

PLAN QUINQUENAL DE SALUD

PRESENTACIÓN



CONGRESO
PROVINCIAL
DE SALUD

Resumen ejecutivo

EJES PARA UNA DISCUSIÓN SOBRE LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

PLAN QUINQUENAL
DE SALUD

En la provincia de Buenos Aires se emplazan más de nueve mil centros asistenciales de diferente complejidad, modalidad de atención, financiamiento y gestión, constituyendo un mosaico de realidades donde a veces se superponen las coberturas, oferta prestacional y la población de referencia y, otras tantas, se observa la ausencia de cobertura efectiva, generando problemas de equidad en el acceso al cuidado de la salud.

Comenzar a gestar la integración del sistema implica analizar los problemas de la fragmentación, para encontrar soluciones eficientes, efectivas y de impacto positivo en la salud de la población.

Entre los problemas observados existen algunos relativos a mejorar indicadores de salud de la población, y otros relacionados con la organización de la oferta de servicios. La mejora en la organización impactaría en el mediano plazo también en estos indicadores. La garantía del derecho a la salud y la equidad en el modelo de atención, deberá ordenar la discusión y ser la nave insignia del proyecto sanitario provincial.

El primer problema de la fragmentación es la dificultad en el acceso oportuno a servicios de salud y la continuidad de cuidados dentro del sistema, cuando se trata de transitar diferentes niveles de complejidad en la atención. El cuidado de las enfermedades crónicas, nos enfrenta con este desafío constantemente.

CONGRESO
PROVINCIAL
DE SALUD

CoSaPro

Otros problemas tienen que ver con la disponibilidad de la oferta de servicios, concentrada en algunos territorios, mientras que en algunos no existe ni oferta ni mecanismos formales para garantizar el acceso.

El financiamiento es otra de las dificultades, en la provincia conviven municipios que encuentran graves problemas para sostener sus servicios de salud, junto a otros con mayor capacidad económica (generalmente también con menor proporción de población que dependa exclusivamente de los servicios públicos). También coexisten municipios que logran financiarse con recursos de los otros subsectores (seguridad social y privado), pero muchas veces de manera desarticulada y generando distorsiones en el sistema.

Los hospitales actuales, tanto provinciales como municipales, poseen modelos de atención diferentes, algunos más innovadores que otros. El uso de protocolos clínicos no constituye una práctica habitual en muchos servicios y los patrones de calidad posibles son variados, además no cuentan estándares comunes de atención. Esta desarticulación dificulta la organización de un verdadero sistema sanitario.

Toda esta situación impacta en la fuerza laboral en salud, que posee diferentes condiciones de contratación, según sea quien la convoca. Esto genera una concentración de profesionales y trabajadores en áreas de mejor remuneración, “inflaciona” los rubros profesionales más demandados y direcciona la elección de formación de especialistas en función de criterios mercadológicos en detrimento de la necesidad sanitaria.

Los servicios dispersos en los territorios, algunos compartiendo población de referencia, no articulan las estrategias de atención en base al perfil epidemiológico de esa población. Las acciones de promoción y prevención



en salud, se encuentran encapsuladas en algunos dispositivos, sin llegar a ser estrategias masivas para generar el cuidado colectivo.

Las tecnologías existentes nos permiten integrar informaciones, profesionales y usuarios para mejorar la estrategia de atención y tratamiento, ya sea para el cuidado o el autocuidado. Sin embargo, se encuentran limitadamente desarrolladas en los servicios públicos de salud.

El abanico existente de fuentes de financiamiento, a veces superpuesta y generalmente desarticuladas de una política pública organizada, genera fragmentaciones por cobertura, jurisdicción, programa y hasta efector.

Integrar el sistema de salud de la provincia de Buenos Aires implica generar redes de atención donde el usuario, independientemente de su cobertura, reciba cuidados adecuados a sus necesidades, en el nivel de atención que necesita y vuelva siempre a su equipo de salud de referencia del primer nivel, que suele ser cercano a su lugar de residencia o trabajo. Se trata de gestar un cambio cultural centrado en las personas, familias y comunidades con una perspectiva de derechos e interseccional.

La integración del sistema de salud es una herramienta teórica, técnica y política para garantizar acceso equitativo a los servicios de salud, con continuidad de cuidados y a lo largo de la vida de las personas.

Este acceso debe ser digno, universal y equitativo, para toda la población y en la medida de sus necesidades, sin obstáculos que agraven la condición clínica.

Alcanzar la conformación de una efectiva red de atención requiere de una serie de debates y acciones que deben considerar el rol fundamental que tiene el financiamiento en la modulación de la oferta de servicios de salud.



Esta transformación va a requerir de tecnologías de comunicación entre niveles de atención, tales como una historia de salud integrada (HSI), las diversas manifestaciones de la telesalud, además de mecanismos para coordinar la atención entre establecimientos y niveles. También necesita la programación previa de los flujos de atención para las problemáticas de los cuidados a lo largo de la vida.

La **Red Bonaerense de Atención de la salud** es la estrategia nuclear de un plan que busca cubrir estas necesidades: brindar acceso equitativo y resolutivo con continuidad de cuidados a la población que demande atención en la provincia de Buenos Aires. La misma estará conformada en los primeros años, por hospitales provinciales, hospitales municipales cuyos municipios hayan adherido a la Red, y los diferentes dispositivos de salud mental. En una segunda instancia se irán incorporando los servicios municipales del primer nivel de atención.

La Red ofrecerá cuidados a toda la población, basados en el concepto de equidad, es decir, que todos tienen el mismo derecho a la atención de la salud, más allá de su situación económica y social. La atención deberá estar desligada del financiador de la cobertura del usuario. Por otro lado, los cuidados deberán ser basados en la mejor evidencia clínica disponible, y estar protocolizados para que en similar situación clínica, haya similar respuesta del sistema.

El modelo de Red apunta a igualar los establecimientos en todo el territorio en términos de infraestructura adecuada, trabajadores, gestión, imagen institucional y atención. Para esto, el financiamiento hacia los municipios que adhieran va a resultar una herramienta fundamental para fortalecer los servicios que hoy prestan hacia los ciudadanos.



PLAN QUINQUENAL DE SALUD

La provincia cuenta con el Consejo de Salud Provincial (COSAPRO) y los Consejos Regionales de Salud (CORESA) como ámbitos que pueden fortalecerse para lograr lineamientos políticos y objetivos comunes para el funcionamiento efectivo de una red asistencial, coordinada y complementada, con condiciones laborales, de capacitación, de organización e infraestructura que tiendan a la homogeneidad en términos de calidad.



PLAN QUINQUENAL DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES - 2023-2027

1. Introducción

Se presenta un plan de salud que abarca el período entre los años 2023 y 2027. El mismo se formula para dar coherencia a los objetivos del actual gobierno en salud a corto y mediano plazo. Se pretende dejar escritas y estructuradas las bases estratégicas del modelo de financiamiento, gestión y atención del Ministerio de Salud como una política de Estado.

Estas bases serán las guías de acción de gobierno, en función de mantener un objetivo general basado en un sistema integrado de salud que articule servicios provinciales y municipales mediante pactos, consensos y espacios establecidos de negociación.

El modelo de integración del sistema que aquí se presenta, se basa en un concepto de derecho a la atención de la salud que incluya a todos, todas y todes les bonaerenses de manera holística, interdisciplinaria, intersectorial y con perspectiva interseccional. Un sistema que consiga garantizar los medicamentos necesarios para la población que así lo necesite. Que integre a la obra social de la provincia (IOMA) al sistema público y que el trabajo entre subsectores sea mancomunado a fin de garantizar la salud de les bonaerenses.



Se busca, además, construir un sistema de gobierno en salud con mayor capacidad de toma de decisiones, más democrático y solidario con la población y con los 135 municipios y que permita que les bonaerenses sientan orgullo por él.

La Red Bonaerense de atención de la Salud, será la estructura en la cual discurrirán los valores de gestión a través de las políticas, prácticas, consultas, acciones y procedimientos necesarios para garantizar el derecho a la salud de todos todas y todes les bonaerenses.

La actual gestión del Ministerio de Salud, trae como valores la ampliación de la garantía del derecho a la atención de la salud para toda la población bonaerense teniendo en cuenta que esta ampliación se debe producir en un marco de equidad. Las acciones que implemente deben ser de calidad y construidas mediante procesos de soberanía sanitaria, especialmente en acciones con necesaria sostenibilidad en el tiempo, en articulación coordinada y consensuada con los municipios y sustentable con el medio ambiente.

El plan quinquenal de salud 2023-2027 viene a estructurar las bases de la red bonaerense de atención de la salud, creando mecanismos de sinergia donde hoy existe entropía, creando fuerza para aunar objetivos comunes y articulación donde hoy existen esfuerzos aislados.

El plan quinquenal de salud 2023-2027 viene a propiciar la formulación de políticas públicas integrales con el fin de resolver los problemas concretos de salud de la población bonaerense.

El instrumento operativo que permite garantizar el derecho a la salud es el acceso y la continuidad de cuidados dentro del sistema. Para tal fin, es necesario garantizar una oferta de servicios que funcione de manera



articulada. Se propone para los próximos cinco años, la articulación de la Red Bonaerense de Atención de la Salud integrando establecimientos provinciales y municipales con un modelo de financiamiento, atención y gestión innovador en su estructura y procesos de trabajo.

La red bonaerense resolverá los problemas de salud de la población, valiéndose de la continuidad de cuidados a través de los diferentes niveles de atención, trabajando para un pleno acceso por medio de mecanismos simples de utilización de servicios integrales (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación), sistemas de información que faciliten la continuidad y de líneas de cuidado que simplifiquen las trayectorias, basadas en la mejor evidencia clínica.

Este plan tiene como propósito fortalecer la integración del sistema de salud de la Provincia de Buenos Aires para garantizar cuidados integrales acceso y calidad en los servicios de salud en una red basada en tres ejes: El Gobierno de la red, cambios en el modelo de atención y sistemas de información que articulen entre puntos de atención y toda la red.

Los objetivos están orientados en los siguientes ejes:

1. **Garantizar gobierno en salud que coordine, regule y defina el financiamiento del funcionamiento de la Red Bonaerense de Atención de la Salud .**
2. **Promover un cambio cultural hacia un modelo de atención y cuidados, centrado en las personas, familias y comunidad con una perspectiva de derechos e interseccional.**



3. Fortalecer las tecnologías y sistemas de información en todos sus niveles y jurisdicciones.

El presente documento analiza el escenario de salud tanto antes de llegar a ser gobierno, como en los avances en estos tres años de gestión. También describe los desafíos actuales y hacia dónde vamos, delineando un conjunto de acciones estratégicas para operacionalizar el plan.

PLAN QUINQUENAL
DE SALUD



2. De dónde partimos

La gestión actual se inició en diciembre del 2019. Recibió un sistema de salud provincial segmentado en diversas fuentes de financiamiento; fragmentado en diferentes acciones e instituciones; con un gobierno débil, poca capacidad de rectoría y regulación en relación tanto a los propios servicios provinciales, como a los municipales, el IOMA y otras OOSS y privados, sin un proceso claro de regionalización, con hospitales que actuaban como unidades disociadas unas de otras y escasa capacidad de institucionalización de consensos con los municipios.

Los servicios municipales han mostrado una gran desarticulación formal con los provinciales, ofreciendo reglas de acceso diferentes según el municipio y, en algunos casos, restrictivas. No han existido acuerdos (más que los informales) de gestión de redes entre los establecimientos y, la provincia, no había ofrecido financiamiento específico para hospitales municipales, a no ser a través de apoyos financieros esporádicos, insumos o recursos que llegaban mediante programas.

Relacionado al modelo de atención, conformaba un (casi) sistema sin garantizar acceso ni continuidad de los cuidados, estaba basado prácticamente en acciones curativas, con escasos programas en desarrollo y sin un proyecto provincial para la atención de las emergencias. La epidemiología no tenía un espacio privilegiado dentro del ministerio ni en territorio y las acciones de salud desarrolladas por equipos de hospitales y regiones sanitarias no interpelaban las construcciones de género ni los ejes de subordinación interseccional (género, clase y raza) propios de la cultura en la que vivimos.

Existían sistemas de información, con limitaciones en cuanto a calidad de registro e interoperabilidad. No se habían implementado tecnologías en red, generando un mosaico heterogéneo de informaciones cruciales para la continuidad de los cuidados, que no podían ser articuladas ni en el tiempo ni entre establecimientos.

En cuanto a la fuerza laboral en salud, varios eran los desafíos. Existían reivindicaciones de tipo salarial, deficiencias en la planificación sobre la cantidad, la distribución y el arraigo de los mismos y no se observaban criterios de planificación de las especialidades de la salud, en función de las necesidades del sistema y las epidemiológicas de la población.

La estructura tecnológica era deficitaria y aún persisten los problemas de conectividad dentro de hospitales, regiones sanitarias y hasta el propio ministerio. En cuanto a la estructura física de los hospitales, la misma carecía y carece de criterio sanitario, salvo en hospitales recientemente construidos. Para los hospitales que vienen de años, se evidenciaba la necesidad de otorgar una racionalidad que permita un funcionamiento acorde al modelo de hospital del presente y poder superar las estructuras decimonónicas (de organización en servicios) aún en vigencia en muchos efectores.

La preocupación por el acceso al sistema de salud no era un tema de agenda y, en el mejor de los casos, era abordada sin plantear alternativas concretas que responsabilicen al sistema por sus barreras.

La ley Nacional de Salud Mental (26.657) estaba reglamentada a inicio de este gobierno, sin embargo, no existían acciones para acercar la realidad de la atención en la provincia a los contenidos de la misma.



Las políticas de acceso al aborto seguro, previo a la sanción de la Ley, no estaban adecuadas a los lineamientos generales de la Nación, que incluían la posibilidad de acceso, basada en causales. Es de destacar que la provincia firmó la adhesión al protocolo nacional ni bien asumió el presente Gobierno. Las políticas de salud reproductiva y no reproductiva respondían a un paradigma punitivista más que a uno basado en los derechos humanos y el derecho a la salud.

El actual gobierno en salud trae la preocupación por la falta de integralidad en las políticas y en las prácticas y acciones desarrolladas, entendida de manera amplia: como la falta de integración del sistema de salud; la deficiente integración entre los servicios provinciales y municipales; la falta de integralidad en las prácticas profesionales o la necesidad de construcción de respuestas interdisciplinarias y/o intersectoriales o la falta de interseccionalidad en la interpretación de los ejes de subordinación que generan las inequidades de salud en la población.



3. Lo que hemos avanzado desde inicio de gobierno

Entre la situación en que fue recibido el gobierno y los casi tres años transcurridos, hubo dos años dedicados casi con exclusividad a la contención de la pandemia por COVID-19. En esos años se fortaleció el sistema agregando camas, generando una red de derivaciones donde se incluyen las obras sociales y el sector privado y se consiguió comprar insumos y medicamentos de manera coordinada y centralizada. También se amplió la red de laboratorios existente y se pudo contar con autonomía para realizar diagnóstico molecular. Se contrataron profesionales de la salud para los hospitales y se avanzó en la campaña de vacunación más grande de la historia que hoy cuenta con alrededor del 95% de cobertura en dos dosis. Fueron creados servicios de área programática en 54 hospitales y se construyeron 131 centros de atención primaria de la salud con áreas para actividades comunitarias.

En estos años de gestión y pandemia mediante, fue estructurada una reforma en salud mental donde se cerraron salas de hospitales y se disminuyeron las camas para la internación crónica de personas con padecimientos mentales, al mismo tiempo que se amplió la oferta de atención a los problemas agudos en los servicios en hospitales generales y se construyeron viviendas para aquellos que necesitaban una externación y no tenían redes de apoyo social para poder realizarla, políticas estas acorde a la ley nacional de salud mental.

Otras áreas trabajaron en el territorio en promoción de la salud y prevención de COVID-19 y hubo un control epidemiológico sobre las



personas que llegaron al país y las que debían hacer cuarentena, conforme protocolos clínicos de manejo de la enfermedad.

En materia de investigación, hubo avances notables que se reflejaron en publicaciones en revistas científicas nacionales e internacionales de los equipos técnicos de la actual gestión en conjunto con investigadoras e investigadores de prestigiosas instituciones académicas nacionales.

En colaboración con universidades, sociedades científicas e instituciones diversas se trabajó para poder encontrar evidencias que permitieran un mejor manejo de la pandemia y su control. Hubo interés por el monitoreo de la equidad en la enfermedad y muerte por COVID-19 a fin de garantizar respuestas justas hacia la población. Una vez finalizada la pandemia, fue creado un sistema de becas para investigaciones operativas en salud denominado Julieta Lantieri.

La pandemia nos trajo el desafío de construir plantas de oxígeno públicas y creó la necesidad de tener un control sobre los residuos patógenos producidos en la provincia y de tener el control sobre algunos medicamentos que pueden producirse en el instituto biológico provincial. La preocupación por el acceso a los medicamentos, se vio plasmada en la creación de una Dirección Provincial Medicamentos y un programa de acceso a en vías de desarrollo. La estrategia de utilización de receta digital, avance del presente gobierno, tiene relación con fortalecer estos mecanismos.

En materia de obras, el programa de Hospitales a la obra articuló reformas estructurales, edilicias y entregó mobiliario en todos los hospitales provinciales.



Otras acciones desarrolladas fueron la creación de un banco de prótesis para disminuir los tiempos de entrega en hospitales provinciales, ampliación de red de diálisis, de hemodinamia, creación de una red de discapacidad y la necesidad de red de diagnóstico por imágenes en la provincia, que se está desarrollando actualmente.

Este gobierno en salud ha creado el Instituto Provincial del Cáncer, una Dirección provincial de acceso e inclusión en salud (para facilitar la cobertura del Incluir Salud) y se encuentra en proceso de reconversión la actual Escuela de Gobierno en Instituto Universitario, entre otras modificaciones de la estructura funcional.

Otras acciones estratégicas fueron la presentación de la ley de un Sistema de Emergencia provincial, el fortalecimiento de los equipos de salud con cupos para residencias que son necesarias y críticas para cubrir; la ley de especialidades médicas en proceso de envío al parlamento y las diplomaturas y cursos estratégicos dictados. Fue lanzado un nuevo reglamento de residencia innovador por el cuidado que ofrece a los profesionales y ha sido un hecho la incorporación de residentes a planta hospitalaria. Muchos de los vacunadores de la campaña de COVID-19 tuvieron continuidad en el trabajo y hoy están ejerciendo otras tareas donde existía carencia de personal en la provincia.

El área de telesalud, denominada CETEC que durante la pandemia fue un eje de la estrategia de contención, una vez finalizada la misma, se dedicó a realizar búsqueda activa para usuarios con síntomas post covid, prevención secundaria de cáncer cérvico uterino y colorrectal, re vincularon personas con diabetes al sistema de salud, promovieron cesación tabáquica e hicieron seguimiento de personas vacunadas. Hoy



el CETEC formará parte central de la coordinación asistencial para la continuidad de cuidados en el presente plan.

Hubo también grandes avances en la construcción de tecnologías en salud: la primera fue la realización de un sistema de gestión de camas de la provincia, la inscripción y comunicación con usuarios del vacunante PBA (estrategia de inmunización contra la COVID-19), y el uso de la línea 148 como alarma de posibles brotes tempranos de COVID-19. La agenda digital incorporó el certificado de defunción digital, la historia de salud integrada y la red de imágenes que demanda potentes servidores y un software para su operatividad. Fue realizado trabajo en conjunto entre universidades y el Ministerio para el desarrollo de herramientas tecnológicas que faciliten la gestión y la implantación del modelo de atención. También se destaca la autorización inteligente online de órdenes de IOMA, los circuitos digitalizados que se estiman para el año 2023, recetas digitales y gestiones digitales con autorización automática en 48 horas.

La mesa entre referentes de obras sociales, medicina prepaga y el estado, facilita la concertación de políticas integradas y universales dentro del sector salud.

Para finalizar, se está gestando el programa “*medicamentos bonaerenses*” que se estima lanzar todavía durante el año 2023 y que permitirá ampliar el acceso a medicamentos esenciales (priorizando enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo, asma y epilepsia). Este programa prevé estrategias de fortalecimiento del uso racional de medicamentos para la población usuaria.



4. Los problemas que persisten

Aun con todas las acciones desarrolladas, persisten las dificultades y desafíos para mejorar. Algunos de estos se observan en la situación epidemiológica de la provincia y son difíciles de resolver en períodos cortos, dado que se entretajan deficiencias y desafíos históricos de los sistemas de salud del territorio, las condiciones de vida de muchos bonaerenses junto con determinadas características individuales de la población (sexo, edad, componentes genéticos y hábitos). En ese sentido, hemos avanzado en diagnosticarlos.

A modo de ejemplo: existe mayor mortalidad infantil (menores de un año) entre la población de mayor vulnerabilidad, también mayor mortalidad por homicidios. Fue observada mayor mortalidad por consumo de sustancias en varones adultos y mayor proporción de intentos de suicidios en adolescentes. Las mayores tasas de mortalidad por suicidios fueron observadas en población de mejores condiciones socioeconómicas.

Con relación a la cobertura de vacunas, hemos observado un gran desafío que implica aumentarlas. Existe en la provincia un histórico de brotes de dengue y actualmente hay circulación del virus a través del mosquito *Aedes aegypti*. Fueron observadas mayores tasas de tuberculosis entre población vulnerable y la sífilis y su transmisión vertical continúan en aumento al igual que el chagas. Los sistemas de información de enfermedades no permiten actualmente analizar por municipio ni clusters de población y únicamente ofrecen el lugar de atención de las mismas.

Relacionado con la estructura física, fue observado que las camas por habitante son más bajas que el promedio de Argentina, que a mayor vulnerabilidad del territorio, menor oferta de centros de atención primaria, de hospitales de alta complejidad y de camas municipales. Fue observada también una limitada oferta odontológica especialmente en zonas más vulnerables.

Si bien existen proyectos de integración del sistema provincial, constituye un desafío la integración de la red de efectores provinciales y municipales. Existe una gran heterogeneidad en las prácticas del primer nivel por lo que no se tiene un diagnóstico preciso de su grado de resolutivez, ni del trabajo asociado a protocolos clínicos y líneas de cuidado para vincular establecimientos, criterios clínicos y procesos de atención.

Se podría mejorar aún más la capacidad de gobierno con el primer nivel para definir un conjunto de prestaciones a ofrecer. Existen experiencias muy incipientes en telemedicina y recién comienza a ser implementada la historia de salud integrada (historia clínica digital).

La mayoría de los hospitales no posee funcionamiento integrado en base a cuidados progresivos y la estructura física y administrativa antigua no favorece su reconversión. Las especialidades médicas son definidas por la residencia, no obstante requerirían un mayor enlace con las condiciones sanitarias y epidemiológicas de la provincia.

En términos de gobierno, existe el problema de que el coeficiente de coparticipación, tal como está actualmente organizado, no premia el primer nivel sino todo lo contrario, favorece la complejidad. Los hospitales y otros establecimientos provinciales, podrían integrarse aún más con las obras sociales e incluso el sector privado a través del SAMO y esto es otro punto a mejorar.

No existe, salvo algunas excepciones, una producción pública de medicamentos y vacunas que permita adquirir soberanía sanitaria en la provincia. La capacidad regulatoria hacia el sector privado aún ofrece grandes inconvenientes.

Por otro lado, debemos enfrentar la construcción de un proceso de regionalización (que no tiene que ver con la construcción de redes, sino con el gobierno del territorio) que aún es incipiente. No se trata de desconcentrar sino que se debe adquirir mayor grado de rectoría para facilitar las gestiones de salud a la población, la capacidad de capilarizar procesos regulatorios en los municipios y la de articular la red con los servicios de salud municipales.



5. Los ejes estratégicos para la transformación

La Red Bonaerense de Atención de la Salud será la clave para la integración del sistema de salud en la Provincia. La misma será el espacio contenedor de todos los programas, insumos, políticas y recursos que circulan actualmente en salud. El modelo de la Red apunta a igualar los establecimientos en todo el territorio en términos de infraestructura y capacidades de gestión y atención.

Las claves de la integración serán la creación de ámbitos de gobierno entre la provincia, los municipios y los otros subsectores de la salud y el apoyo financiero, con incentivos y metas auditables hacia los municipios generando un compromiso mediante pactos para lograr objetivos comunes relacionados con la salud de la población bonaerense. Apoyos de gobierno que facilitarán la participación de los municipios en las definiciones de objetivos de la red y apoyos ligados al modelo de atención donde se plantea un modelo de hospital moderno y sustentable.

La Red Bonaerense de Atención de la Salud asume la tarea de integración del sistema de salud provincial al mismo tiempo que repara la tendencia histórica en la provincia, generada por políticas de desarticulación financiera y falta de apoyo técnico hacia los municipios en materia de salud.



5.1 Modelo de financiamiento de la Red Bonaerense de Hospitales

La Provincia estará presente en la modernización de hospitales de su gestión, por medio de fuentes de financiamiento vigentes. No obstante, las transferencias financieras hacia los municipios van a resultar una herramienta fundamental. Se planea apoyar servicios claves, en términos de su necesidad para los usuarios de la red, monitorear y apoyar el cumplimiento de metas de la red y de afiliados de IOMA, así como apoyar a los establecimientos municipales en la modernización de su planta hospitalaria. Los recursos serán transferidos a través del Fondo Provincial de Salud definido en la Ley del SAMO, alimentado, además de las fuentes de recupero de costos, por partidas del tesoro provincial. Los recursos que provienen de financiamiento internacional, ya que apuntan a crear redes de salud, serán introducidos en municipios adheridos a la red.

La rendición de cuentas de todos los incentivos y recursos entregados será instrumentada por el municipio y se creará un área de auditoría y monitoreo, dentro del Ministerio, que permitirá controlar el funcionamiento de la red conforme directrices de la misma.



5.2 El gobierno de la Red Bonaerense de atención de la salud.

La presente gestión establece como prioridad fortalecer el gobierno provincial, de manera mancomunada con los municipios, para poder ejercer el rol rector dentro del sistema, apuntando a mejorar la calidad de vida de los bonaerenses y con la certeza de que es un deber mejorar el sistema de salud, tal como fue recibido. Se propone un modelo de gestión con capacidad de gobierno para incluir un nuevo concepto de hospital: que trabaje en red con los municipios, integrado con otros subsistemas, resolviendo problemas de acceso de la población y urdiendo estrategias que lo hagan sustentable en el tiempo y con el medio ambiente.

Los hospitales que adhieran a la Red Bonaerense deberán estar habilitados por la Dirección de Registro y Fiscalización del Ministerio de Salud de la Provincia.

La adhesión a la red implica compromisos: entre ellos, se deberá implementar sistemas de información uniformes, mantener una interoperabilidad entre sistemas diferentes, sostener una imagen institucional acordada para toda la red, implementar servicios o acciones que le otorgan calidad a la red. También se dispondrá de mecanismos de control/evaluación del funcionamiento de la red en función de los criterios que se establezcan.

Los establecimientos adheridos deberán tender a poseer servicios propios, tratando de eliminar mecanismos de tercerización de los mismos cuando posible.

El gobierno de la red funcionará dentro de la estructura funcional del Ministerio y articulaciones en todas las regiones sanitarias, siendo que pueden no coincidir en el territorio, las regiones con las redes. La región sanitaria será una segunda instancia de gobierno que tendrá el objetivo de gestionar las redes regionalizadas para ampliar el acceso al sistema de salud.

El gobierno de la red también tendrá un órgano consultivo que será el COSAPRO donde se realizarán las recomendaciones políticas para toda la red. Los CORESA tendrán una función operativa/resolutiva en las redes regionalizadas. En este sentido, la participación de los municipios será canalizada vía estas dos instancias de gobierno. La red funcionará en base a definiciones entre el gobierno provincial y los municipios, con la firma de acuerdos de responsabilidad compartida.

La red deberá incorporar en etapas, una política de armonización del recurso humano. Será conformada un área de defensoría de los derechos de los usuarios de la red como forma de ejercer el control ciudadano en el acceso a los servicios de salud y creados consejos participativos de salud con base en los municipios y regiones y con el fin de conformar un sistema de participación comunitaria dentro de las redes regionalizadas. El proyecto de la red de hospitales bonaerenses prevé un desarrollo en 3 años siendo que el 4to y 5to de este plan serán enfocados en ensamblar los centros de salud municipales en la red en base al modelo de atención que se propone a continuación.



5.3 Modelo de Atención de la Red Bonaerense

Los hospitales de la red deberán enfocar su reestructuración hacia el modelo de hospital integrado e integral: un hospital que priorice el bienestar. Este modelo de hospital trae innovaciones en el diagnóstico por imágenes, aportes en la telemedicina, promueven la ampliación de prácticas ambulatorias y una amplitud de lo extrahospitalario, con el avance en redes de comunicación e informática. Son hospitales donde se optimizan y disminuyen las internaciones, con cambios en el rol de las especialidades médicas mediante el modelo de cuidados progresivos. Hospitales que tratan a sus usuarios de manera digna, humanizada, con perspectiva de género e interseccional y una mirada integral de sus condiciones de salud.

Este modelo debe garantizar una puerta de entrada al sistema y una continuidad de cuidados en todos los niveles de atención. Ordenado en base a líneas de cuidado y protocolos clínicos para garantizar la equidad en la atención a través de toda la red, coordinando los cuidados desde la consulta externa o el primer nivel y supervisando el recorrido de los usuarios por la red.

El hospital debe enfocarse en la consolidación de un modelo con tratamientos intensivos de breves periodos y administración de medicación o prácticas sin necesidad de internar. Debe profundizar el énfasis en la preservación de la salud, con articulación con el primer nivel de atención, continuidad de cuidados, trabajo interdisciplinario,

participación comunitaria y responsabilidad compartida con otros sectores del gobierno, tal como desarrollo social, educación, etc.

Dado que las redes están conformadas por nodos de diferente densidad tecnológica interligados mediante procesos logísticos y de comunicación, será de uso obligatorio la historia de salud integrada (HSI) y mecanismos que garanticen la continuidad de cuidados dentro de la red.

La red bonaerense definirá anualmente una serie de capacitaciones para promover este cambio cultural del modelo de atención. Las mismas estarán dirigidas a trabajadores y profesionales en temas que van desde recepción de usuarios, hasta uso de protocolos clínicos y establecimiento de líneas de cuidado.

Las redes garantizarán la continuidad de los cuidados sobre la base de las referencias y contrarreferencias por medio de la historia de salud integrada y el mecanismo de administración de filas de espera virtuales. El usuario que asista a su centro de salud o consultorio externo de clínica o pediatría de hospital, podrá obtener el turno en el segundo/tercer nivel, de manera organizada, a partir de una central de regulación de acceso que imputará esa consulta en las agendas provistas por los servicios. Se prevé que esta central actúe tanto en el acceso a consulta ambulatoria, como de exámenes de laboratorio, imágenes, camas y cirugías y deberá ser un puente entre los equipos de trabajo del primer nivel y los especializados del hospital a través de una central de operadores telefónicos y la herramienta de la HSI.

Los hospitales dentro de la red deben poseer servicios de admisión que dispongan de la oferta para toda la red y tiendan a una organización interna por cuidados progresivos, además de articular las emergencias a través del sistema de emergencias de la provincia.



La red bonarense de atención de la salud incluya las redes temáticas existentes actualmente tales como la de salud perinatal, red de atención de aborto así como otras redes que la autoridad sanitaria considere que se deban establecer.

PLAN QUINQUENAL
DE SALUD



6. Haciendo operativa la red

Para comenzar a construir la red, se espera el consenso de todas las partes involucradas mediante convenios de adhesión y la puesta en marcha de procesos de trabajo que abonen a estructurar el financiamiento, el gobierno y el modelo de atención.

Una vez definidos los detalles de la red, mediante un documento programático, se organizarán las áreas ministeriales, con funciones y atribuciones para dar consecuencia al plan.

Todos los mecanismos administrativos vigentes así como las políticas y programas del Ministerio, pasarán a formar parte de la Red Bonaerense de atención de la salud.

La Red bonaerense será refrendada en una norma jurídica que incorpore todas las especificidades y le garantice sustentabilidad al plan.

Para estructurar la red será necesario realizar una lista de la cartera de servicios que corresponde a cada población. Se elegirán los servicios, prácticas y procedimientos que se deben incluir en esa cartera, con el fin de garantizar el derecho a la atención de la salud, de los usuarios de un territorio.

Es necesario que esa cartera sea definida en función de un territorio particular que será la población de referencia de esa red regionalizada. En la provincia, habrá por lo menos 12 redes regionalizadas que, excediendo o no el territorio de las regiones sanitarias, garantizará una atención integral a su población.

También será necesario definir la resolutive mínima de cada nivel de atención, es decir, cuál será la capacidad resolutive del segundo/tercer nivel provincial/municipal y la capacidad resolutive mínima que esperamos del primer nivel de atención municipal.

Con la estructura de la red armada, se puede empezar a conformar las redes regionalizadas, mediante el trabajo conjunto de las regiones sanitarias, referentes municipales y un equipo implementador capacitado en temas de armado de redes de servicios de salud, implementación de regulación de acceso, referencia y contrareferencia.

Cada uno de los procesos de trabajo, serán acompañados por una guía de implementación que apoyará el desarrollo de la red.



**CONGRESO
PROVINCIAL
DE SALUD**



12, 13 y 14 de abril
MAR DEL PLATA 2023



Consejo de Salud Provincial

MINISTERIO DE
SALUD



GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**