

PLAN QUINQUENAL: DERECHO A LA SALUD



Revista VOCES

Publicación Online de divulgación- editada por el
Movimiento Sanitario Provincial
Volumen 1 Número 4

Agosto 2023

ISSN 2953-5514

Mail: contactovoces@mosapro.com.ar

Dirección:

Juan Martin Etcheverry

Edición:

María Ruiz Díaz

Redacción:

Patricia Ortiz

Corrección:

Noelia Saavedra

Colaboran en este número:

Juan Martín Etcheverry, Nicolás Kreplak, Carlos Anigstein, Lorena Záppoli, Mel Mancuso, Jazmin Berenstein, Romina Villarreal, Stephanie Rojo, María Eva Díaz, Clara Gilligan, Daiana Florencia Peña, Liliana Larrosa campos

Diseño y Diagramación

Sabrina Fernandes

Fotografía

Alejandro Machelli- Francisco Sepulveda

Foto de Tapa:

Alejandro Machelli- Francisco Sepulveda

**“Los editores no son responsables por las opiniones vertidas por los
y las colaboradoras, entrevistados y entrevistadas ni de las notas firmadas”**



Este movimiento viene de un proceso de mucho tiempo,
donde cada experiencia dejó un aprendizaje
sobre la importancia de tener un sistema
que contemple a la salud como un derecho
y al estado como responsable
de garantizarlo

whatsapp



mosapro.com.ar



Sumate a las redes
Movimiento Sanitario
Provincial



/_mosapro



Mosapro



@_mosapro

ÍNDICE

○ INTRODUCCIÓN
Juan Martín Etcheverry

4

5
○ CONFERENCIA
MAGISTRAL
Nicolás Kreplak

○ LA CONSTRUCCIÓN
COLECTIVA DE REDES
Carlos Anigstein

16

17
○ QUNITA
BONAARENSE
Una política
de integración del
sistema de salud

○ POSTALES
MOSAPRENSES

19

APORTES DESDE EL SECTOR SALUD A UN MODELO DE PAÍS JUSTO, LIBRE Y SOBERANO

Este número de la revista Voces es muy especial. Desde el principio buscamos recuperar la voz de las y los trabajadores de la salud y de las comunidades bonaerenses en su andar constructivo de una mejor calidad de vida a partir de los aportes que el sistema de salud tiene para dar.

En este caso en particular dada la cercanía de las elecciones generales y la clara exposición de modelos de país tan antagónicos en las principales fuerzas con posibilidades de gobernar los próximos años, es que nos parece muy importante plantear con claridad que nuestros sueños de seguir construyendo un sistema de salud que incluya a todas y todos, que sea de alta calidad y acompañe el crecimiento de la organización de nuestras comunidades solo es posible si a nuestro país y a nuestra provincia la gobiernan proyectos que encuentran en el Pueblo su razón de ser.

Entender al sistema público como eslabón central del sistema de salud es un modo de avanzar en la construcción de equidad. El Estado gobernando, haciendo cumplir las reglas de juego que se establezcan en las legislaturas y que sean a favor de las comunidades y no de las corporaciones. Y la proyección a lo largo de los años del proceso transformador para que desde el sector salud logremos aportar a la construcción de comunidades más solidarias, más comprometidas con el bien común, más organizadas.

Por eso es que dedicamos gran parte de este número de la revista Voces a describir el Plan Quinquenal en salud propuesto para el próximo período. Y qué mejor que hacerlo en la propia voz del Ministro Nicolás Kreplak.

En el Congreso Provincial de Salud de este año en Mar del Plata, Nicolás presentó los lineamientos generales del Plan, lo hizo con gran detalle, explicando de dónde venimos, donde estamos y hacia dónde queremos ir. Y también de qué modo se propone ese caminar. Es colectivamente,

encontrando lugar para escuchar la voz de todos, principalmente de los trabajadores.

Este número lo pensamos imprescindible para las semanas venideras. Tenemos que conocer lo que enfrentamos en estas elecciones. Está en juego, quizá más que nunca hasta hoy, el modelo de país que vamos a seguir construyendo. Y en salud tenemos mucho por decir. Salud y Educación son dos bastiones enormes de orgullo nacional y popular. Nuestra voz tiene que sonar fuerte y clara. Buscamos con este número aportar a esa causa.





EL ÚLTIMO DIQUE

El diagnóstico

Hoy vamos a presentar el Plan Quinquenal, queremos contar porque lo presentamos y de donde sale, no es una cuestión irracional, no tiene que ver con frotar una lámpara y tener la receta mágica, sino que trabajamos e hicimos un diagnóstico para ver qué estaba pasando, lo discutimos con todos, con miles y miles de personas, lo discutimos acá también y a partir de ese análisis y ese diagnóstico, de esos problemas trabajamos durante un año con tres ejes que nos permiten organizarnos alrededor de cuáles son las herramientas para tener un plan que integre el sistema de salud y hoy se los queremos contar.

El equipo del Ministerio de Salud hizo un trabajo minucioso y realizó un Análisis de Situación de Salud (ASIS) **ver enlace** en la provincia de Buenos Aires, permitiéndonos saber cómo es la carga de enfermedad, cuales son los problemas de salud que hay en nuestro territorio y cuál es la respuesta que tiene el sistema de salud organizado en nuestra provincia. Partiendo de un análisis sistematizado indicó que el 62% de las instituciones de salud son privadas, contra un 38% pública, sin embargo si hablamos de camas las instituciones públicas cuentan con 20.624 y las privadas 13.178 camas.

Pero estas instituciones ¿están puestas homogéneamente?, ¿están puestas en función de la población?, ¿todos necesitan lo mismo?

Para responder estas preguntas se categorizaron los territorios en función de la situación social, organizándolos en 4 estratos: 1 en peor situación social y 4 en mejor situación social para poder ver cómo se distribuyen estos recursos.

En esto se ve al más pobre contrapuesto al más rico, hay 3 veces menos establecimientos con internación y 2 veces menos establecimientos sin internación, es decir, los más pobres además tienen menos infraestructura con internación, 2,5 veces menos establecimientos provinciales cada 100 mil habitantes de los que tienen cobertura pública exclusiva y 50% menos de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en los territorios que hay más necesidades económicas.

Siguiendo la comparación, hay un 50% menos de camas privadas y 80% menos de camas públicas, 3 veces menos de camas municipales en los distritos más pobres y 5 veces menos de establecimientos de alta complejidad.

Esto es parte de la inequidad de la distribución de los



Inequidades en la distribución de la infraestructura

Comparación
estrato 1 vs. estrato 4

3 veces menos
establecimientos CON internación

2 veces menos
establecimientos SIN internación



En los estratos de peor situación socioeconómica hay una **menor cantidad de establecimientos de salud** cada 100 mil habitantes

2,5 veces menos
establecimientos provinciales
cada 100 mil habitantes con CPE



La **cantidad de establecimientos provinciales**, tomando en cuenta la proporción de población con cobertura pública exclusiva (CPE), **es menor** en los estratos de peor situación social.

50% menos
CAPS cada 100 mil habitantes



La **relación** de Centros de Atención Primaria de la Salud (**CAPS**) cada 100 mil habitantes **es menor** en los estratos de peor situación.

Inequidades en la distribución de la infraestructura

Comparación
estrato 1 vs. estrato 4

-50%
camas privadas

-80%
camas públicas



Se observó una **menor distribución de camas** cada mil habitantes entre los estratos de peor situación socioeconómica

3 veces menos
camas municipales



La relación de cantidad de **camas provinciales** cada mil habitantes es homogénea entre los estratos, no así la proporción de **camas municipales**, en detrimento de los estratos de peor situación

5 veces menos
establecimientos
de alta complejidad



Al analizar los establecimientos por nivel de complejidad se observó que **a mayor nivel de complejidad, hay una menor cantidad** de establecimientos en el estrato de peor situación social.

recursos en el sistema de salud.

Por otra parte, también hay una inequidad en la distribución y composición de la fuerza laboral en salud, no hay una regla de cuanto sale el trabajo y que condiciones son las del trabajo y empieza a haber una competencia por un recurso que se pone escaso. Es irracional y pro cíclico porque en aquellos distritos con más recursos van a poder sostener más trabajadores y los más pobres tendrán además de menos camas, menos trabajadores para su población que más precisa la atención en el sector público.

Sin valoración política sino como dato objetivo, los trabajadores habíamos perdido el 36 % del poder adquisitivo del salario, esto implica muchísimas cosas, entre ellas el desfinanciamiento de la obra social.

Es importante que no nos mintamos y que digamos donde estamos, esta es la situación que conocemos del sistema de salud, esto es lo que todos los días vemos, ahora si no lo decimos todos juntos, sino tenemos el diagnóstico entre todos ¡No sabemos para donde correr!

Lo peor que podemos hacer los que trabajamos en salud lo tenemos clarísimo, es mentir con el diagnóstico, si nosotros mentimos con el diagnóstico no hay estrategia terapéutica, no hay solución que podamos tener para el problema ni individual, ni colectivo.

Con este diagnóstico se plantearon 3 ejes que han recorrido cada uno de los encuentros, discusiones, pre CoSaPro, la planificación del trabajo nuestro y han sido los que han agrupado los más de 1.500 de los trabajos que han presentado los y las trabajadoras del sistema de salud, estos 3 ejes para poder entender desde qué lugar se construye la idea del plan quinquenal son: **Gobierno, Modelo de Atención y Sistema de Información**

Con estos 3 ejes tenemos que trazar las herramientas para comenzar a hilvanar, unir y organizar el sistema de salud.

Gobierno:

El Ministerio de Salud tiene responsabilidad de entender los intereses de todos, las obras sociales tienen la responsabilidad de atender la salud de sus afiliados, el sanatorio de atender a sus pacientes.

En un tiempo se pensaba que era el "Ministerio de salud pública", de los hospitales públicos y los hospitales provinciales y dejemos los hospitales municipales para el escenario de salud de cada municipio, así se construyó la fragmentación del sistema.

Tiene que haber un gobierno que piense la organización del sistema de salud en función de las necesidades sanitarias, que tenga criterio científico y epidemiológico.

Nosotros como Estado tenemos que construir **Gobierno**, para poder hacer gobernanza hay que primero construir gobierno, esto quiere decir que tenemos que poder tener herramientas para tomar definiciones que digan que es lo que se puede hacer y que no se puede hacer y que regulen racionalmente en función de las necesidades del pueblo.

Las acciones de gobierno tienen que tener estos puntos: creación de normas, institucionalización de ámbitos, protocolos de atención y acceso a los servicios, regulación y fiscalización.

Creación de normas: tenemos 3 leyes sancionadas: la Ley para eximir de pago de caja y matrícula a médicos residentes, la Ley de incorporación de disciplinas a la Ley 10.471 y la Ley de acceso libre y gratuito de agua obligatorio en locales bailables y bares.

Con media sanción está la Ley de investigación científica de salud, muy importante para que podamos trabajar y que los hospitales y el sistema de salud pública pueda investigar acorde a lo que hoy se necesita en el mundo.

Una de las leyes perdió estado parlamentario, **la Ley de Creación de la Sociedad del Estado del Instituto Biológico Tomás Perón para poder fortalecer la producción pública de medicamentos**, no vamos a resignarnos con esto. Queremos tener producción pública de medicamentos en la provincia de Buenos Aires, de calidad asociada a la investigación, que nos permita innovar, reducir costos y tener soberanía.

Institucionalización de ámbitos: Esta es la **institucionalización de un ámbito**, este congreso es un ámbito, pero sobre todo **el Consejo de Salud de la provincia de Buenos Aires (CoSaPro)**, que tiene autoridades, que tiene funcionalidades, que mañana va a sesionar en el marco de este Congreso, éste un ámbito en el cual con los secretarios de salud tenemos que llegar a acuerdos concretos y políticos.

Revalorizamos el **CoSaPro**, revalorizamos los **CoReSa** (Consejos Regionales de Salud con las regiones sanitarias) y todos los municipios que están a su alrededor y que tiene a sus secretarios de salud participando.

Mesas institucionalizadas con las Obras sociales y las prepagas, vamos a discutir qué hacemos con la fuerza laboral en los próximos años y cómo se logra financiar lo que necesitamos financiar para poder tener los trabajadores y trabajadoras que precisamos.

Gobierno: Acciones realizadas de centralización y coordinación en toma de decisiones

Creación de normas

- › Leyes impulsadas en el Congreso de la Provincia.
- › Adecuación de normas de atención con 200 instituciones privadas de salud mental.

Institucionalización de ámbitos

- › Revalorización del COSAPRO y CORESA
- › Mesa de OOSS y Prepagas
- › Creación de foros comunitarios y consejos populares
- › Mesa Intersectorial (consumos problemáticos) registro de sistemas de recetas

Regulación y Fiscalización

- › Resolución de no arancelamiento
- › Registro de sistemas de recetas

Protocolos de atención y acceso a los servicios

- › Durante la pandemia se elaboraron protocolos de atención y actuación con el fin de unificar prácticas en los distintos efectores.



Hoy estamos desde el Biológico con la UNLP (Universidad Nacional de La Plata) haciendo medicamentos que han sido abandonados por la industria farmacéutica, que para poder comprarlos tenemos que pagar costos de 10, 15, 20 veces del costo real porque no es negocio para ciertos sectores.

Ley de emergencia: contiene una herramienta de integración clave, hoy tenemos cada municipio un sistema de emergencia, cada obra social un sistema de emergencia, la provincia un sistema de emergencia, no hay información, no hay parámetros, no hay estándares. Hemos hecho ya muchas cosas, creamos la **“Red de laboratorio y diagnóstico”**. Hicimos compras centralizada de insumos, fue en la pandemia, pero hoy se ha perfeccionado muchísimo más y la compra centralizada nos permite tener planificación, ahorrar dinero, tener siempre desde el Estado la capacidad de dar los elementos a los hospitales, a los centros de salud y que no se sientan solos, que sepan que están respaldados por un ministerio que está acompañándolos.

Casi 4 mil intervenciones en obras dentro del **“Programa Hospitales a la Obra”**, triplicamos la cantidad de camas de terapia intensiva, tenemos 62 % más de camas de salud mental en los hospitales generales. Producción pública de oxígeno, los nuevos policlínicos y centros de referencias que estamos haciendo del IOMA, el IOMA es una herramienta de integración del sistema de salud de la provincia de Buenos Aires que articula con nuestro

ministerio continuamente.

137 centros de salud nuevos, uno lo estamos provincializando y en proceso de provincialización de 2 para tener 3 hospitales muy importantes provinciales en distritos que eran muy pequeños y que fueron creciendo muchísimo.

Otras acciones que son claramente integración como **“El Banco de Prótesis”**, la **“Red de Discapacidad”**, la **“Red de Diálisis”** que hoy está llegando a hospitales municipales, nacionales, provinciales, que estamos garantizando.

Tenemos un proyecto con presupuesto para este año y en desarrollo estamos trabajando con las licitaciones en camino para poder tener plantas propias de tratamiento de residuos patógenos.

Estamos trabajando en una Red Provincial de Diagnósticos por Imagen, es una inversión gigante, pero la idea es que no sea de los hospitales provinciales, sino que en cada uno de los hospitales municipales podamos tener un punto que llegue a un centro donde podamos hacer el diagnóstico 24 horas, las tomografías de la guardia, la emergencia que tenemos con los especialistas, que a través de la informatización y de centros organizados por la provincia de Buenos Aires lleguemos a todos en equidad, no importa la jurisdicción.

Queremos avanzar también en el Centro oncológico de excelencia, una Red de Hemodinamia, entre otras tantas cosas.

Modelo de atención



Modelo de Atención

Uno podría decir fácilmente que el modelo de atención es la interfaz que va a tener el sistema de salud con el pueblo.

Ahora ¿qué modelo de atención termina sucediendo en ese país que está fragmentado, que los que más precisan menos tienen?

El **Modelo de Atención** suele ser de enfermedad, con el síntoma ya establecido y habitualmente por la guardia, es decir, cada vez que uno, va tiene una nueva consulta con una persona que no lo conoce y que puede atender ese síntoma por ese día, con suerte con una tecnología a disposición -un laboratorio, un estudio de imágenes- sino, sin nada de eso. Se termina sobremedicalizando, se termina sobretecnologizando y muchas veces sin resolver el problema.

El Modelo de Atención que nosotros creemos que es indispensable que tengamos tiene que ser **primero centrado no en las necesidades del servicio, sino en las del pueblo. Tiene que priorizar el acceso y la continuidad de cuidados.**

¿A qué nos referimos con continuidad de cuidados? a si cada atención es una atención episódica o si cada atención nos permite pensar lo que viene después, y como sigue y que pasó después de ese episodio y como garantizamos el acompañamiento, **si la**

atención es solamente del síntoma de la enfermedad o si hay un cuidado para la prevención, para la promoción, para la rehabilitación.

Tenemos que basarnos en Atención Primaria de la Salud y es esto, una estrategia que organiza los niveles, que se basa en los territorios, en sus comunidades, tenemos que pensar la organización en función de las líneas de cuidados.

¿Que son las líneas de cuidado? básicamente como organizamos los conocimientos, la tecnología, los servicios de salud, en función de las problemáticas principales y homogeneizamos y nos damos a todos la misma respuesta.

Hace mucho tiempo que se ha cambiado la organización de los hospitales en hospitales de cuidado progresivo, la centralidad son los cuidados en función de las demandas de cada persona y los que conducen el hospital, perdónenme, son los enfermeros y enfermeras, médicos clínicos, pediatras y lo digo sin menoscabar la importancia de las especialidades. Las especialidades tienen que orbitar alrededor del cuidado de los pacientes, venir y hacer su trabajo esté donde esté ese paciente que precisa la intervención del cirujano, del urólogo, del endocrinólogo, el especialista que fuere.

Y que **podemos tener trabajos que desde el comienzo integren la rehabilitación, la recuperación más rápida posible, la participación de los equipos**

de rehabilitación desde el ingreso de los pacientes a los hospitales para poder intervenir en el momento justo y de la mejor manera posible, trabajo en equipo, articulado.

Incorporamos más de 21.600 trabajadores al sistema de salud público de la provincia de Buenos Aires, pasamos más de 7.000 trabajadoras y trabajadores a la planta permanente de la provincia de Buenos Aires, hemos incorporados a todos, a todos los que han dado una mano y que han laburado en la pandemia en el cuidado de nuestro territorio, los hemos capacitado, formado y hoy son parte de equipos en los hospitales, en los territorios, en los centros de salud comunitaria, promotores de salud, etc.

Un dato central, desde que empezamos la gestión, Mario Rovere mediante y Axel Kicillof por su puesto, incorporamos a los residentes a nuestra planta, es muy importante que los y las residentes sepan que este sistema no los expulsa, los invita a quedarse con nosotros para cumplir con las necesidades del sistema de salud.

Sistema de información:

Estamos incorporando cada vez más distritos que tienen “Historia de Salud Integral”, es una historia que se desarrolla de código abierto, colaborativo, la desarrolla principalmente la universidad pública de la provincia de Buenos Aires, pero cada uno de los que participa, tiene nuevas ideas y le incorpora a esta historia cada vez más conocimiento y más capacidad.

Nos da agilidad, permite la continuidad de cuidados,

nos permite tener transparencia, información sanitaria para la gestión, nos ayuda a tener equidad y a tomar decisiones más racionales, nos permite fiscalizar y poder mejorar el recupero de costos.

La implementación hace que ya tengamos más de 800 mil personas empadronadas, más de 1 millón de turnos, más de 734 mil consultas hechas, hay muchísimas consultas que se hacen en hospitales provinciales que el turno se sacó en un centro de salud municipal, eso no solamente nos garantiza que el centro de salud puede hacer el cuidado, porque el paciente va hacerse el estudio al hospital y vuelve al centro de salud para tener continuidad de cuidados, sino que además erradicamos las colas -hay que trabajar para erradicar las colas innecesarias- que son un elemento más de inequidad, las puede hacer aquel que tiene las condiciones de salud de bancarse de hacer una cola y aquel que está muy enfermo no llega nunca a hacer esas colas.

Este trabajo, la tecnología, el sistema de información y la articulación municipio, provincia y nación es indispensable.

Hay una cosa que está sucediendo y es la “**Receta Electrónica Bonaerense**” que nos permite tener información sobre la dispensa de medicamento, que sea racional, que no sea en función de las preparaciones o presentaciones existentes, sino que sea en función de la necesidad farmacéutica o médica, pero que garantice la ciberseguridad. Todas las recetas electrónicas que operan o van a operar en la provincia de Buenos Aires, no importa si

| Historia de Salud Integrada (HSI)

Es de **código abierto**
(colaboración de lxs usuarixs)

Construcción colectiva y constante acorde a las necesidades de cada lugar

Confidencialidad de datos

Uso de **estándares de interoperabilidad** que permiten la comunicación entre dominios



FUNCIONALIDADES



Empadronamiento

- › Identificación unívoca de pacientes
- › Integración con RENAPER y Coberturas



Agenda de turnos

- › Permite agendar encuentros asistenciales espontáneos y programados



Historia Clínica Ambulatoria

- › Permite consultar y registrar la historia integral de salud de una persona



Historia Clínica de Internación

- › Permite consultar y registrar la información clínica de una persona durante su estadía en un establecimiento de salud

son de un prestador privado, nacional, de una obra social, de una empresa o de lo que sea, tienen que cumplir con los estándares, estar registrados y ceder la información al sector público para su resguardo y tenemos que tener acceso a esa información para saber qué están haciendo con esa información, y si no cumplen con la inviolabilidad que nosotros le planteamos, les vamos a prohibir utilizar la receta electrónica en la provincia de Buenos Aires.

Hace casi 2 meses que la provincia de Buenos Aires lee el Sistema de Información y está siendo gobernado y regulado por el sector público para todos.

En muy poquito tiempo vamos a tener todo un sistema que estamos haciendo con el Ministerio de Ciencia y Tecnología para poder tener Turnos Digitales con la Fundación Sadosky, vamos a llegar a junio a tener consultas por chat y antes de fin de año a poder tener las teleconsultas virtuales con todas las garantías de seguridad y poder garantizar equidad.

Esto es lo que decíamos, si uno vive en un territorio muy alejado y tiene que hacer una consulta con un especialista ¿qué hace, viaja?, ¿quién viaja? ¿cómo viaja?, buscamos la accesibilidad para todos y para todas.

Hay una cosa muy importante sobre esto, tenemos que hacer un "Pacto": la información sanitaria es una información inviolable, no puede ser que esté en manos de ningún agente privado, no puede ser

utilizada para las campañas políticas, ni campaña de marketing de las empresas. La información de salud tiene que ser para lo indispensable, para el cuidado de la salud de todos y de todas, tiene que ser el Estado el único garante de resguardar esa información, no puede estar tercerizado.

Plan quinquenal

Queremos garantizar un acceso a la salud más equitativo y de calidad y estos son los valores principales, tiene que tener: **Equidad, Sustentabilidad Financiera, Resolutividad**, tiene que tener **Calidad, Universalidad**, que nos garantice la **Soberanía Sanitaria**, que garantice un sistema de salud **Democrático**, que garantice el Derecho a la salud y que sea **Solidario**.

Vamos a tener dos aspectos centrales: **la Red Bonaerense de Atención y Cuidado de la Salud**, más las leyes que estamos impulsando en el congreso y que alguna más iremos impulsando en este último tiempo y caminar con este proceso colectivamente a la elaboración y la sanción de una **Ley Provincial del Sistema de Salud -que garantice y regule el acceso para todos y todas.**

¿Qué es ésta Red Bonaerense de Atención y Cuidados Integrales de la Salud?

Tiene que articular las instituciones públicas, aunque sean provinciales, municipales o nacionales, que nos permiten desarrollar políticas, procedimientos para

Plan Quinquenal de Salud Valores



poder garantizar este Derecho a la Salud, que pueda trabajar en la continuidad de cuidados, que pueda trabajar con mecanismos simples para poder utilizar los servicios integrales con el sistema de información y que todos acordemos y trabajemos con la misma línea de cuidado, estos son elementos centrales.

Cuando hablábamos del Diagnóstico de Situación y vimos que había tremenda inequidad, bueno tenemos que garantizar que haya establecimientos en todo el territorio, que puedan ofrecer atención integral y que podamos fortalecer algunos servicios que están desarrollados en los municipios.

Tenemos municipios de baja densidad poblacional que no pueden tener servicios de alta complejidad o porque no les da el volumen o porque no le dan los costos, entonces desde la provincia organizar primero que el volumen de la población sea en función de la Red y que el financiamiento sea articulado y garantizado por la provincia de Buenos Aires para que esos servicios de más alto costo no sean solamente pensados para la población de ese distrito.

¿Cómo se trabaja todo esto?

Es un proceso de planificación, primero tenemos que definir la población, definir qué es lo que queremos que suceda con esa población, qué servicio vamos a articular, como empezamos a construir esas articulaciones, generar Pactos, Acuerdos, convenios y después monitoreamos y evaluamos que se cumplan y sino cuales son las consecuencias de no cumplirlas.

Hay que pensar ¿qué necesitamos?, ¿cómo lo queremos resolver?, armar las herramientas, firmar un acuerdo y evaluar que se cumpla, así se planifica. ¿Quién de la población está cubierto? Todos -independientemente de donde viva o qué cobertura tenga.

En principio vamos a trabajar sobre los servicios que sean críticos, que sean de emergencias, que den cobertura para las líneas de cuidado priorizadas o para las redes priorizadas por el sistema, por el ministerio o que requieran una inversión especial para poder ser sostenidos para que esto funcione.

¿Cómo se financia?

Tenemos la Coparticipación que es materia de discusión, pero mientras tanto además de tener la Coparticipación, tenemos el financiamiento de los programas provinciales y nacionales, ya les decíamos Banco de Prótesis, PRODIABA, los programas de financiamiento internacional con los cuales estamos construyendo centros de salud, el SUMAR, hay muchos que vienen por nación o por la provincia con los cuales tenemos ingresos que vienen desde fondo internacional y que debo decir, la provincia ha sido en

este periodo de tiempo el que más ha ejecutado y mejor ha garantizado la ejecución de los créditos internacionales de todo el país y en todo latinoamérica y es por eso que hemos logrado la construcción de tantos centros de salud, hemos hecho un trabajo muy prolijo en la ejecución de esto. Y el Fondo Provincial de Salud, ustedes saben que existe el SAMO, pero el SAMO lo tenemos visto como un sistema de recupero de costo de los hospitales, en verdad el SAMO es un fondo provincial de salud que se puede utilizar para recupero de costo, pero tiene otras utilidades también.

Entonces tenemos los fondos que vienen propiamente del tesoro los que se recupere o los que el IOMA y todas las obras sociales pongan en el sistema de salud y acá hay una discusión muy grande que venimos dando hace mucho tiempo.

En los hospitales públicos tenemos una lógica de subsidio de la oferta, nosotros le pagamos, construimos los servicios, ponemos el resonador, le pagamos al médico que está en el resonador tanta plata por tantas horas de trabajo. El sector privado habitualmente le paga por la cantidad de informes que hace, por la cantidad de trabajo que hace, son dos lógicas tan distintas que cuando viene la seguridad social o el sector privado al sector público dice "son ineficientes para facturar" y claro, porque el sistema está pensado de otra manera, porque el profesional que está en la guardia laburando a las tres de la mañana su trabajo es atender a la gente y no tiene la lógica de la facturación, por supuesto que hay que mejorarlo y hay que tener una mejor forma de recupero, siempre va a ser ineficiente, el hospital público no funciona por subsidio de la demanda, funciona por subsidio de la oferta.

Porqué tenemos que hacer que los trabajadores, que además de hacer su trabajo, que se han formado, además se adapten a una lógica de financiamiento que tienen las obras sociales y el sector privado? porqué no puede venir la seguridad social y financiar la oferta? que venga la obra social y me ponga un resonador nuevo, que me pague 4 trabajadores 8 horas por día con la carrera profesional de la provincia de Buenos Aires, que me dé tanto dinero por cápita de atención, pero que no me saque si no lo atiendo porque efectivamente yo atiendo muchísimos que no le cobro y me sacan por lo que no atiendo. **Porque el sistema público tiene otra lógica de funcionamiento y cuando metemos por fórceps la necesidad de tener una lógica de facturación empiezan las barreras de acceso**, no trajo el cupón, se le cayó la página de ANSES, no tiene pago.

Y sí el hospital público es el último dique, qué vamos a hacer con aquel que no le pagaron la última cuota de la obra social? y entonces ¿qué le decimos que no lo atendemos?, lo atendemos igual porque somos el último dique, nosotros atendemos a todos y a todas siempre, lo que no puede ser es que nos dejen entonces sin el financiamiento y sobre eso hay que trabajar y cuando uno empieza a hablar con la seguridad social dice ¡ah puede ser! porque no estaban buscando ajustar con nosotros, simplemente no están trabajando los intereses de ambos sistemas en simultáneo.

Entonces digo esto porque a veces parece que estamos condenados a repetir lo mismo, que fracase, y porque no pensamos cuál es la raíz de ese fracaso en el problema que estamos llevando adelante.

Utilizar el SAMO como un sistema para todos y para la provincia, para eso tenemos que tener apertura de cuentas en todos los municipios, esto es la lógica. Empezamos por los servicios críticos, monitoreamos el

cumplimiento de las metas, programamos las mejoras de los establecimientos e incluso el IOMA puede dar incentivos económicos a los distritos que empiecen a trabajar con esta lógica y que empiecen a dar ofertas de hecho. Ya lo vienen haciendo, sabemos que los municipios que tienen único prestador provincial el IOMA, les paga 30 % más y nosotros lo que podemos trabajar es en fortalecer el desarrollo de esta oferta también de la obra social. Tenemos que auditar las metas, el financiamiento desde las regiones sanitarias y por supuesto rendir cuenta de estos incentivos de los cuales estamos hablando.

Desde las secretarías de salud, con el Consejo de Salud de la Provincia, con la Dirección Provincial de Regiones, con las Regiones Sanitarias y los CoReSas con un Comité Técnico Asesor, esa es la forma de implementación de las decisiones políticas desarrolladas acá en la asamblea del COSAPRO, con todos juntos para la implementación y monitoreo en cada uno de los territorios.

Red Bonaerense de Atención y Cuidado de la Salud Modelo de Gestión



Entonces acá se hacen las concertaciones y las negociaciones jurisdiccionales, se plantean las líneas generales, se llegan a los consensos sobre cuáles son los trabajos, se piensan las recomendaciones, las líneas de cuidado que tenemos que incorporar y esto va a ser muy interesante. Yo me imagino un Congreso de Salud o una sesión del Consejo de Salud en un futuro diciendo hay que incorporar como línea de cuidado las problemáticas de padecimiento neurológico, neurodegenerativo o lo que fuere, los trastornos relacionados con las cuestiones ambientales, debates que se pueden dar en este ámbito, que se pueden dar por las problemáticas que suceden en cada uno de los territorios.

Nosotros queremos que las decisiones no sean decisiones tomadas dentro de 4 paredes, sino que sean participativas y que todos estén en estas decisiones.

Proponer entonces mejoras para que puedan ser financiadas y hacer informes sobre el funcionamiento de este sistema, los CoReSa tienen que tener órganos operativos con las redes locales, conocer todos los servicios.

Proponer acuerdos de gestión compartidos esto tiene que ser un espacio para recomendaciones de toda la red.

Tenemos que lograr acuerdos políticos desde el CoSaPro, acuerdos operativos en los CoReSa donde haya responsabilidad compartida que sea de cumplimiento auditable y que el incumplimiento sea sancionable y ahí volvemos a la idea de gobierno.

El que no lo cumple, algo tiene que suceder y nosotros tenemos que poder organizarlo.

Nosotros como Provincia nos obligamos entonces a tener el recurso financiero, tecnológico, a marcar las metas de esta red, a pagar esos recursos, a capacitar a los profesionales de los hospitales, a gestionar las cuestiones centrales y los accesos a las especialidades hospitalarios en los municipios, a facilitar la incorporación del primer nivel y crear esta línea de cuidado.

Los municipios tienen que firmar los convenios para la implementación de la Historia de Salud Integral. Que sea interoperable, que tengan consejos participativos, que tengan servicios de admisión centralizados, no se puede organizar turnos si no hay servicios de admisión centralizados. Una vez que tengamos servicios de admisión centralizados empezamos a poner disponibilidad de los turnos a otros actores del sistema.

Para transformar las cosas se tiene que ceder poder, los hospitales suelen tener mucho más poder que los centros de salud, que los territorios.

Red Bonaerense de Atención y Cuidado de la Salud Modelo de Gestión



Espacio de concertación y negociación interjurisdiccional y sectorial con funciones definidas en la red.

Ámbito de consenso donde se elaboran soluciones para la integración del Sistema, producto del trabajo colectivo.

Recomendar líneas de cuidado para ser incorporadas en la Red Provincial

Proponer tipos de mejoras a ser financiadas en la convocatoria

Redactar informes evaluando el funcionamiento de la Red Provincial

El ministerio a veces tiene más poder que la secretaría de salud de los municipios. Cedamos poder, tomemos decisiones en conjunto. No queremos imponer nosotros, no queremos que todos los turnos y toda la tecnología la tenga puertas para adentro el hospital y el centro de salud lo mande con una nota que diga "a ver si consigue tal estudio". No, esa parte, parte de ese poder, de esa tecnología, de esos recursos que están en el hospital son del centro de salud, parte de las decisiones que este ministerio de salud de la provincia toma son de los distritos.

Implementar las líneas de cuidado de los protocolos necesarios, garantizar que haya camas de salud mental según las necesidades epidemiológicas y de la población en los hospitales y les digo algo que es clave, **nosotros queremos garantizar condiciones laborales adecuadas para los trabajadores y trabajadoras y armonizar los salarios de todos y todas**, cada vez que hay una competencia por los salarios la variable de ajuste son las condiciones laborales y la seguridad de los trabajadores.

Esa competencia de aumentar, de pagarle un poquito más viene con monotributo, viene con precarización laboral y nosotros queremos trabajo con derecho, trabajo con cuidado, que no haya una competencia desmedida, que no gane aquel que tenga más capacidad de presionar y que siempre sean los que menos capacidad de presionar tienen los que paguen el pato y que terminen laburando por menos gaita, con más responsabilidades y estas son decisiones políticas.

Acá hay algunos intendentes que nos están acompañando y mañana van a haber muchos más y es muy bueno, les agradezco porque estas son discusiones que con los intendentes hemos llevado adelante y que nos plantean esto mismo, definamos todos juntos, porque un municipio solo se encuentra rehén de ésta misma discusión, ahora todos juntos tenemos la posibilidad de darnos herramientas para poder mejorar las condiciones de trabajo y mejorar, nosotros lo que queremos es que los trabajadores estén mejor, que ganen de la mejor manera posible, que tengamos las condiciones laborales adecuadas. Esto se ha expresado muy claramente en el Reglamento de Residentes de la provincia de Buenos Aires, que expresa de lo que hablamos cuando hablamos de cuidados de las condiciones laborales y mejoras de las condiciones económicas.

Tenemos que tener indicadores y metas que tienen que ser definidas primero por el CoSaPro y luego por el CoReSa que podemos ir viendo los avances de esto, monitorearlo, ver variables de la implementación en los usuarios y como se cumplen estos Pactos de los

cuales fuimos avanzando.

Por ejemplo nosotros decimos cuales son las líneas de atención y de cuidado que tenemos que llevar adelante y son las que todos nos imaginamos, enfermedades cardiovasculares o metabólicas, el cáncer, desarrollo infantil, enfermedades de transmisión vertical, salud mental y consumos problemáticos, enfermedades respiratorias crónicas, salud sexual reproductiva y no reproductiva como línea de cuidado específico y no puedo evitar decir algo de la gran herramienta de línea de cuidado en materia de salud sexual reproductiva y no reproductiva, hay muchas pero hay una que para mí es muy importante que es el **Qunita** y que se está implementando de una manera extraordinaria.

Pero lo que sí tiene que pasar y esto es de lo más lindo de lo que podemos hablar cuando logremos hacer que esto tenga la vida que queremos que tenga es que nos encontremos a discutir qué nuevas metas, que nuevas líneas de cuidado, que nuevos trabajos tenemos que llevar a delante, cual de las líneas de cuidados que priorizamos en algún momento no era así, habría que cambiarla, esto es lo más vivo que puede tener un sistema de salud que podemos imaginar en 10, 15, 20 años, cuando los problemas sean otros o cuando hayamos resuelto los primeros problemas que hoy nos llevan tanto de los conflictos que tenemos todos los días en las necesidades sanitarias.

Los desafíos de consolidar un sistema de salud que facilite la planificación de políticas públicas que con los municipios, los sindicatos los trabajadores de la salud, las obras sociales y las universidades podamos llevarlas adelante con mucho énfasis en la participación comunitaria, siempre da garantía de que los procesos se hagan como se tienen que hacer y que construyamos un **Gobierno** que tenga un **Modelo de Atención y de Financiamiento** que sean bien claros, que estén definidos, que podamos entenderlos y saber a qué tenemos **Derecho** y como se construye ese Derecho.

Los objetivos son aportar a la integración del sistema de salud de la provincia, la garantía al acceso equitativo y que sea universal para todos y todas las bonaerenses.

Muchas gracias!!!



CARLOS ANIGSTEIN

Médico pediatra y sanitarista. Magister en
Sistemas de Salud y Seguridad Social. Director
Ejecutivo Región Sanitaria VII

LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE REDES POR LÍNEAS DE CUIDADO PARA LA INTEGRACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD, EN EL MARCO DEL PLAN QUINQUENAL DE SALUD BONAERENSE

El cambio de paradigma de una red de servicios de atención hacia una red integrada e integral de cuidados de las personas es la piedra angular para la construcción de un Sistema más integrado de Salud

La misión de una Red de Salud es extender los cuidados captando al usuario antes y acompañándolo mejor de lo que harían los servicios funcionando en forma aislada, **coordinando procesos y voluntades dentro de un Plan Estratégico Regional y Provincial.**

Las Redes deben ser Integradas para garantizar responsablemente los cuidados, en un continuo desde el territorio, los efectores de 1er nivel, hasta los Hospitales de mayor complejidad. Organizados según sus funciones de producción de salud y la densidad tecnológica de cada nodo.

Las Redes deben ser Integrales, para brindar cuidados continuos que permitan abordar los determinantes sociales, la promoción, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Para que las Redes funcionen son necesarios dispositivos de gobierno, coordinación operativa, participación ciudadana e intersectorialidad y gestión territorial. Y es indispensable una agenda de Salud Digital con una historia de salud integral pública y universalizada.

Uno de los procesos más importantes de una Red de Salud es la organización de Líneas de Cuidado sobre condiciones de salud o enfermedad priorizadas por el territorio, lo que significa desplegar un conjunto de cuidados responsables, continuos e integrales, desde la promoción de la salud, la prevención de riesgos globales y específicos y la asistencia aún en los niveles de mayor complejidad.

Una Línea de Cuidado implica la incorporación de GPC sobre condiciones de salud y enfermedad,

priorizadas y desagregadas por nivel de atención y densidad tecnológica. La selección por los propios equipos de salud, funcionarios, autoridades y representantes de comunidad ("expertos locales") de los procesos de atención y de gestión más efectivos de la GPC, y la determinación de cuál es la capacidad operativa de los servicios que integran la red para cumplir efectivamente con las prestaciones elegidas de la GPC. El compromiso explícito de cada uno de los servicios que integran la Red para asumir metas prestacionales acordes con su función.

Construir líneas de cuidado contribuye a reducir la variabilidad de la práctica médica y asumir parámetros que estandaricen todo el proceso de cuidados, desde la promoción hasta el diagnóstico y el tratamiento.

Se proponen cinco pasos para la construcción de Líneas de Cuidado: **1.** el análisis de situación de salud (ASIS), **2.** la formulación de la Línea de Cuidado a través de la selección de los procesos de cuidado y de gestión más efectivos (Estándares de Calidad) y los indicadores de proceso para evaluar su desempeño con escalas genéricas, **3.** firma de compromisos de gestión, **4.** diseminación/implementación, **5.** monitoreo y evaluación.

La construcción de una Línea de Cuidado es una estrategia de construcción colectiva que se implementa en talleres con técnicas participativas que involucra a los trabajadores de la salud, funcionarios, otras áreas del Estado y de la Sociedad Civil (los expertos locales). Es una herramienta para promover el involucramiento y el compromiso de los participantes, ya que ellos definen su visión de los problemas y las alternativas de solución, realizan su propio proyecto y el camino a tomar; anclando la problemática con su solución.



EQUIPO QUNITA BONAERENSE

Ministerio de Salud de la PBA

- Lorena Záppoli
- Mel Mancuso
- Jazmin Berenstein
- Romina Villarreal
- Stephanie Rojo
- María Eva Díaz
- Clara Gilligan
- Daiana Florencia Peña
- Liliana Larrosa Campos

Una política de integración del sistema de salud

Qunita Bonaerense es una política interministerial del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, impulsada para implementar en todo el territorio bonaerense la Ley Nacional "de los Mil Días" N° 27.611. Es un Programa integral público y gratuito de cuidados que acompaña la salud de las personas embarazadas, sus familias y comunidades. Potencia sus acciones en cuatro líneas de cuidado: salud sexual integral, cuidados reproductivos y perinatales, cuidados integrales de la salud en la primera infancia y organización social de los cuidados. Esta última es transversal a las anteriores y a la perspectiva del Programa en general, que fortalece y pone en el centro la participación comunitaria en los cuidados, desde una perspectiva de géneros y de derechos. El Programa Qunita Bonaerense organiza gran parte de sus acciones para asegurar la entrega en el momento del alta de cada familia de la maternidad, de un Kit con elementos y guías de cuidado. La mayor parte de los elementos del kit son producidos en el Servicio Penitenciario Bonaerense en el marco de una Política de inclusión: el Programa "Más trabajo y menos reincidencia" perteneciente al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Provincia de Buenos Aires.

Con una fuerte impronta territorial, propone y genera:

- Espacios de encuentro a través de **Mesas de trabajo**: mesa interministerial Qunita Bonaerense, mesas locales intersectoriales en los Municipios y mesas institucionales de parto respetado en los hospitales bonaerenses. En cada una de ellas participan actores de distintos sectores, además de Salud, que inciden en la trayectoria de vida de personas gestantes y niñas de 0 a 3 años. La propuesta que guía este enfoque

es la de potenciar respuestas integrales y situadas a las situaciones que demandan las condiciones de vida de la población objetivo del Programa.

- **Equipos Qunita** en distintos niveles de gestión sanitaria (regionales, municipales y hospitalarios) que son quienes tienen a cargo la implementación cotidiana del programa y acompañan con gestión integrada la trayectoria de las personas gestantes y las niñas por el sistema de salud para que sea más cuidada y amorosa.

Cuando hablamos de Qunita decimos que es mucho más que un KIT. Potencia procesos de trabajo, genera acciones que entrelazan y van tejiendo de manera artesanal cada uno de los cuidados que la población objetivo del programa requiere en cada momento particular, encontrando a los equipos de diferentes niveles de atención y a distintos sectores con responsabilidad de gestión en las mismas líneas de cuidado.

Teniendo en cuenta los tres ejes de integración del sistema de salud, Qunita Bonaerense se constituye como un programa del Gobierno de la PBA, que implica decisiones políticas para el armado de redes y garantizar la continuidad de cuidados. **Qunita tiene una historia vinculada a nuestro proyecto político y sanitario.** Además, involucra a los equipos de salud de los municipios, a sus mesas intersectoriales y hospitales, y propone un despliegue de acciones en el territorio integradas y enmarcadas en el Plan Quinquenal de Salud del Ministerio de Salud de la PBA. Prioriza la profundización en el **Modelo de Atención y Cuidados de las personas.** Mediante el trabajo en red de los equipos Qunita regionales, hospitalarios y municipales, a través de



Ronda Qunita Bonaerense en el COSAPRO. Foto: Analía Cid.

líneas de cuidado, mesas de trabajo y participación comunitaria e intersectorial, potencia la continuidad de cuidados y **la transformación del modelo de atención de pacientes en un modelo de cuidado y acompañamiento de las personas gestantes y las niñas.**

El momento de **la entrega del KIT en el hospital es un acontecimiento nuevo en la institución**, que, coordinado por un equipo interdisciplinario, e integrado por trabajadorxs de diferentes servicios del hospital, introduce la perspectiva de cuidados, y su continuidad fuera de la institución.

En Qunita Bonaerense los sistemas y gestión de la información tienen como objetivo formalizar e institucionalizar circuitos de trabajo artesanales y situados, como son las mesas de trabajo en parto respetado, los dispositivos de referencia/contrarreferencia entre niveles de atención, las derivaciones oportunas y tiene el desafío de hacer accesibles los circuitos en salud. La información que brinda **el Módulo Qunita Bonaerense de Intranet** es información para la gestión.

La integración del sistema de salud está en marcha, contamos con un Plan Quinquenal ordenador y superador y con Qunita Bonaerense que se consolida como política de lo tangible, de lo posible y de la ternura como posicionamiento político. Nos invita a materializar la integración poniendo en el centro las trayectorias de las personas gestantes y las niñas. Un Estado presente con derechos, amorosidad y

cuidados dando la bienvenida y acompañando para que cada recuerdo de cada familia de cada comunidad sea un recuerdo imborrable.



Distribución de kits Qunita en hospitales de la Provincia de Buenos Aires.

POSTALES MOSAPRENSES



Asamblea de Castelli



Plenario Regional en Villa Gesell



Asamblea de Monte Hermoso



Jornada en Almirante Brown



Asamblea en Tapalque