e) Ejercer el control de todas las acciones humanas que afectan la calidad ambiental	Extremadamente amplia en su enunciación. Por otra parte las acciones de control son incumbencia de otra dependencia municipal
2. Area Ambiente y Comunidad	
a) Difundir y desarrollar programas de educación sobre medio ambiente y recursos naturales	Vigente
b) Promover la participación de la comunidad, individualmente o a través de las organizaciones libres del pueblo, en la planificación y control de políticas, construcciones y actividades productivas o asociadas a la residencia que impacten sobre el medio ambiente propiciando la gestión de conductas responsables	Vigente. Muy vinculada con 1b del inciso superior
c) Establecer relaciones con organizaciones ambientales y vecinales a fin de coordinar o realizar en forma conjunta acciones para la preservación y mejoramiento del ambiente	Vigente
3. Area de Planificación Ambiental	
a. Relevar y sintetizar las características, variaciones, calidades y aptitudes de los recursos naturales y el medio ambiente del distrito	Vigente. Muy vinculado a 1.c
b. Orientar la asignación de recursos en	Vigente aunque poco claro.

función de sus aptitudes y limitaciones, a los efectos de prevenir el deterioro del mismo	
c. Recomendar las condiciones en que deben desarrollarse todas las actividades humanas impactantes sobre el medio ambiente requiriendo para tal fin la documentación que considere oportuna	Vigente aunque excesivamente amplio el concepto de "todas las actividades humanas impactantes sobre el medio ambiente"
d. Participar en la planificación de los servicios públicos que preste la Municipalidad de Berisso en relación a residuos sólidos urbanos, aguas para consumo y aguas residuales	Vigente
e. Informar, según requerimiento de autoridades municipales o extramunicipales, sobre el impacto ambiental producido por hechos contaminantes o degradantes de los recursos naturales del ambiente humano y proponer las acciones tendientes a su minimización	Vigente
4. Tareas generales	
a. Registrar el movimiento de expedientes y demás documentos	Vigente
b. Llevar registro actualizado a los efectos de control de gestión	Vigente
c. Realizar y mantener actualizado el inventario y registro de bienes	Vigente
d. Desarrollar las actividades administrativas relacionadas al desempeño del personal	Vigente
DIVISIÓN CONTRALOR Y SANEAMIENTO AMBIENTAL	
1. Ejercer el control de todas las actividades potencial o efectivamente degradantes del medio ambiente aplicando normas de calidad ambiental	Vigente aunque excesivamente amplio el concepto de "todas las actividades"
2. Ejercer el control de todas las actividades de control y prestación de desinfecciones y eliminación de plagas	
Colaboración del Sr. Carlos Abalo	

DIVISIÓN DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El documento de 1983 define como misión: Planificar, programar, coordinar, dirigir y ejecutar políticas públicas del gobierno municipal en lo atinente a la educación para la salud, trabajando en un marco de relación directa con las áreas de cultura, educación, deportes y acción social, como también con entidades de bien público, colectividades, cooperativas y demás organizaciones, para la ejecución de programas de salud basados en dos pilares fundamentales de la Atención Primaria, la promoción y la prevención. Con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población sobre las bases de de la educación, el conocimiento, la solidaridad y la justicia social, integrando y cohesionando a la comunidad en el marco de un proyecto estratégico de reducción de las desigualdades sociales	Vigente. Vinculado directamente con el marco conceptual de la Atención Primaria dado que considera la intersectorialidad, la participación comunitaria a la que incluye en la planificación y la aplicación de programas de salud poniendo a la educación en un lugar preponderante. Permite deducir que incluye el criterio de universalidad. Ambito de aplicación: Dirección de Salud. No están incluidos implícita ni explícitamente en las funciones de la Dirección según el documento de 1983
---	--

Funciones

a) Entender lo inherente a la planificación, coordinación, conducción estratégica y ejecución de actividades educativas en salud referidas a problemas locales o normativos del Nivel Central, campañas de promoción, prevención, educación, asistencia social, desarrollo comunitario y planificación familiar en coordinación con otras áreas municipales, organizaciones o entidades no gubernamentales relacionadas al municipio que tengan como objetivo final el mejoramiento de la calidad de vida y la elevación del nivel de salud, asegurando la participación y el protagonismo integral del pueblo en una democracia con justicia social	Vigente. Vinculado directamente con el marco conceptual de la Atención Primaria dado que considera la intersectorialidad, la participación comunitaria a la que incluye en la planificación y la aplicación de programas de salud poniendo a la educación en un lugar preponderante. Actual ambito de aplicación: Dirección de Salud
b) Administrar los programas y acciones que garanticen la atención integral de la salud, como así también planificar, ejecutar, asistir, administrar y controlar todas las acciones y proyectos que tiendan a la optimización del estado de	Vigente. Ambito de aplicación: Dirección de Salud

salud psicofísica de la comunidad toda	
c) Concertar la política sanitaria tendiente al bienestar comunitario. Esta responsabilidad deberá garantizar las expectativas de la comunidad, en cuanto a requerimientos y anhelos, así como compatibilizar integralmente planes, programas y su implementación	Vigente Ambito de aplicación: Dirección de Salud
d) Articular la política educativa de Salud Municipal, formulando planes, programas y proyectos para su instrumentación coordinada con la Provincia, los municipios y otras, Instituciones Públicas, Privadas y/o Comunitarias	Vigente. Ambito de aplicación: Dirección de Salud
e) Elaborar programas de promoción comunitarias y de asistencia Social a los estados de necesidad personales, colectivos, y de atención social a discapacitados y su núcleo familiar	Actualmente incumbencia de la Dirección de Acción Social
f) Coordinar con la Provincia la implementación de una política educativa para la salud, promover programas y planes de prevención de la drogadependencia, alcoholismo, SIDA, cólera, enfermedades venereas, enf. Infectocontagiosas, desnutrición, etc.	Vigente. Ambito de Aplicación: Dirección de Salud
g) Desarrollar programas de Educación Familiar, protección integral de la familia, maternidad e infancia, juventud, educación sexual, mujer, tercera edad, etc.	Vigente. Ambito de Aplicación: Dirección de Salud
h) Capacitar personal especializado a los fines antes citados	Vigente. Ambito de aplicación: Dirección de Salud

En el contexto histórico mencionado es interesante el lugar que se le brinda a la educación de la salud como eje de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y como espacio para la participación de la comunidad. Por otra parte otorga al área la responsabilidad sobre salud laboral de los trabajadores municipales

Con respecto a las funciones definidas para el Recurso Humano de la salud se desempeña en la Municipalidad de Berisso, la Ordenanza 4012-18631/87, con fecha 24 de noviembre de 1987, en relación a Técnicos, el **Nomenclador de Funciones**, en su Anexo I se incluyen: Educador Sanitario, Educador Sanitario Auxiliar, Asistente Social, Auxiliar de asistente Social, Asistente Dental, Técnico Radiólogo, Auxiliar de Técnico Radiólogo, Enfermera Profesional y Auxiliar de Enfermería; Técnico y Auxiliar de Laboratorio; Técnico y Auxiliar de Estadística; Auxiliar de Veterinario y Técnico y Auxiliar de Saneamiento Ambiental.

En el Nomenclador, que precisa las funciones de las/los psicólogas/os, aunque desactualizadas, no se define el rol de administrativas de Atención Primaria, cuya responsabilidad en los equipos de salud es diferente de quienes se desempeñan en otras áreas; tampoco choferes de ambulancia, quienes no están incluidos entre el recurso humano municipal; de médicos, odontólogos, obstétricas.

ASISTENTE SOCIAL	
Agrupamiento Personal : Técnico Especializado	
CLASE I:	
a) Coordinar las tareas de los distintos servicios asistenciales de su área	Vigente. Aunque limita al ámbito asistencial. No incluye otros sectores vinculados con determinantes sociales de la salud
b) Colaborar en la organización de cursos de perfeccionamiento y/o capacitación	Vigente
c) Supervisar y asesorar al personal técnico y administrativo de su área.	Vigente
d) Controlar y firmar informes específicos	Vigente
e) Perfeccionar el servicio mediante reuniones de equipo tendientes a programar las tareas a desarrollar	Vigente
f) Colaborar y asesorar en estudios sociales de programas de vivienda, educación y promoción social.	Vigente
g) Participar en memorias e informes y/o reuniones con personal jerárquico superior	Vigente
Si bien las funciones definidas podrían considerarse vigentes, el Trabajador Social que puede considerarse en la Clase I, funciones de Coordinador, debería incluir tareas orientadas a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades; promover el trabajo en equipo (sugerido en e), la participación comunitaria y la intersectorialidad, realizar el análisis estadístico de los datos que surgieran de las acciones de la especialidad mediante registros validados . No incluye nuevas problemáticas de alto impacto social como las vinculadas con la violencia intrafamiliar o de género	
CLASE II:	
El documento aclara que requiere supervisión para las tareas que se le definen.	
a) Colaborar en la programación y realización de tareas de metodología social.	Vigente.
b) Orientar grupos humanos para el	Vigente

mejoramiento de sus condiciones de vida	
c) Realizar investigaciones e interpretaciones sobre desajuste social.	Vigente
d) Confeccionar estadísticas y memorias referentes al sector	Vigente
e) Colaborar en la ejecución y/o participar en cursos de perfeccionamiento y/o capacitación	Vigente
f) Organizar y asesorar grupos de trabajo cooperativos, ateneos culturales, juntas vecinales, clubes de madres y otras instituciones socio-culturales	Vigente
g) Participar en reuniones con personal jerárquico superior	Vigente
CLASE III: corresponde a los ocupantes de este cargo, bajo supervisión,	
Realizar encuestas socio-económicas y culturales, entrevistas domiciliarias y trámites en diferentes organismos públicos y privados e intervención en los tres ámbitos de actuación metodológica	Vigente
Orientar en problemas jurídicos, trámites jubilatorios, obtención de documentos. Participar en reuniones de equipos, cursos de perfeccionamiento y/o capacitación	Vigente
En todos los casos se requiere instrucción terciaria, título de Asistente Social y conocimientos de organización y manejo de personal. Es de observarse la aclaración de requieren supervisión para las tareas que realizan debiendo considerarse en quien recae la función de supervisión y, especialmente, la limitación de la condición mencionada. En todo caso no se condice con el espíritu de trabajo en equipo	

ENFERMERA/O	
Agrupamiento:	
CLASE I: El documento aclara que realizará tareas bajo supervisión	
a) Programar, controlar, supervisar, coordinar y evaluar las tareas de enfermería de los distintos sectores	Correspondería a Coordinación del Área
b) Ejecutar técnicas de la especialidad asignada	
c) Integrarse como efectores en los programas de nivel nacional o provincial	
CLASE II: El documento aclara que realizará tareas bajo supervisión	
a) Las tareas se extienden a todas las actividades inherentes a enfermería	Vigente
b) Demostrar conocimientos teórico-prácticos de asepsia, antisepsia, esterilización	Vigente
c) Determinación, registro e interpretación de funciones vitales	Vigente
d) Demostrar conocimientos teórico-prácticos de la indicación, contraindicación y aplicación de vacunas, sueros y medicamentos	Vigente
e) Demostrar conocimientos teórico-prácticos para la extracción de muestras de sangre u otros humores orgánicos para análisis.	Vigente
f) Deberán poseer conocimientos de enfermería necesarios para realizar tareas adecuadas a las distintas especialidades médicas.	Vigente
En ambos casos se requiere instrucción secundaria y título de Enfermero/a	
AUXILIAR DE ENFERMERIA El documento aclara que realizará tareas bajo supervisión	
Funciones: similares a las anteriores	Vigente

Describen como características especiales: exposición a riesgo por enfermedades infectocontagiosas; trabajar de pie y cumplir horario variable y extraordinario
Requiere Certificado de Auxiliar de Enfermería o equivalente
Es de observarse la aclaración de requieren supervisión para las tareas que realizan debiendo considerarse en quien recae la función de supervisión y, especialmente, la limitación de la condición mencionada. En todo caso no se condice con el espíritu de trabajo en equipo

En la actualidad entre el recurso humano desempeñan sus funciones Auxiliares de Enfermería, Licenciadas/os y Enfermeras/os Universitarias debiendo considerarse su Agrupamiento en Personal Profesional.

PSICOLOGO/A	
Agrupamiento Personal : Personal profesional	
CARGO: PSICOLOGO A CLASE I:	
Corresponde a los ocupantes de este cargo, realizar bajo directivas generales, pero con autonomía en las decisiones, las tareas técnicas y administrativas, a desarrollar por los psicólogos a su cargo, en función del área específica asignada dentro de la investigación y aplicación psicoanalítica en general	
a. Coordinar grupos operativos	Correspondería a Coordinación del Área
b. Estructurar planes de asesoramiento y difusión	
c. Adaptar y reparar material técnico a utilizar	
d. Tomar a su cargo, todas las fases de diagnóstico y terapia psicológica en casos complejos	
e. Instruir a los profesionales que ingresen	
Define como requisito: Conocimientos de conducción de personal y programación de tareas	
CARGO: PSICOLOGO B CLASE II:	

Corresponde a los ocupantes de este cargo, realizar bajo supervisión , pero con autonomía:	
a. Higiene, diagnóstico, prevención, pronóstico, curación e investigación en el desarrollo evolutivo a nivel individual, grupal, institucional	Vigente
b. Realizar exámenes psicológicos individuales y/o grupales, a niños, adolescentes y adultos	Vigente
c. Realizar tratamientos psicológicos	Vigente
d. Coordinar grupos de discusión, tendientes a la orientación de padres, asesoramiento de maestros, asistentes sociales, educacionales, profesionales y técnicos en general	Vigente
También menciona como requisito contar con conocimientos de personal	
CARGO: PSICOLOGO C CLASE III	
Corresponde a los ocupantes de este cargo, realizar bajo supervisión , pero con autonomía:	
Realizar estudios de homogenización de grupos escolares, orientación vocacional, rendimiento, adaptación	Vigente
Realizar entrevistas de examen y apoyo, psicopedagógicos adecuados	Vigente
Realizar, bajo supervisión, investigación y aplicación de técnicas psicológicas con el fin de seleccionar, orientar, reubicar, capacitar y evaluar al personal municipal	Vigente
Realizar orientación y re-orientación profesional	Vigente
Intervenir en la resolución de problemas suscitados en el seno del grupo laboral	Vigente
Menciona como requisito contar con conocimientos de personal y manejo grupal	
Es de observarse la aclaración de requieren supervisión para las tareas que realizan debiendo considerarse en quien recae la función de supervisión y, especialmente, la limitación de la condición mencionada. En todo caso no se condice con el espíritu de trabajo en equipo	

El documento municipal no menciona la importancia de las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad ni de las actividades intra y extramuros para enfermeras/os, orientándose a un perfil predominantemente asistencial. No menciona tampoco la importancia de registros y hace ligera mención a las actividades de vacunación. Tampoco es claro el alcance de la supervisión y a cargo de quien está la misma

En cambio es más adecuada la descripción de funciones del área de Trabajo Social proponiendo la integración activa en los equipos locales, la intersectorialidad y la intervención en actividades comunitarias con actores sociales

Llamativamente no se describen las funciones de administrativas/os del sector sanitario, de médicos, obstetras, como tampoco la de choferes de ambulancias y vehículos sanitarios, pero se incluyen ampliamente la de Educador/a Sanitaria, como Agrupamiento Técnico

El documento define claramente:

EDUCADOR SANITARIO: cuyas tareas incluyen: elaborar planes de Educación Sanitaria, comunitaria; coordinar con organismos similares de otras dependencias públicas y privadas; redactar material informativo y organizar campañas de difusión sanitaria por los medios habituales; realizar y controlar encuestas, estadísticas y cursos sanitarios; realizar estudios de las necesidades educativas de la comunidad referidas a salud; instruir a grupos humanos sobre aspectos básicos de la salud, motivándolos para la adopción de hábitos higiénicos.

Define también como funciones organizar actos y reuniones de educación sanitaria. Cooperar en los programas educativos, campañas sanitarias, campañas de vacunación domiciliaria, realización de catastros clínicos, que se lleven a cabo en el servicio.

En el caso de **EDUCADOR SANITARIO AUXILIAR**, se aclara que las tareas, que realizará bajo supervisión incluyen participar en la organización de actos, reuniones, programas de Educación para la Salud, campañas de vacunación y catastros clínicos, realizando las tareas administrativas vinculadas a los mismos.

Cabe agregar que no revista ningún recurso humano en este rol con designación en planta municipal ni financiamiento municipal y las funciones que se describen pueden considerarse las que realizan en la actualidad los Promotores de Salud

Los documentos no definen las funciones de obstétricas, médicos ni odontólogos en quienes podría asumirse que están interpretados en las Leyes de Ejercicio de

las respectivas profesiones aunque deben evaluarse en el marco de la Atención Primaria de la Salud y el Primer Nivel de Atención.

Desde 2013, la aplicación del Programa de Mejora Continua para la Calidad en los CAPS de Berisso y del Proyecto de Extensión Universitaria sobre Calidad Para La Equidad En Salud, en su primer informe demuestra que, mientras algunas áreas superan el 50% de cumplimiento (recursos materiales e insumos entre 87 y 84%, planta física 68%) el área definida como conducción y gestión alcanza el 43% y normas el 35%.

El componente conducción y gestión considera aspectos vinculados con características geográficas, demográficas y sociosanitarias del Área Programática, los problemas prioritarios y las normas priorizan la disponibilidad de normas sobre notificación obligatoria de enfermedades y sobre el abordaje de las actividades que son pilar de la Atención Primaria (Control del niño, el adolescente y la gestante; normas de vacunación, de evaluación del desarrollo; de tratamiento de infecciones respiratorias, diarreas y anemia; etc.)

Tabla N° 23: RANKING AREAS DE EVALUACIÓN

Recursos materiales: 87%
Insumos : 84%
Actividades del equipo de salud sobre la comunidad 68%
Planta física 68%
Actividades de organización 57%
Recursos humanos RH 49%
Participación social 46%.
Conducción y gestión 43%
Referencia contra referencia 38%
Normas 35%
Registro e información 25%

Fuente: Proyecto programa de mejora continua para la calidad en los CAPS de Berisso Proyecto de extensión: calidad para la equidad en salud **Informe de avance:** Cierre de la etapa de evaluación y planificación. Julio de 2014

Considerando que, desde la definición de las funciones descriptas en el documento municipal, en 1983, la población alcanzaba los 64000 habitantes, la estructura sanitaria se limitaba a las Unidades Sanitarias N° 16, 19, 35, 41 y Dispensario Tetamanti; los planes y programas eran muchos más limitados y sus alcances orientados a un sector de la comunidad enmarcados en un modelo asistencial, se estima la necesidad de crear un nuevo marco normativo acompañando la construcción de la Secretaria de Políticas Sanitarias adecuada a

la nueva realidad sanitaria del estado municipal en consonancia con el modelo asistencialista, hospitalocéntrico y médico hegemónico, y acercándose a uno integral, participativo, integrador, equitativo, universal, que jerarquice la docencia y la investigación, que facilite la integración y articulación de las acciones sin generar intenciones de generar estamentos meramente burocráticos y dentro de la planificación continua según el perfil epidemiológico

Paralelamente debe ampliarse en los documentos del gobierno local a los cargos, servicios, técnicos y profesionales describiendo sus funciones en el contexto de la Atención Primaria y debe accederse a Normas y Protocolos Asistenciales.

Se define y propone la creación de la Secretaria de Políticas Sanitarias definiendo que la Misión se extiende a “ crear y consolidar un sistema de salud municipal capaz de promover la salud de la población, con criterios de universalidad, equidad, eficacia y sustentabilidad y coherente con la definición de salud de la Declaración de Alma Ata, estado de completo bienestar físico, mental y social que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva” y aclara que políticas de salud que implementará el municipio estarán orientadas a los ciudadanos de Berisso en el marco de las Funciones Esenciales de Salud Pública.

Se detallan funciones que incluyen, además de la fiscalización del funcionamiento de los establecimientos de salud, la implementación de políticas sanitarias basadas en la persona como ser integral, en la equidad en el acceso, la calidad en las acciones de salud; en conceptos de gestión que contemplen la planificación, el financiamiento, la normatización y la evaluación y en el rol docente e investigador de la Atención Primaria jerarquizando al capital humano que se desempeña en los equipos de salud . El mismo documento asume la incumbencia de la Secretaria en la definición de políticas relacionadas con la seguridad alimentaria, la salud animal y el medio ambiente y los recursos naturales en tanto impactan sobre la salud pública como también su responsabilidad en la definición y aplicación de medidas sanitarias requeridas para el control de enfermedades prevenibles.

Se interpreta que es la instancia del gobierno local responsable de gestionar la intersectorialidad, la articulación entre el Primer y Segundo Nivel y en legislación y regulación de acciones de prevención de riesgos sobre la salud

Se propone la modificación de la Dirección de Atención Primaria orientándola hacia un enfoque vinculado con la Declaración de Alma Ata y las Normas de Calidad del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica pero también incorporando las definiciones y los aportes de referentes locales que participaron activamente en el diseño de Departamentos y Divisiones que protagonizaron el crecimiento y los cambios del estado municipal en el abordaje de la salud pública.

Mención especial merece la definición de las funciones y alcances escritos en 1983 para la División Educación para la salud. Gran parte de ellos se adoptan para la Coordinación de Salud Comunitaria, garantizando la universalidad de sus

acciones a todos los ciudadanos y promoviendo el acceso a las distintas tecnologías y alternativas comunicacionales.

El documento sugiere la creación de la Sub-Dirección de Planificación de la Salud, responsable de la evaluación continua de programas socio-sanitarios, datos epidemiológicos, de articular con todos los componentes de la Secretaría para garantizar la aplicación de los programas y la oportuna generación e información de datos; definir y aplicar indicadores que permitan medir la calidad, extensión e impacto de las intervenciones en salud e identificar enfermedades prevalentes y/o de alto impacto en la salud-enfermedad de los ciudadanos de Berisso. (Ver Anexo)

Por otra parte, en virtud, del lugar ganado por la Atención Primaria de la Salud como espacio para el desarrollo de acciones de docencia de pre y posgrado, y de investigación se creó el Centro de Estudios Sociosanitarios

Parte de estas modificaciones ya se iniciado lo cual lo demuestran los decretos:

- Creación del Servicio Extrahospitalario Municipal. Decreto 363ECENE
- Creación del Centro de Investigaciones Socio-sanitarias
- Creación del Departamento de Seguridad Alimentaria
- Definición de funciones de responsables de Centros de Atención Primaria. Decreto 3105AABKB
- Definición del Reglamento de Vehículos Sanitarios. Decreto 5659FSGHH

Por otra parte se han propuesto los decretos respondiendo a los cambios operativos

- Modificación de las funciones del Departamento de Odontología
- Modificación de las funciones del Departamento de Recursos Naturales, unificando su vinculación con la actual Dirección de Salud
- Modificación de las funciones del Departamento de Veterinaria y Zoonosis

Se sugerirá la modificación de la División de Educación que será denominada División de Salud Comunitaria. Dependerá en forma directa de la Secretaría de Políticas Sanitarias y fortalecerá las acciones de salud comunitaria mediante la utilización de las distintas estrategias comunicacionales, con criterio de calidad, universalidad y respetando aspectos culturales y sociales de la comunidad y propiciando la articulación con las distintas dependencias municipales.

Se estudia los alcances que incluirá la Creación de la Junta de Discapacidad que, en términos operativo cumple, lo que se considera parte de sus funciones desde noviembre de 2013

Más compleja es la redefinición de funciones de los distintos integrantes de los equipos de salud, dado que deben considerarse el rol de los mismos, y adecuar los cargos y clases, de acuerdo al desarrollo de los técnicos y profesionales en

una etapa de mayor complejidad en la problemática asistencial, un creciente nivel de capacitación de los trabajadores.

En todos los casos debe conceptualizarse desde la visión de equipos de trabajo y analizar el término "supervisión" e incluir funciones orientadas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, siempre desde el concepto más amplio de salud; a propiciar las acciones extramuros y la participación comunitaria, y a fortalecer el rol docente e investigador de la Atención Primaria de la Salud.

En relación a enfermería si bien deben analizarse desde la Ley de Ejercicio Profesional, se entiende importante incluir, más firmemente su responsabilidad en acciones de inmunización, eje de la Atención Primaria de la Salud.

En el corto plazo, establecer los mecanismos para incluir en el Agrupamiento Personal Profesional a las/los Licenciadas/os en Enfermería y las/los Enfermeros Universitarios en respeto del compromiso individual en alcanzar mayores niveles de capacitación y de jerarquización del estado municipal con equipos altamente profesionalizados.

También el rol de las/los trabajadoras/es sociales se ha complejizado, paralelamente el nivel de formación, incluyendo profesionales universitarias, con residencias de formación completas, postgrados en Salud Social y Comunitaria.

Según la LEY 10751 COLEGIO DE ASISTENTES SOCIALES los profesionales del Servicio Social, podrán ejercer su profesión en relación con las distintas áreas y actividades, entre las que precisa Salud y aclara "todas aquellas áreas en que deba tratarse el bienestar social, así como aquellas que pudieren en lo sucesivo requerir de sus conocimientos específicos".

La misma ley refiere que "podrán hacerlo en forma individual o integrada en equipos multidisciplinarios" y que "los dictámenes y demás actos efectuados en su ejercicio profesional serán válidos en toda actuación ante autoridad pública o entidad privada, sin más requisito que la rúbrica y sello del profesional habilitado, matriculado ante el colegio respectivo".

En el marco legal las funciones que se determinan incluyen: asesoramiento en la determinación de políticas de acción social, participación en la formación, organización, conducción y administración de servicios de promoción social; investigación, planificación, coordinación, ejecución y evaluación de programas de acción social y promoción comunitaria, como así también de aquellos que fueren de su específica competencia; y habilita a los profesionales para el desempeño de direcciones, cargos, funciones, misiones o empleos privados o públicos de servicio social de oficio o a propuesta de parte.(35)

Según el Programa de la Residencia de Trabajo Social en Salud el Trabajador Social aporta "una lectura de los problemas salud-enfermedad-atención desde el conocimiento de la teoría social, entendiendo a la misma como un cuerpo complejo de proposiciones relacionadas que se autoderivan, se autoexplican, concernientes a una estructura dinámica del modo de reproducirse de un determinado ser social". En el mismo documento se precisa que el "Trabajo Social requiere fundamentarse en conceptualizaciones que habiliten la reformulación de la práctica profesional a partir de la comprensión de procesos complejos: la relación entre el Estado, las políticas sociales, las instituciones y los

sujetos, en el marco de la plena vigencia de los Derechos Humanos de los sujetos y los grupos sociales, con una clara intencionalidad transformadora y en un esfuerzo creativo permanente". (36)

La Norma de Organización y Funcionamiento del área de Servicio Social de los Establecimientos Asistenciales, según Resolución 482/2002 si bien hace mención a la Resolución Ministerial Nº 282/ 1994 sobre Criterios Básicos de Categorización de Establecimientos Asistenciales con internación, aclarando que "la categorización está basada en la factibilidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano y no en la complejidad de la tecnología disponible, define definen los niveles alcances y objetivos del Area de Servicio Social "

Así, describe 3 niveles y especifica que el Nivel I (Bajo Riesgo) es la puerta de entrada a la red, que define como "de mayor complejidad dado que requiere mayor despliegue de estrategias de intervención interdisciplinaria, intra y extra murales, intersectoriales, con mecanismos explícitos de referencia y contrarreferencia"

Según el documento "aborda situaciones con mayor atravesamiento ante problemas de alta complejidad social, mediante los tres niveles de intervención profesional individual, grupal y comunitario, actuando (prioritariamente) en el lugar donde se genera la necesidad, " " propicia el acceso a la red de servicios o sistema en gran parte de los casos", " interviene en la formación y articulación de redes sociales intersectoriales que contribuyen al cuidado y atención de la salud incidiendo en la disminución de la morbimortalidad" y realiza investigación y diagnóstico de las condiciones de salud en la población

Explicita también que genera actitudes de participación que faciliten la asunción de responsabilidades en el cuidado y atención de la salud entre los miembros de la comunidad a través de acciones de promoción, prevención, protección, atención y rehabilitación a fin de disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir.

Aclara que su ámbito de aplicación se extiende a:, Centros de Salud, Unidades Sanitarias y Establecimientos Hospitalarios.

La mencionada Resolución precisa que los alcances y objetivos de la especialidad "requiere estrategias de intervención disciplinaria e interdisciplinaria, intra y extra institucionales, con mecanismos explícitos de referencia y contrarreferencia, inter y extra sectoriales." Y que en el sector salud es "la unidad encargada de las actividades que intervienen en la identificación, prevención y tratamiento de situaciones de carencia, desorganización o desintegración social de los pacientes que se encuentren dentro del régimen de internación o ambulatorio y a sus familiares. Coordina, prevé y organiza el personal y material necesarios para sus actividades específicas. Tiende a favorecer la accesibilidad a la salud por medio de la eficaz utilización de recursos que garantice la equidad mediante acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación tendientes a procurar el mejoramiento de la calidad de vida de la población, y permite la detección, análisis e información de las carencias, déficit y/o limitaciones de los

recursos institucionales intra y extra sectoriales que obstaculicen su integral atención.”(37)

En relación a las funciones de las/los psicólogas/os, integrantes de profesionales de la especialidad que se desempeñan en Atención Primaria de la ciudad aclara que “ el rol y las funciones que desempeñamos los psicólogos en los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención no se encuentran especificados en ninguna normativa de carácter legal. Es por ese motivo, que las consideraciones que se presentan a continuación se enmarcan en lo establecido en la Ley de Ejercicio Profesional de la Psicología de la Provincia de Buenos Aires (Ley N°10.306 y sus modificaciones: Ley 372 y Ley 10381) del año 1985, el Código de Ética del Colegio de la Provincia de Buenos Aires (Distrito XI) y la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 promulgada en el año 2010 e incluyen:

- Brindar tratamiento psicológico individual.
- Realizar la atención clínica de niños, adolescentes y adultos.
- Recibir demandas de atención tanto individuales, como familiares, institucionales, judiciales.
- Llevar adelante dispositivos de “*primera escucha*”, en función de delimitar la demanda en juego y tomar la decisión correspondiente en cada caso, tanto en lo que se refiere a modo de abordaje del mismo y, en los casos en los que sea necesario, realizar la referencia o derivación pertinente.
- Trabajar de manera interdisciplinaria con los miembros del equipo de salud del que forma parte.
- Planificar y llevar a cabo proyectos de intervención comunitaria, de manera interdisciplinaria y con la participación de la comunidad.
- Propiciar, planificar, desarrollar y evaluar actividades de promoción y prevención de la salud, desde un punto de vista integral de la salud y haciendo hincapié en las potencialidades de los sujetos y los grupos.
- Participar de actividades de capacitación profesional. Además será función del psicólogo generar y propiciar espacios de capacitación para otros integrantes del equipo de salud o actores de la comunidad.
- Participar en el abordaje de casos específicos de manera Intersectorial
- Realizar certificados que constaten la aptitud del entrevistado para ingresar a cursos de estudios de diversa índole. Queda exceptuado de dichas certificaciones, aquellas que habiliten la portación y tenencia de armas tanto en el ámbito público como privado (empresas de seguridad privada), siendo el REPAR (Registro Provincial de Armas) el único organismo habilitado a tal fin.

Las mismas profesionales definen como ámbito de trabajo del psicólogo y el lugar de desarrollo de sus intervenciones tanto el Centro de Salud, como así también fuera de él, Instituciones (Escuela, Centro Vecinal, Clubes, Comisarias, Hospitales, Universidades, Centros de Formación, etc.) o en distintos espacios en los que transita la población a su cargo (por ejemplo: visitas domiciliarias,

actividades al aire libre, realización de encuestas en terreno, etc.) y consideran “parte fundamental de la labor del psicólogo contar con espacios de Supervisión de casos en los que trabaja, que afecte parte de su carga horaria, en tanto la supervisión o análisis de control es un requisito primordial para la calidad de atención brindada”. (36)

No están descriptas las funciones de las obstétricas en el Primer Nivel de Atención. La Obstétrica Patricia Baraukas, con más de 20 años en la Atención Primaria detalla como funciones de la **Obstétrica en el Primer Nivel** sugiere que a las profesionales de la especialidad les corresponde integrar los equipos de Atención Primaria de manera activa y participativa y crear a la vez un espacio para la atención integral, teniendo en cuenta las necesidades emocionales, sociales, culturales e intelectuales de las mujeres sus niños y sus familias.

Considera sus funciones proveer control pre-natal mediante la atención de mayor calidad de embarazos de bajo riesgo, de manera de prevenir, detectar y tratar oportunamente complicaciones del embarazo, enfermedades, sub clínicas y clínicas, a la vez que vigilar el adecuado crecimiento y vitalidad fetal y Promover el control puerperal

Dentro del concepto de integralidad de la Atención Primaria de la salud extiende la responsabilidad de las profesionales a brindar atención integral, y particularmente relacionada con la salud sexual y reproductiva de las mujeres que asisten a los servicios públicos de salud, garantizando su inclusión en el sistema, sobre todo a aquellas identificadas como población de riesgo, garantizando el acceso a estrategias tendientes al diagnóstico temprano de patología genito-mamaria.

Incluyendo la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades incluye como funciones: fortalecer y estimular la participación en el cuidado de la salud, brindando contenidos educativos, para la salud de la madre, el niños y la familia; promover estilos de vida saludable; participar activamente en la preparación integral para la maternidad y la lactancia, Brindar consejería salud sexual y procreación responsable y Brindar asesoramiento preconcepcional

La profesional explicita las competencias de las obstétricas y licenciadas en obstetricia:

- referenciar a la gestante de riesgo al segundo nivel de atención, facilitando el acceso de la misma a la consulta recurriendo a estrategias tecnologicas disponibles (sistema la solicitud de turnos programados telefónicamente o por otra vía)
- Implementar estrategias junto con promotores y el resto del equipo de salud para facilitar el acceso de la embarazada tanto al primer nivel como al segundo.
- Actuar como nexo facilitador para la realización de exámenes complementarios (exámenes de laboratorios y ecografías) e interconsultas con otros profesionales y/o a otros servicios.

- Participar de reuniones de equipo interdisciplinarios del centro de salud, como así también, las que se realizan en articulación con otros centros de salud, centros barriales, instituciones educativas u otros programas municipales, provinciales o nacionales
- Participar en tareas de promoción y prevención de la salud de acuerdo a las propuestas que se prioricen en el centro de salud, la comunidad o ante situaciones de emergencia
- Garantizar el registro adecuado y oportuno de las acciones realizadas
- Colaborar con la implementación de programas de salud,
- Generar de datos estadísticos con los fines de planificación estratégica, estudios epidemiológicos y evaluaciones.
- Participar de capacitaciones, actualizaciones, estudios de investigación y/o publicaciones.

El Veterinario Nestor Pagano, quien integra el equipo de profesionales que anteriormente se desempeñaban en el Departamento de Zoonosis de la Municipalidad de Berisso analizó las tareas descriptas.

Dado que esta Dirección ha iniciado el Programa Continuo de Evaluación de Calidad, en el cual se está realizando la evaluación de las funciones de los/las odontólogos/os, se analizará con el equipo de psicólogas, obstétricas y referentes del Programa, de la Facultad de Ciencias Médicas la adecuación de la propuesta de las profesionales proponiendo la participación de todos los profesionales de una y otra especialidad en coherencia con el concepto de participación en la planificación

4. CONCLUSIONES.

El Estado Municipal ha asumido paulatinamente responsabilidades sanitarias que fueron rompiendo el clásico modelo asistencialista y hospitalocéntrico y transformándose en un modelo más cercano a la definición de Atención Primaria.

El incremento del financiamiento directo, el aumento del recurso humano con financiamiento municipal son un reflejo de tal modificación. La gestión sanitaria, y en especial la labor continua de los equipos que se desempeñan en el ámbito sanitario local permitieron acercar esos conceptos a los ciudadanos, algo demostrado parcialmente por las estadísticas prestacionales médicas y odontológicas pero también la mejoría de los indicadores de control gestacional que expresan lo que sucede con la población que concurre a los Centros de Atención Primaria de la Salud. Las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades entre las que las acciones de inmunización, intramuros y territoriales; las actividades en instituciones educativas, la utilización de las distintas estrategias comunicacionales sugieren la universalidad de las acciones locales de salud

En el contexto del cambio del paradigma sanitario el Estado municipal inició la transformación del marco legal local adecuando la estructura sanitaria municipal a las funciones reales, actuales.

De igual manera debe abordarse la reforma de las funciones definidas para profesionales, técnicos, y trabajadores en general, del sistema de salud, aspecto en el cual la Dirección de Salud está avanzando con la Facultad de Ciencias Médicas

Más profunda es la necesidad de una definición de los gobiernos nacional, provincial y municipal en consolidar el sistema de financiamiento para el Primer Nivel de Atención, unificar los modalidades de inclusión laboral del capital humano que se desempeña en el sector en la búsqueda de la estabilidad, con salarios adecuados a la responsabilidad que supone el trabajo en salud y con aplicación de indicadores

Queda pendiente aún la modificación del componente "Salud" en la Coparticipación que solo considera las prestaciones médicas y odontológicas y que se aleja de financiar al sector sanitario municipal y, a nivel local, mejorar los registros, socializar el alcance de Programas y Planes, Normas y Protocolos.

Dado que el Estado Nacional en una década jerarquizó el Primer Nivel de Atención sería importante consolidar al mismo mediante la creación de una Ley de Atención Primaria con fuerte concepto federal, fortaleciendo la salud como derecho

Si bien los cambios aparecen como positivos para la Atención Primaria, se está aún muy lejos de la propuesta de un Sistema de Salud basado en la APS como lo sugiere la Organización Mundial de la Salud

De todas formas mantienen vigencia las palabras de Ramón Carrillo

''La utopía es pensar y anhelar algo que parece imposible algo digno de la condición de los hombres. Ponerse a trabajar, marginalmente en la utopía, pero tomando las precauciones para que nunca se cumpla del todo''

5. BIBLIOGRAFÍA.

1. Ley 11554, de 1994 la Provincia de Buenos Aires
2. Taller sobre interculturalidad en Salud en 2009
3. Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. Amando Martín Zurro y Gloria Jodar Solà
4. ESTADO Y SALUD EN LA ARGENTINA Perrone N y Teixidó L.
5. Los mitos de la historia argentina II. Pigna, Felipe Editorial Planeta, Buenos Aires 2004
6. Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina. Tobar F. 2001
7. Ramón Carrillo, el fundador del sanitarismo nacional, Alzugaray R. Editorial Colihue, Buenos Aires, 2009)
8. Plan Sintético de Salud. 1952-1958. Ramón Carrillo
9. Constitución Nacional de la Nación Argentina. 1994
10. Decreto N° 143/98
11. Resolución N° 1830/95. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
12. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1946
13. Declaración Universal de Derecho Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. 1948
14. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Organización de Estados Americanos. 1948
15. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Asamblea General de las Naciones Unidas. 1965
16. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966
17. Folleto informativo No.16 (Rev. 1) - Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Naciones Unidas. 1996
18. Observaciones generales aprobadas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Centro de Derechos Humanos. Naciones Unidas. 1993
19. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Asamblea General de las Naciones Unidas. 1979
20. Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea de las Naciones Unidas. 1989
21. La Salud como Derecho. Gillone A. Mayo, 2008
22. Constitución de la Provincia de Buenos Aires. 1994

23. Ley Orgánica de las Municipalidades de la Provincia de Buenos Aires.
DECRETO-LEY 6769/58
24. DECLARACION DE ALMA-ATA Conferencia Internacional sobre Atención
Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
Organización Mundial de la Salud
25. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o
regresividad en el derecho a la salud? Ivan Ase, Jacinta Burijovich
26. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador
Julio 2005. OMS
27. Plan Federal de Salud 2004-2007 . Presidencia de la Nación. Ministerio de
Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Mayo de 2004
28. La gestión de salud en los municipios. Medina A.
29. La contaminación atmosférica y la salud de la población en la micro región
La Plata, Berisso y Ensenada – definición de variables e indicadores de
Gestión en el marco de políticas públicas. Blanco, E.; Porta, A.
30. Caracterización Productiva Regional – La Plata, Berisso y Ensenada. Año
2010. Maestría en Dirección de Empresas. Facultad de Ciencias
Económicas. Universidad Nacional de La Plata
31. Apoyo a la instalación del Observatorio Social del Sistema de Promoción y
Protección de los Derechos del Niño en la provincia de Buenos Aires. 2011
32. Informes de gestión del Intendente Municipal Jorge t. Matkovic al Presidente
del Partido Justicialista de Berisso, Juan Rocich. 1974, 1975. Documento
inédito
33. Centros de Atención Primaria de Salud: radiografía de su distribución en la
Argentina. Maceira D. , Olaviaga S., Kremer P., y Cejas C. Agosto de
2006
34. Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS. Paganini J,
Etchegoyen G, Bo A, Fredeimberg A, Matkovic G, Zelayeta A y otros.
Revista Argentina de Salud Pública . Vol. 1 - N° 2 - Marzo de 2010
35. Ley 10751 Colegio de Asistentes Sociales. Texto actualizado con las
modificaciones introducidas por las Leyes 10.920, 11.855 y 12.008
36. Programa de la Residencia de Trabajo Social en Salud el Trabajador Social.
Producto colectivo de residentes, becarios de post-residencia, Jefes de
residencia, Instructores y miembros del Área de Evaluación de Residencias.
Abadie, M., Alvarez, J., Caballero, A., Gagliardi, M. y otros. 1998
37. Norma de Organización y Funcionamiento del área de Servicio Social de
los Establecimientos Asistenciales
38. Funciones del psicólogo en el Primer Nivel de Atención de la ciudad de
Berisso. Maciel M., Pomi M. 2014. Trabajo no publicado

5. ANEXOS

Visto

Que la salud es un bien jurídico colectivo.

Que requiere del accionar preventivo que el Estado debe desarrollar, y garantizar el derecho al acceso a las prestaciones y servicios necesarios.

Que las políticas de descentralización, las crecientes demandas de los ciudadanos y la complejización de la problemática social han traído como consecuencia la asunción de nuevos roles por parte de los municipios

Que el crecimiento de la incumbencia del estado municipal en el desarrollo de las políticas sociales en general y de las competencias; y el sostenimiento del sistema de cuidados de la salud en particular, en conjunto con el desarrollo de nuevas expresiones de organización social, han modificado el tipo de respuesta que tradicionalmente han brindado los municipios.

Que en el campo de la salud y como resultado de la aplicación de políticas de descentralización que hacen énfasis en el ejercicio del poder local, se hace necesario un modelo de gestión que conjugue la naturaleza compleja de los problemas de salud de la población y las mejores capacidades institucionales para resolverlos

Considerando

Que el nivel local es el espacio privilegiado desde el cual evaluar el ciclo que media entre un problema y su resolución y en torno al cual distintos actores públicos y de la sociedad toman posición

Que en el espacio local concurren una identidad social común, un sistema de interacciones con cierta autonomía, unidad política y administrativa y un espacio de integración social

Que el Municipio es concebido como una institución natural producto de la tendencia natural de los hombres a la sociabilidad y la politicidad

Que una mirada amplia de los conceptos de salud-enfermedad debe incluir el impacto de las condiciones sociales y del medio ambiente como factores determinantes

Que factores demográficos, sociales y epidemiológicos impactan en la planificación de las políticas sanitarias

Que se hacen necesarios nuevos espacios de articulación de políticas y nuevas modalidades organizativas hacia el interior de la organización del estado municipal que impliquen mayor capacidad de resolución, mayor poder de gobernabilidad y mayor

desarrollo de los espacios de articulación entre los distintos actores sociales que forman parte de la problemática sanitaria.

Que se hace necesario construir espacios de legitimidad, aumentar la participación ciudadana, transparentar la relación entre estado y sociedad civil, mejorar y potenciar las capacidades del estado para cumplir con su rol.

Que los servicios de salud son abarcados por el concepto de servicio público, por lo tanto implican un conjunto de actividades vinculadas a la promoción, protección, curación y rehabilitación de la salud, que desarrollan los organismos públicos.

Que se puede sectorizar en organizaciones de salud municipal a todas las acciones que desarrollan los municipios, ya sea las de prestación directa de servicios, las de carácter regulatorio o las de financiamiento a terceros, y que pueden haber sido auto asumidas o adjudicadas por transferencia desde el del nivel central.

Que para garantizar el derecho de la comunidad a la salud, implica la necesidad de instrumentar una política sanitaria que integre los diferentes niveles de gestión, valorando las diferentes dimensiones de la persona como ser integral, fortaleciendo la equidad en el acceso, el financiamiento solidario, la normatización, la planificación de las acciones de los diferentes subsectores y la evaluación del impacto de los diferentes Programas.

El Intendente Municipal de la Ciudad de Berisso, haciendo uso de las facultades que el cargo le confiere:

DECRETA

Artículo 1º : Crease la **Secretaría de Políticas Sanitarias** cuya misión será crear y consolidar un sistema de salud municipal capaz de promover la salud de la población con criterios de equidad, eficacia y sustentabilidad y coherente con la definición de salud de la Declaración de Alma Ata como el estado de completo bienestar físico, mental y social que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva

Asumiendo, por otra parte que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas al igual que el entorno físico deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo

Artículo 2º: Procédase por medio del Departamento de Coordinación General de Presupuesto a la adecuación de las partidas presupuestarias correspondientes.

Artículo 3º: El presente Decreto será refrendado por los Señores Secretarios de Gobierno, Economía y Promoción Social

ANEXO

Artículo 1º: La misión de la Secretaría de Políticas Sanitarias será implementar políticas de salud orientadas a los ciudadanos de Berisso en el marco de las Funciones Esenciales de Salud Pública:

1. Monitoreo del estado de salud para identificar los problemas de salud – enfermedad de la comunidad.
2. Diagnóstico e investigación de los problemas de salud y de los riesgos en la comunidad.
3. Información, educación y empoderamiento de las personas en temas de salud.
4. Movilización de asociaciones comunitarias para identificar y resolver problemas de salud.
5. Desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva.
6. Cumplimiento de leyes y regulaciones que protejan la salud y los derechos vinculados con la misma
7. Vinculación de las personas con servicios de atención de salud
8. Garantía de recursos humanos competentes para la salud pública y la atención de salud.
9. Responsabilidad en la implementación de políticas orientadas a la seguridad alimentaria promoviendo los derechos de los consumidores y la responsabilidad social de productores y expendedores
9. Responsabilidad en la implementación de políticas orientadas a la conservación y mejoramiento del medio ambiente
9. Evaluación de la eficacia, accesibilidad y calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
10. Investigación sobre nuevos enfoques y soluciones innovadoras para los problemas de salud.
11. Creación y fortalecimiento de relaciones institucionales con organizaciones locales, regionales, provinciales y nacionales
- 12- Creación y fortalecimiento relaciones con instituciones educativas tendiendo a la formación y capacitación continua del capital humano

Artículo 2º : Las funciones de la Secretaría incluyen:

- a. Implementar políticas sanitarias que integren los diferentes niveles de gestión, valorando las diferentes dimensiones de la persona como ser integral, fortaleciendo la equidad en el acceso, el financiamiento solidario, la normatización, la planificación de las acciones de los diferentes subsectores y la evaluación del impacto de los diferentes Programas.
- b. Fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud, definida, desde la Declaración de Alma-Ata y respetando los alcances enunciados en la misma
- c. Fiscalizar y dirigir el normal funcionamiento de los establecimientos de salud
- d. Gestionar los recursos necesarios para lograr el normal funcionamiento de los establecimientos de salud municipales
- e. Conocer los eventos de salud-enfermedad de impacto sanitario por su prevalencia o por el riesgo en la salud colectiva; como también participar en la definición y aplicación de medidas sanitarias requeridas para el control de enfermedades prevenibles
- e. Promover la articulación de las acciones entre todos los sectores comprometidos con la salud de los ciudadanos de Berisso
- f. Promover una sólida y creciente articulación entre el Primer y Segundo Nivel de Atención y entre los subsectores público y privado
- g. Definir e implementar políticas relacionadas con la salud animal y su impacto sobre la salud pública
- h. Definir e implementar políticas orientadas a garantizar la calidad y seguridad alimentaria a los ciudadanos de Berisso
- i. Promover la realización de acciones de promoción de la salud en la comunidad y desarrollo de programas para reducir riesgos y daños a la salud que cuenten con una activa participación ciudadana; fortalecimiento de la intersectorialidad con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción de la salud.
- j. Promover la creación de conductas y espacios saludables
- k. Promover la aplicación coordinada y articulada de programas internacionales, nacionales, provinciales y/o locales de prevención, promoción, atención y recuperación de la salud en beneficio de los ciudadanos de Berisso
- l. Definir e implementar mecanismos de evaluación cuali-cuantitativa de las acciones de salud

- m. Proponer y establecer políticas de recursos humanos tendientes a garantizar la calidad de las acciones de salud.
- n. Promover la capacitación continua del recurso humano de salud propiciando convenios con organismos formativos locales, regionales o internacionales
- o. Generar políticas tendientes a promover la investigación en salud pública en el espacio local
- p. Promover estrategias tendientes a obtener financiamiento para acciones tendientes a lograr las mejores condiciones de salud de la comunidad
- q. Participar en la legislación y regulación de acciones de prevención de riesgos sobre la salud

Artículo 3º: Crease la Dirección de Atención Primaria cuyas funciones incluyen:

1. Planificar y ejecutar acciones que hagan a la salud de la comunidad
2. Garantizar las prestaciones del Primer Nivel en Centros de Salud municipales considerando que los mismos incluyen como Normas Técnicas Mínimas:
 - a) **Atención de la Salud de los Niños:** Revisiones del Niño Sano de 0-23 meses. Revisiones del Niño Sano de 2-5 año. Revisiones del Niño sano de 6-14 años. Detección temprana de enfermedades. Atención de las enfermedades prevalentes. Control y prevención de enfermedades inmunoprevenibles
 - b) **Promoción, prevención y asistencia en salud bucal**
 - c) **Atención de la Salud de la mujer:** De la Embarazada y la puerpera alcanzando la responsabilidad a la captación temprana de la gestante y del niño. Educación y consejería en salud sexual y procreación responsable
 - d) Diagnóstico Precoz del cáncer génito-mamario
 - e) **Atención de la salud de ciudadanos adultos:** Prevención de Enfermedades no transmisibles. Atención y educación a Pacientes Crónicos: Hipertensos, Diabetes, EPOC, Obesos, Hipercolesterolemia
3. Garantizar la óptima implementación de Programas de Salud locales, provincial y nacional acordes a la realidad epidemiológica, demográfica, social de la ciudad
4. Participar en la definición y aplicación de medidas sanitarias requeridas para el control de de enfermedades prevenibles que por sus características o por su prevalencia tengan impacto en la comunidad
5. Promover la articulación entre los todos los sectores vinculados con la salud de los ciudadanos de Berisso
6. Promover la realización de acciones de promoción de la salud en la comunidad y desarrollo de programas para reducir riesgos y daños a la salud que cuenten con una activa participación ciudadana; fortalecimiento de la intersectorialidad con el fin de hacer más eficaces las acciones de promoción de la salud.

Artículo 4º: Créanse las **Jefaturas de Unidad Sanitaria** cuyas funciones incluyen

a. Programar y supervisar las actividades técnico-administrativas del centro de salud, de acuerdo con las políticas y estrategias fijadas por el nivel correspondiente.

b. Asegurar el cumplimiento de las normas administrativas que regulen la actividad del personal que desarrolle tareas en el ámbito del centro de salud correspondiente, cualquiera sea su situación de revista y su dependencia administrativa laboral.

c. Diagramar, conjuntamente con la Dirección de Atención Primaria, las licencias del personal a su cargo, a fin de no interrumpir o deteriorar la prestación de los servicios que brinda el centro de salud.

d. Formular el cálculo presupuestario anual correspondiente a su centro de acuerdo con las metas establecidas para el período, elevándolo a la superioridad cuando le sea requerido (Jefatura de área programática).

e. Representar administrativamente al centro en las instancias que así corresponda.

f. Responsabilizarse de la totalidad del material, equipos, aparatos y drogas, pertenecientes ó a cargo del centro de salud, debiendo comunicar a la jefatura del área programática y al nivel central correspondiente cualquier deterioro, sustracción ó anomalía que pueda observarse respecto a dichos elementos.

g. Asegurar y supervisar las prestaciones apropiadas para servir a la totalidad de la población de su responsabilidad, tanto en sus aspectos de recuperación como en los de promoción, prevención y rehabilitación de la salud.

h. Asegurar el correcto registro de la totalidad de las prestaciones realizadas en el centro de salud y en el seno de la comunidad, así como la remisión periódica de dicha información a los niveles establecidos en la normativa correspondiente,

i. Participar, junto con la Dirección de Salud en la definición de la población de su responsabilidad.

j. Implementar los mecanismos adecuados para la caracterización de dicha población en cuanto a sus variables socio-demográficas y epidemiológicas.

k. Estudiar las condiciones ambientales de su área de responsabilidad, relevando la problemática específica y desarrollando las acciones de saneamiento pertinentes que sean de su competencia.

l. Investigar las características antroponozoonóticas del área, a fin de dar respuesta a las necesidades que emerjan de dicho estudio.

m. Participar en la definición y aplicación de medidas sanitarias requeridas para el control de enfermedades prevenibles

n. Desarrollar las estrategias de participación comunitaria, que hayan sido determinadas, oportunamente y en forma concertada, con los niveles correspondientes.

o. Promover la educación para la salud de la comunidad a la que sirve a través de los mecanismos apropiados.

p. Garantizar niveles de cobertura epidemiológicamente aceptables en la prevención de patología Inmunoprevenible, en su área de responsabilidad.

q. Promover todas aquellas actividades dirigidas a la capacitación del personal bajo su dirección, impulsando la creación, implementación y desarrollo de las estrategias que posibiliten la educación continua de los componentes del equipo de salud que actúa en el centro a su cargo.

r. Disponer, en forma conjunta con el nivel correspondiente y la Dirección de Atención Primaria, las medidas de seguridad necesarias para el resguardo de los bienes y las personas que se encuentran involucradas, en la actividad habitual del centro.

s. Desempeñar las funciones asistenciales que le sean propias, de acuerdo a su especialidad y a las reglamentaciones vigentes.

Artículo 5º: Modifícanse las funciones del **Departamento de Odontología** considerándose como tales:

- a. Organizar, conducir, administrar y supervisar las actividades relacionadas con la Odontología en el marco conceptual de Atención Primaria de la Salud
- b. Garantizar que la actividad odontológica asistencial se cumpla en forma suficiente, eficiente, oportuna, humana e igualitaria y con calidad
- c. Garantizar las actividades de promoción de la salud y prevención de la salud bucal ámbito del CAPS y extramuros según la realidad socio-sanitaria del espacio local
- d. Aplicar la planificación estratégica con participación activa del equipo de odontólogos a definir objetivos y metas y actividades.
- e. Asegurar y supervisar las prestaciones apropiadas para servir a la totalidad de la población de su responsabilidad, tanto en sus aspectos de recuperación como en los de promoción, prevención y rehabilitación de la salud con criterios de calidad, equidad, oportunidad de acuerdo a las normativas vigentes
- f. Asegurar el correcto registro de las prestaciones realizadas
- g. Elaborar un presupuesto adecuado que asegure la provisión de Insumos necesarios para el desarrollo normal de las actividades.
- h. Distribuir en tiempo y forma los insumos requeridos por los profesionales.
- i. Llevar un registro de los materiales que se entregan así como los que se encuentran en reserva..
- j. Proveer de materiales e insumos necesarios para el cumplimiento de las tareas que atañen a la disciplina, asegurar el funcionamiento y el mantenimiento del equipamiento

- k. Mantener reuniones de equipo, al menos mensuales, orientadas a fortalecer la comunicación, fomentar relaciones interpersonales favorables basadas en el respeto, mantener informados a todos los participantes sobre los programas socio-sanitarios vigentes, los resultados de los mismos, la presentación de problemáticas sanitarias y de propuestas de resolución de las mismas, evaluación de las actividades desarrolladas e intercambio de ideas favoreciendo el intercambio de conocimientos y experiencias vinculados a la disciplinas
- l. Responsabilizarse del buen uso de la totalidad del material, equipos, aparatos, insumos.
- m. Promover todas aquellas actividades dirigidas a la capacitación del personal bajo su dirección, impulsando la creación, implementación y desarrollo de las estrategias que posibiliten la educación continua de los odontólogos a su cargo.
- n. Promover actividades tendientes a la investigación y docencia de pre y posgrado de disciplinas relacionadas con la salud
- o. Realizar y analizar las estadísticas de las prestaciones realizadas.
- p. Asesorar sobre los convenios que realice el Municipio en relación con la disciplina, supervisar el adecuado cumplimiento de los convenios vigentes.
- q. Articular con las autoridades sanitarias locales acciones integrales e integradas en el área específica de la salud bucal
- r. Asesorar a la autoridad sanitaria local sobre las actividades de la especialidad, tanto asistenciales como aquellas extramuros que se realicen los odontólogos en articulación con los programas sanitarios locales e informando sobre la programación, objetivos y resultados
- s. Articular con los Jefes de los CAPS las actividades que realizan los odontólogos, los objetivos y los resultados de las mismas.
- t. Proponer, coordinar y evaluar programas Municipales, Provinciales y Nacionales relacionados con odontología.

Artículo 6°: Crease el **Departamento de Seguridad Alimentaria** siendo sus funciones:

- a) Dirigir, programar, coordinar y ejecutar actividades de vigilancia de alimentos orientadas a la protección al consumidor en el marco de las políticas y planes de desarrollo municipal.
- b) Supervisar, difundir y fiscalizar la aplicación de las normas sobre control de alimentos y protección al consumidor.
- c) Promover la investigación y la aplicación de tecnologías mejoradas apropiadas a la realidad socioeconómica y cultural para la protección de los alimentos comercializados.
- d) Preparar, capacitar y supervisar procedimientos de inspección y control en las fases de producción, comercialización y expendio de alimentos, tanto de establecimientos como de manipuladores.
- e) Promover y organizar el control de alimentos en programas de mejora de la seguridad alimentaria y nutricional de grupos vulnerables.
- f) Promover la captación continua de recursos para reforzar el financiamiento del Área.
- g) Promover la producción de alimentos en origen.

Artículo 7°: Créase la **Sub-dirección de Veterinaria y Control de Zoonosis** cuyas funciones incluyen:

- a. Participar activamente en la definición, aplicación y evaluación de políticas sanitarias relacionadas con la salud animal considerando su estrecha relación con la salud humana
- b. Controlar y prevención de zoonosis y enfermedades transmitidas por vectores
- c. Elaborar y actualizar el marco normativo del área de Veterinaria
- d. Fortalecer estrategias tendientes a propiciar la responsabilidad de tenedores de animales mediante la promoción de la vacunación, castración, cuidado sanitario, información sobre características de las respectivas razas.
- e. Participar en la capacitación y actualización del recurso humano municipal responsable del control, inspección y reinspección, y fiscalización veterinaria y de establecimientos relacionados con la producción, almacenamiento, transporte y venta de productos alimentarios
- f. Asesorar a productores agropecuarios de la ciudad
- g. Definir y actualizar, cuando correspondiere criterio de habilitación para establecimientos relacionados con la salud animal
- h. Efectuar las gestiones que correspondan ante organismos provinciales y nacionales pertinentes para la prestación de servicios que sean de su competencia
- i. Definir, liderar y coordinar estrategias orientadas a construir la intersectorialidad de las acciones de control, inspección y cumplimiento de las normas relacionadas con la salud animal
- j. Asumir un rol articulador con el sector privado responsable de la salud animal en la ciudad
- k. Establecer canales integradores y articuladores con entidades formadoras (provinciales, nacionales e internacionales), sociedades científicas y organizaciones de profesionales relacionadas con la salud animal y la seguridad alimentaria, tendientes a promover la investigación y actualización continua recurso humano del área
- l. Establecer canales integradores con organizaciones no gubernamentales relacionadas con la salud animal fomentando la participación comunitaria
- m. Establecer canales integradores con sociedades científicas y organizaciones de profesionales relacionados con la salud animal

Artículo 8º: Crease la Sub- Dirección de Medio Ambiente y Recursos Naturales
cuyas funciones se extienden a :

- a. Diseñar, elaborar y proponer Políticas en materia de Protección y Control del Medio Ambiente para el Partido de Berisso en un todo de acuerdo a la legislación Provincial y Nacional y los pactos y/o convenios Internacionales en la materia.
- b. Planificar, ejecutar y evaluar políticas orientadas al cuidado y control del medio ambiente considerando la relación del medio ambiente en los factores determinantes del proceso salud-enfermedad e incorporando el concepto de desarrollo sustentable
- c. Unificar las acciones de Protección y Control del Medio Ambiente frente a la alta complejidad y diversidad de labores técnicas científicas que ello implica, con el proposito de conservar y mejorar la Calidad de vida Atrópica del Partido de Berisso.
- d. Interactuar con reparticiones similares de los partidos vecinos (de la Provincia de Buenos Aires y de la Republica Oriental del Uruguay), unificando criterio y

metodologías de procedimiento operativo tendientes al estudio, control y salvaguarda del Medio Ambiente Regional.

e. Promover la participación de la comunidad individualmente o a través de las organizaciones libres del pueblo en la planificación y control de políticas, construcciones y actividades productivas o asociadas a la residencia que impacten sobre el medio ambiente propiciando la gestación de conductas responsables

f. Recepcionar y atender cualquier tipo de información o denuncia en materia de alteración del Medio Ambiente en el Partido de Berisso, provenientes de personas físicas y/o jurídicas y proceder en consecuencia.

g. Elaborar la información necesaria para la caracterización técnica del ambiente y los recursos naturales, a fin de aportar elementos básicos de planificación

Artículo 9º: Crease la **Sub- Dirección de Planificación de la Salud** generando un ámbito municipal tendiente a garantizar información continua y actualizada en relación aspectos demográficos, sociales y sanitarios que permitan asegurar una racional planificación de los servicios de salud, conocer los eventos de salud, diseñar, implementar y evaluar programas socio-sanitarios nacionales, provinciales y/o locales

Serán funciones de la misma:

- a. Conocer aspectos demográficos y estadísticas vitales de la ciudad
- b. Conocer los Programas de socio-sanitarios nacionales, provinciales y locales implementados
- c. Garantizar el cumplimiento y ejecución de los programas en el marco de normas de procedimientos para prevención y control de enfermedades
- d. Promover el diseño de programas locales tendientes a la promoción de la salud y la participación comunitaria
- e. Generar la información necesaria de las características, población-objetivo, alcances de los distintos programas para los efectores y los ciudadanos
- f. Articular con todos los componentes de la Secretaría para garantizar la aplicación de los programas y la oportuna generación e información de datos
- g. Crear un ámbito orientado a coordinar, registrar, evaluar las actividades asistenciales, docentes y de investigación realizadas en el espacio local
- h. Generar la información necesaria de las características, población-objetivo, alcances de los distintos programas para los efectores y los ciudadanos
- i. Conocer y medir las acciones de inmunización realizadas en la ciudad, por área programática y en el Primer y Segundo Nivel de Atención
- j. Definir y aplicar indicadores que permitan medir la calidad, extensión e impacto de las intervenciones en salud: prestaciones asistenciales, rendimiento por profesional y/o técnico; acciones comunitarias
- k. Definir y aplicar indicadores que permitan identificar enfermedades prevalentes y/o de alto impacto en la salud-enfermedad de los ciudadanos de Berisso
- l. Participar en la definición y aplicación de medidas sanitarias requeridas para el control de enfermedades prevenibles
- m. Definir y aplicar indicadores que permitan evaluar la calidad, extensión e impacto de programas de prevención y control
- n. Conocer la ocurrencia y distribución de los eventos de salud

- o. Identificar grupos humanos prioritarios; necesidades y tendencias en la utilización de recursos
- p. Proporcionar información para la definición de políticas pública de salud
- q. Implementar estrategias tecnológicas efectivas y seguras.

Dirección de Salud

Fortalezas	
2004	2013
➤ Ubicación estratégica de las Unidades Sanitarias en adecuadas condiciones edilicias, con infraestructura básica	Programa de reparación, mantenimiento de infraestructura y equipamiento • Reubicación de la Unidad Sanitaria N° 16 en el CIC • Ampliación de las Unidades Sanitaria N° 19 (2005), 35 (2011), 41 y 42 (2013) • Reparación continua y mantenimiento de todas las US • Inicio y avance del Proceso de habilitación ante el Ministerio de Salud de todas las US • Provisión de computadoras en todas las Unidades Sanitarias y Dispensario Tetamanti • Provisión de un ecógrafo en Unidad Sanitaria N° 43 • Adquisición de equipos de odontología en Dispensario Tetamanti (2004), Unidades Sanitarias N° 35 (2011), 43 (2013) • Reubicación del Departamento de Veterinaria
➤ Personal que realiza en forma regular actividades de capacitación ➤ Personal del sector comprometido con la atención y contención del paciente.	Fortalecimiento del recurso humano del Primer Nivel de Atención • Sostenimiento cualitativo de los trabajadores de salud con financiamiento municipal • Capacitación dentro de conceptos de Atención Primaria del Programa Médicos Comunitarios, aprox. el 80% del RRHH del Primer Nivel de Atención (incluye Becas A y B propuestas por el Municipio) • Capacitación y actualización en el Plan Ampliado de Inmunización en forma articulada con Región Sanitaria • Internalización y aplicación de conceptos de trabajo comunitario, acciones de promoción y prevención. Actividades extramurales del 70% del RRHH • RRHH capacitado comprometido con la comunidad y con el centro asistencial (50%) • Personal comprometido con la comunidad generando acciones que fortalezcan la

	• Personal comprometido con la mejora de la calidad del ambiente laboral generando recursos para el financiamiento de obras de reparación, equipamiento y mantenimiento (80%) • Personal comprometido con la calidad de atención mediante la normatización de las actividades asistenciales (40%)
	Evaluación continua y permanente • Evaluación cuantitativa de prestaciones, dosis de vacunas aplicadas y cobertura de vacunación • Evaluación comparativa de indicadores obstétricos • Vigilancia epidemiológica sostenida e intervención en control de brotes • Evaluación prestacional cuantitativa por profesional (2013) • Incorporación progresiva de la cuantificación de las actividades comunitarias
	Ampliación de los alcances e incumbencias sanitarias • Mantenimiento de las prestaciones asistenciales • Ampliación de las actividades asistenciales en el Dispensario Tetamanti: Medicina General (2008), Obstetricia (2011), Otoemisiones acústicas (2012), Psicopedagogía (2013) • Ampliación de la cobertura sanitaria de la ribera berissense. Isla Paulina, La Balandra, Palo Blanco (2012, 2013) • Ampliación de la cobertura sanitaria en actividades culturales, deportivas organizadas por el municipio y organizaciones de la comunidad • Incorporación de la Cooperativa de Trabajo de Enfermería en las US 16, 19, 35, 43, 44. • Creación del Servicio Extrahospitalario Municipal con inclusión de médicos de guardia en la US 44 • Eliminación de la tasa por castración para facilitar el acceso al servicio a ciudadanos de menores recursos

	• Ampliación de las acciones de fumigación y desratización en todos los barrios de la ciudad • Intervención e actividades de saneamiento en establecimientos educativos
	Acceso a medicamentos esenciales, insumos y estudios complementarios • Implementación del Programa Remediar desde 2002 en todas las Unidades Sanitarias y Dispensario Tetamanti • Fortalecimiento del Programa Remediar con adquisición de especialidades medicinales esenciales, según normas, con financiamiento del Tesoro Municipal • Provisión de oxígeno a ciudadanos afectados por enfermedades que lo requieran según normas de diagnóstico y tratamiento • Asesoramiento y gestión de medicamentos e insumos ante obras sociales •
➤ Existencia de una red comunitaria solidaria que debería optimizar su rol de liderazgo favoreciendo la incorporación incondicional de otros actores sociales	Fortalecimiento de la vinculación con la comunidad • Fortalecimiento de la articulación con el sector educativo • Profundización de las acciones de inmunización en la comunidad: puerta a puerta, actividades de convocatoria masiva • Creación progresiva de Mesas Barriales con regular participación de organizaciones comunitarias y vecinos: Unidades Sanitarias 16, 42 y 35 • Creación y fortalecimiento de espacios participativos: Equipo de trabajo Integral en Celiaquia • Implementación del Programa Carnicerías Saludables • Articulación con Trabajadoras Barriales • Amplia implementación de Capacitación en Manipulación alimentaria para responsables de comedores escolares, productores y comunidad en general • Articulación con Promotores de Salud de programas provinciales y nacionales

	• Participación directa y activa en la planificación e implementación de la Escuela de Promotores de Salud junto con el Ministerio de Desarrollo Social • Implementación de actividades culturales en las US 16, 44, 35 • Implementación de actividad física en US 16, 17, 35 y 43
	Generación de estrategias de financiamiento directo e indirecto • Implementación del Plan Nacer en todos los efectores. 2007 a la actualidad • Implementación del Plan Sumar. 2013 • Implementación del FESP. 2009-2012 • Implementación del Programa Médicos Comunitarios
➤ Convenio con el Servicio de Urgencias Médicas de Bomberos voluntarios de Berisso	La tercerización del Servicio obliga a una evaluación actualizada de la calidad, acceso y de barreras del Servicio hacia los ámbitos que incluyen la contratación
➤ Convenio con el laboratorio del Hospital Mario V. Larrain que facilita la realización de estudios complementarios: Laboratorio y Anatomopatología	Fortalecimiento de la relación con el segundo nivel local • Continuidad del acuerdo con Laboratorio y con el Servicio de Anatomopatología. El Municipio ha incorporado una administrativa al Servicio. • Participación conjunta de recursos humanos municipales y provinciales en la Junta para el certificado Unico de Discapacidad
➤ Relación parcialmente fluida con Servicios del Hospital Sor María Ludovica	Fortalecimiento de la articulación con niveles de mayor complejidad de la Región • Fortalecimiento de la articulación con el Hospital Sor Maria Ludovica • Articulación con el Hospital Noel Sbarra con posibilidad de interconsultas, estudios diagnósticos e internación • Inicio de la articulación con el Hospital Interzonal General de Agudos Gral. Jose de San Martín en relación a la atención de gestantes de barrios de La Franja
➤ Relación fluida con representantes Región XI	Fortalecimiento de la articulación con niveles centrales sanitarios y sociales

	• Relación fluida con referentes de Región Sanitaria y Ministerio de Salud de la Provincia • Articulación con el CPA e incorporación de referentes el mismo en US 19, 35, 44 • Articulación con la Escuela de Enfermería Eva Perón • Articulación con los Ministerio de Salud y de Desarrollo Social de la Provincia de Buenos Aires: Programa de Protesis Sociales
	Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención como el espacio ideal para la docencia universitaria y la investigación ➤ Participación en Proyectos de Extensión Universitaria con Fac. de Ciencias Médicas, de Ciencias Veterinarias, de Periodismo, Psicología, Trabajo Social, Bellas Artes • Prevención de la Violencia: 2010 a la actualidad • Prevención de accidentes domésticos: 2011 • Programa de Tenencia Responsable de Mascotas: 2012 a la actualidad • Programa de cuidado de equinos de trabajo: 2012 • Hospital Móvil de Veterinaria: 2013 • Programa de Salud Visual para Todos: 2012 a la actualidad • Programa de Alimentación Saludable para adultos mayores: en planificación • Programa de Salud Integral para Adolescentes: en planificación ➤ Participación de estudiantes de pregrado de Ciencias Médicas, Psicología, Periodismo ➤ Participación de equipos de salud de los Centros de Atención Primaria en Congresos de APS y presentación de trabajos ➤ Obtención de premios de investigación en APS: Serv de Odontología, Unidades Sanitarias N° 16 y 43 ➤ Obtención de reconocimientos a nivel nacional del Programa Carnicerías Saludables ➤ Participación de la población y los equipos de salud en el trabajo de diagnóstico e

	intervención en nutrición de la población infantil, embarazadas y madres en período de lactancia en articulación con el Instituto de Investigación de Desarrollo Pediátrico. 2010-2012 ➤ Participación en el trabajo de investigación multicéntrico sobre hipertensión con el IECCS 2103 ➤ Participación del Proyecto de Evaluación de calidad del Primer Nivel de Atención
	Fortalecimiento de la normatización de la gestión de salud • Definición de los roles e incumbencias de la Dirección de Salud (Secretaría de Políticas Sanitarias) • Creación del Servicio Extrahospitalario Municipal • Definición de las funciones de responsables de CAPS • Definición de las funciones del Departamento de Odontología • Definición de las funciones del Departamento de Bromatología • Definición de las funciones de los choferes de ambulancia