

Evaluación quinquenal de los ejes sanitarios de un programa nacional de Atención Primaria de la Salud.

Five-year evaluation of the sanitary axes of a national program of Primary Health Care.

Autores: *Patricio Jorge Cacace^a; Ana Carolina Aymat^b.*

^a *Médico (UBA) Espec. Medicina Familiar (FAMFyG). Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas Salud (UNLa) Dto. Medicina Familiar, Facultad Medicina, Universidad de Buenos Aires*

^b *Médica (UNT) Espec. Medicina Familiar (FAMFyG). Maestranda en Educación para Profesionales de la Salud (IUHIBA) Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Norte. Santo Tomás de Aquino, Tucumán. Argentina.*

Contacto:

pcacace@gmail.com

Recibido: 27/02/2023

Aceptado : 28/06/2023

RESUMEN

Se realizó una evaluación quinquenal de los ejes sanitarios (que dan lugar a objetivos estratégicos con sus correspondientes metas e indicadores, áreas de intervención y líneas de acción) dentro del marco de la gestión sanitaria de uno de los 10 principales agentes de la seguridad social argentinos quien implementaba desde hacía 20 años un Programa Nacional de Atención Primaria de la Salud (PNAPS). El mismo promedió alrededor de 800 mil beneficiarios anuales dentro de una red asistencial nacional propia en el primer nivel de atención compuesta por 45 Centros de Atención Primaria (CAPs). Se implementó una investigación evaluativa que incluyó un trazado de línea de base con la valoración de cinco Ejes Sanitarios (ES). Se trata de un diseño de corte transversal de un periodo de 5 años. Se definieron metas, indicadores y recomendaciones para cada uno de los ES, recopilando información de fuentes diferentes y complementarias para su análisis. Los resultados mostraron una evolución favorable en el período evaluado, aunque el cumplimiento de las metas estuvo bastante alejado de lo propuesto de manera teórica. Conclusiones: este trabajo aporta información valiosa y original para subsidiar la toma de decisiones e incentivar la investigación en el ámbito de la APS, buscando reformular los actuales modelos de gestión y de atención de la salud.

PALABRAS CLAVES: atención primaria de salud, investigación en servicios de salud, seguridad social.

ABSTRACT

A five-year evaluation of the health axes (which give rise to strategic objectives with their corresponding goals and indicators, areas of intervention and lines of action) was carried out within the framework of health management of one of the 10 main Argentine social security agents who had been implementing a National Primary Health Care Program (PNAPS) for 20 years. It averaged around 800,000 annual beneficiaries within its own national care network at the first level of care made up of 45 Primary Care Centers (CAPs). An evaluative investigation was implemented that included a baseline drawing with the assessment of five Sanitary Axis (ES). It is a cross-sectional design of a period of 5 years. Goals, indicators and recommendations were defined for each of the ES, collecting information from different and complementary sources for analysis. Results: they showed a favorable evolution in the period evaluated, although the fulfillment of the goals was quite far from what was theoretically proposed. The results of this work provides valuable and original information to support decision-making and encourage research in the field of PHC, seeking to reformulate current management and health care models.

KEYWORDS: Primary Health Care, Health Services Research, Social Security.

INTRODUCCIÓN

El sistema de salud en la República Argentina es un sistema mixto, organizado, gestionado, regulado y financiado bajo complejos entramados de segmentación, fragmentación y pluralidad de actores. Se encuentra compuesto por un subsector público, uno de seguridad social y uno privado. El subsector público se encuentra subdividido a su vez en tres niveles: Nacional, Provincial (24 jurisdicciones) y Municipal y tienen derecho de acceso a él todos los habitantes del país (cobertura nominal). Los trabajadores del mercado formal, así como sus familiares directos que se incorporan como beneficiarios, tienen una cobertura adicional por agentes o instituciones de la seguridad social (más de 300 en todo el país), que conforman el segundo subsector. Por último, encontramos el subsector privado que se financia a partir del aporte económico de sus usuarios a empresas de medicina prepaga donde el pago se corresponde a cada individuo. Debemos considerar que, dependiendo la situación laboral y económica de las personas, un porcentaje variable de las mismas puede contar simultáneamente con coberturas de salud solapadas entre la seguridad social y la medicina prepaga, al margen de la cobertura nominal del sector público de la que gozan. Así en líneas generales, teniendo en cuenta lo anterior y los condicionantes que surgen de la actividad y situación económica del país (que repercuten en el trabajo formal registrado y en el poder adquisitivo de las personas) se estima de forma general que el subsector público brinda cobertura efectiva al 35% de la población y el subsector de la seguridad social al 63%, mientras que un 15% de la población opta por contratar seguros privados.^(1,2)

La presente investigación se realizó dentro del marco de la gestión sanitaria de uno de los 10 principales agentes de la seguridad social argentinos (en adelante OOSS), que prestó servicios durante 5 años (2012 a 2016) a un promedio de 800 mil beneficiarios anuales. Cabe destacar que en este mismo agente de la seguridad social se implementaba desde hacía 20 años un Programa Nacional de Atención Primaria de la Salud (PNAPS), gestionado por un equipo técnico (ETG) especializado externo, con alcance en múltiples áreas: asistencial, administrativa y docente. Los Ejes Sanitarios (ES) definidos por dicho PNAPS se fueron construyendo a partir de la permanente búsqueda de optimización de los procesos de gestión clínica, manteniendo la capacidad de resolución de problemas de salud prevalentes con eficiencia y efectividad, orientando la circulación de los pacientes por los prestadores asistenciales de niveles de complejidad creciente, y manteniendo el propio "modelo asistencial" construido bajo las improntas de la Medicina Familiar y la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) e implementado por los Equipos Básicos de Atención Médica Primaria (EBAMP). Los mismos

se encontraban distribuidos en todo el territorio nacional a través de una red asistencial propia de la OOSS conformada por 45 Centros de Atención Primaria (CAPs), con presencia en las 24 jurisdicciones del país, y donde se llevaron adelante un promedio de 1.300.000 consultas médicas por año⁽³⁾.

El propósito de la investigación fue analizar el seguimiento y monitoreo realizado en el mencionado periodo de estudio sobre las acciones de gestión asistencial vinculadas al cumplimiento de los ES planteados por el PNAPS de una OOSS en Argentina.

MARCO TEÓRICO

La evaluación de los servicios de salud

Si bien en el ámbito de la APS, y más aún en el de la seguridad social, continúa siendo poco frecuente y requerida, tanto la investigación como la publicación de trabajos científicos⁽⁴⁾, el presente trabajo fue diseñado y realizado como una investigación evaluativa retrospectiva de 5 años del abordaje de cinco de los ES desarrollados por el PNAPS por una OOSS en Argentina, en el marco de implementación de un modelo de trabajo basado en la estrategia de la APS y la medicina familiar.

Considerando estas características del modelo implementado, y buscando evaluar tanto la calidad de los cuidados médicos implicados en dicho concepto, así como la gestión realizada, se decidió en primer término trabajar el objeto de estudio con la concepción y los conceptos de la conocida tríada de la calidad de la atención planteada por el Dr. Avedis Donavedian⁽⁵⁾: estructura-proceso-resultados. Entendiendo de esta forma que cada una de las partes de la tríada se compone de criterios o componentes que dan soporte a la calidad de la atención prestada. A todo esto, sumamos lo referido a términos de evaluación de gestión sanitaria, entendiendo que los indicadores de salud representan medidas de impacto de los servicios brindados, y precisan tener en cuenta la medición de adecuación, la infraestructura de los servicios, y la efectividad de los procesos.⁽⁶⁾

Desde lo conceptual, consideramos que una *evaluación en salud* puede interpretarse como un juicio sobre una intervención, o sobre cualquiera de sus componentes, con el objeto de auxiliar en la toma de decisiones; mientras que las *investigaciones evaluativas* serían aquellas que analizan la pertinencia, fundamentos teóricos, productividad, efectos, y/o rendimiento de una intervención, así como las relaciones existentes entre la intervención y el contexto.⁽⁷⁾

Ejes sanitarios

Los Ejes Sanitarios (ES) fueron los principales

temas de salud que se constituyeron como pilares del PNAPS sobre los que se fundamentaron diversas acciones asistenciales y administrativas, y la distribución de recursos dándole rumbo estratégico a la gestión de las políticas sanitarias abordadas desde el primer nivel de atención de la OOSS. Los mismos fueron definidos arbitrariamente por el ETG considerando diferentes datos epidemiológicos de la población beneficiaria (por ejemplo: perfil de usuarios, contexto social, etc.) y el contexto prestacional, resultando prioritarios los 5 siguientes:

- MF: Medicina Familiar y APS (el “modelo de atención”);
- MI: Salud Materno Infantil;
- ECNT: Enfermedades Crónicas no Transmisibles (que incluyen a la Diabetes -DBT- e Hipertensión Arterial -HTA-);
- PS: Problemas de Salud Psico Sociales;
- CA: Prevención de Cáncer de Cérvix, Mama y Colon.

Atributos

Si bien se enumeran clásicamente los 4 atributos o características principales de la APS definidos por Bárbara Starfield (accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y coordinación de cuidados)^(8,9), desde el ETG del PNAPS se consideró oportuno y pertinente desglosar algunos de ellos de forma tal de agregar 6 nuevos atributos adicionales a los previamente mencionados ES, considerando que de esta forma se ampliaría el marco de acción, así como la riqueza y utilidad de los datos recolectados. Estos atributos se constituyeron como las características esenciales que identificaban a las acciones en APS y que eran inherentes y coherentes con el modelo de atención y gestión implementado por la OOSS por más de 20 años. Observamos en la Figura 1 los ES y sus Atributos, y en la Figura 2 las características constitutivas de cada ES y la Organización Jerárquica para la gestión del PNAPS las características esenciales que identificaban a las acciones en APS y que eran inherentes y coherentes con el modelo de atención y gestión implementado por la OOSS por más de 20 años. Observamos en la Figura 1 los ES y sus Atributos:

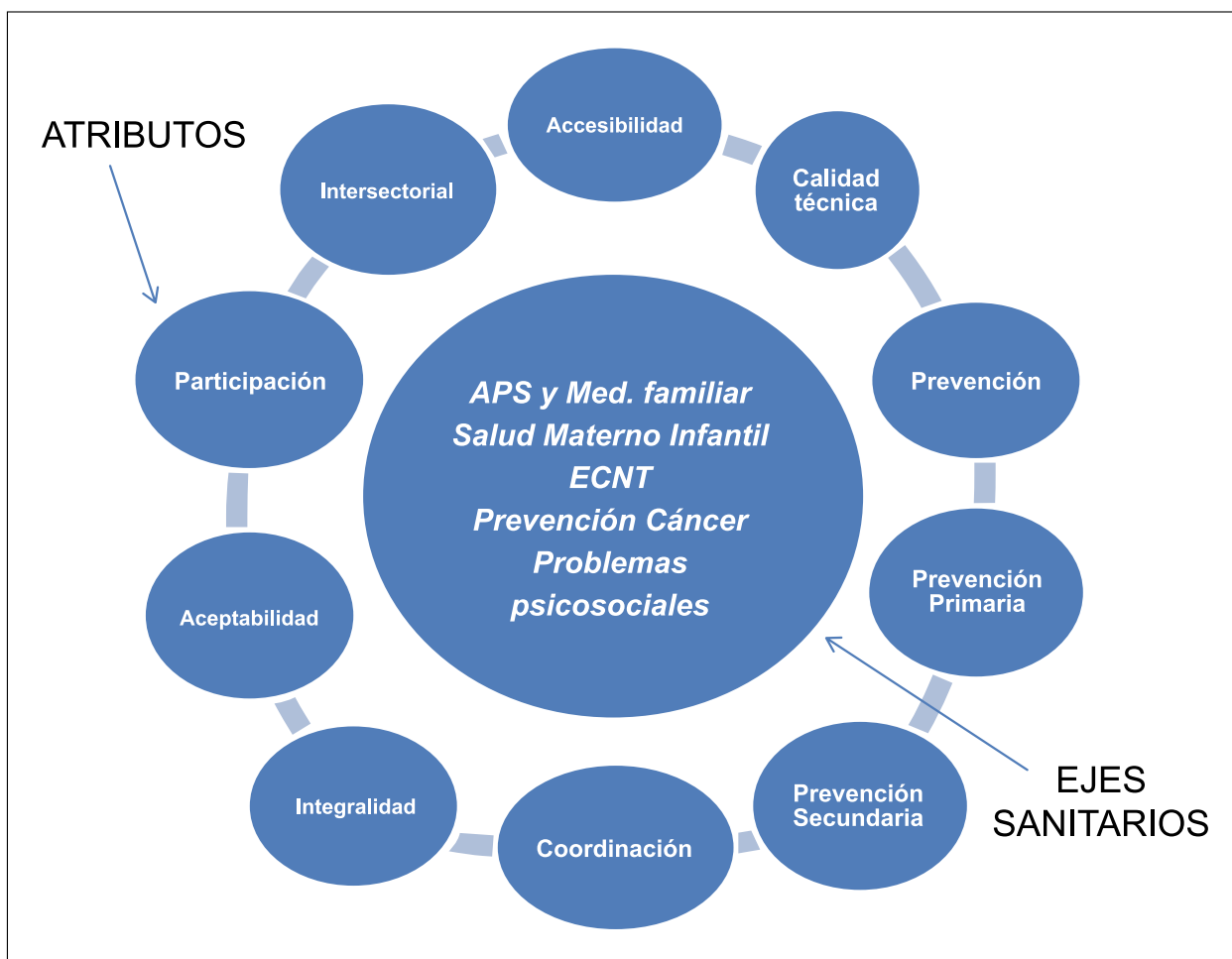


Figura 1: Esquema de los Ejes Sanitarios (ES) y sus Atributos, considerados para la Evaluación del PNAPS. Fuente: elaboración propia.

Indicadores

A los fines operacionalizar los conceptos teóricos se seleccionaron y definieron 39 indicadores que sirvieron para evaluar los Atributos de la APS en cada ES, definiendo también de antemano para cada uno su propia meta y estableciendo su propia fuente de datos (u origen de la información).

Metas

Fueron formuladas 39 metas, 1 para cada indicador definido, considerando su composición, así como su fuente de datos. Para conocer la magnitud del avance se contó con una "línea de base" al comienzo del periodo (en este caso particular construida a

partir de los datos del Año I), constituida como punto de referencia para medir los cambios transcurridos durante el periodo de estudio (Año II a V). Se constituyeron como el punto de partida inicial a partir del cual se definía un indicador, dando el valor inicial para luego poder medir su progreso.

Recomendaciones

En forma complementaria, y a los fines de establecer una agenda de trabajo y de gestión en común entre todos los CAPs del país, se definieron y se desarrollaron una serie "Recomendaciones" para cada ES con el objeto de adecuar los recursos institucionales y los esfuerzos a nivel local hacia las metas definidas, siguiendo el lineamiento del modelo asistencial institucional.

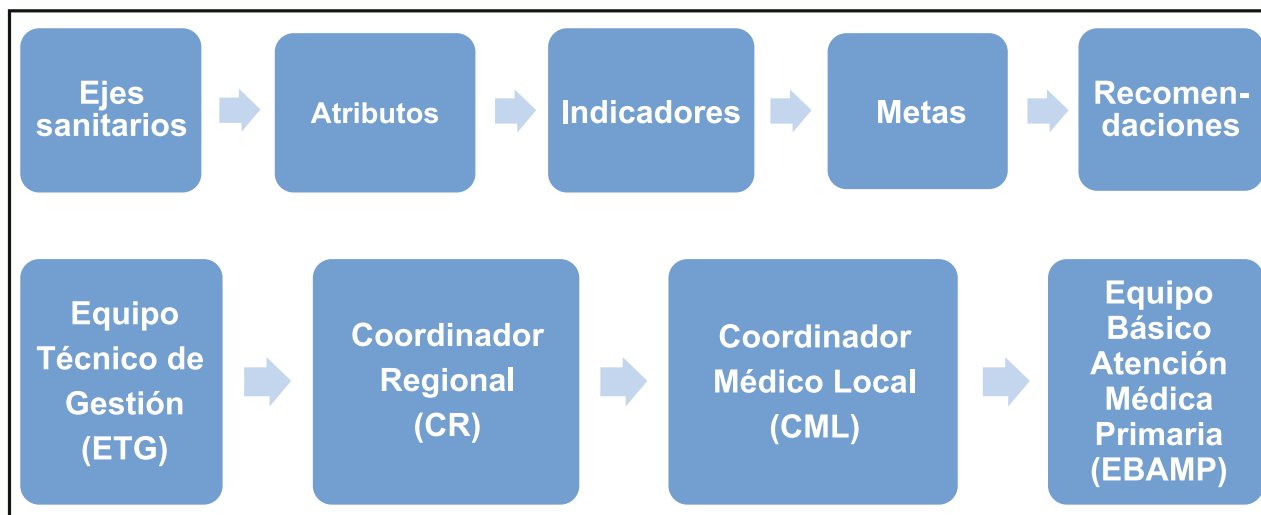


Figura 2: Características constitutivas de cada Eje Sanitario y de la Organización Jerárquica para la gestión del PNAPS.

OBJETIVOS

objetivo principal:

Evaluar el PNAPS en el marco de las prácticas y servicios sanitarios implicados en los ES definidos por el ETG de una OOSS.

objetivos secundarios:

- Establecer una agenda de trabajo y de gestión en común, en todos los CAPs de todo el país;
- Identificar el destino hacia el cual deberían dirigirse los recursos y esfuerzos para el cumplimiento de la misión y los propósitos del PNAPS;
- Analizar la evolución temporal (durante un periodo de 5 años) y regional (según la distribución geográfica

de los centros asistenciales participantes) de cada uno de los ES;

- Analizar los resultados obtenidos y su forma de devolución hacia los integrantes de los EBAMP;
- Analizar los resultados obtenidos considerando aspectos que puedan contribuir a interpretar las similitudes y variabilidades presentes entre los diferentes CAPs.

METODOLOGÍA

A los fines de organizar y optimizar tanto la gestión como la investigación en el PNAPS, se realizó una subdivisión regional de los 45 CAPs que constituyeron durante el periodo de estudio la red asistencial nacional del primer nivel de atención de la OOSS en cuestión. Así, se definieron 6 regiones (Área Metropolitana, Mesopota-

mia, Noroeste-NOA, Noreste-NEA, Cuyo y Patagonia), cada una de ellas a cargo de un Coordinador Regional (CR) que reportaba al ETG.

Por su parte, cada CAP se caracterizaba por poseer un EBAMP a cargo de un Coordinador Médico local (CML) que reportaba al CR correspondiente.

FUENTE DE DATOS:

Fueron consultadas fuentes de datos diferentes y complementarias para componer los resultados de cada indicador. El denominado SOM es un sistema informático para la emisión de órdenes médicas de consultas y prácticas de carácter ambulatorio. Abarcaba el control de cobertura de los afiliados, registro de turnos, emisión de los bonos, registro de los coseguros percibidos y hasta la carga de los códigos de problemas de salud en APS (CIAP) resultante de las consultas médicas. También generaba listados estadísticos para seguimiento y control administrativo. Este sistema estaba instalado en toda la red de CAPs del país. Cada centro transmitía sus datos al ETG central para su consolidación, constituyendo la principal fuente de información estadística sobre la atención ambulatoria de los afiliados.

Todo esto se complementaba con los reportes enviados por los CML sobre las acciones implementadas en cada CAP para optimizar los registros locales: encuestas; ficheros identificatorios de grupos de pacientes por tipo de problema de salud; reportes prestacionales, de talleres y de reuniones del EBAMP.

Para algunos autores⁽¹⁰⁾ es ordenador, al implementar la evaluación de un programa, diseñar de una matriz que presente los criterios/indicadores y los parámetros que serán utilizados, tanto como las respectivas fuentes de información a ser consideradas. En la matriz de datos de la Tabla 1, podemos observar que el "n" (número o frecuencia) calculado para el periodo de estudio de cada indicador de cada ES es diferente para cada indicador, y es agrupado en base a las diferentes fuentes de datos de donde se extrajo la información. Es necesario tener presente que las muestras seleccionadas para cada una de las fuentes fueron recolectadas en 45 CAPs de todo el país y que un mismo ES posee diferentes indicadores, los cuales a su vez se nutren de información provista desde diferentes fuentes de datos.

Fuente	Indicador	"n" Total Años I a V	Eje
SOM	Pacientes con al menos dos CIAP A-D atendidos en el año	37.468	Psicosocial
	DNI titular con CIAP de Violencia familiar atendidos en el año	6.754	
	Total Consultas propias	1.407.232	
	Cantidad de mujeres en edad fértil consultantes	391.365	Prevención CA
	Cantidad de mujeres mayores de 40 años consultantes	173.632	
	Cantidad de pacientes mayores de 50 años consultantes	220.320	
	n° de pacientes con HTA	79.856	ECNT
	n° de pacientes con DBT	41.134	
	n° de consultas médicas del CeMAP	4.959.274	MF - APS
	n° de consultas médicas	6.716.274	
Metas establecidas para tasas de uso (Lab, Rx, Eco, TAC, RMN)	1.150		
Registros varios	N° de embarazos finalizados en el semestre	25.452	Materno Infancia
	Cantidad de consultorios	1.865	MF - APS
Encuestas	Cantidad de mujeres encuestadas	7.857	Prevención CA
	Población total encuestada	15.643	MF - APS / ECNT
Auditoría H.C.	N° HDF auditadas (Muestra RCV)	7.357	ECNT
	N° HDF auditadas (Muestra DBT)	2.978	
	N° HDF auditadas (Muestra RN)	4.514	Materno infancia
	N° HDF auditadas (Muestra 12M)	4.134	
	N° HDF auditadas (Muestra 6M)	3.934	
	N° HDF auditadas (todas las muestras)	22.917	MF-APS

Tabla 1: Matriz de datos que ejemplifica "n" utilizado y fuente de datos para 21 de los indicadores utilizados en el periodo de estudio. Fuente: elaboración propia.

Análisis de las características principales de los Ejes Sanitarios:

Debemos considerar que la evaluación quinquenal realizada originalmente incluyó un total de:

- 5 Ejes Sanitarios;
- 10 Atributos definidos para cada uno de ellos;
- 39 indicadores (8 para MF, 9 para MI, 10 para ECNT, 5 para CA y 7 para PS)
- 53 recomendaciones (9 para MF, 22 para MI, 8 para ECNT, 6 para CA y 8 para PS)

Es importante dejar asentado que la misma información de los otros 4 ES, así como el respectivo análisis detallado en las 6 regiones geográficas mencionadas previamente se encuentra finalizado y consolidado constituyendo un material de gran riqueza, pero demasiado extenso para su publicación en un artículo científico. Por tanto y a modo de facilitar la comprensión de los conceptos centrales de esta investigación decidimos mostrar únicamente las metas, los indicadores con sus respectivas fuentes de datos, y las recomendaciones correspondientes al Eje Sanitario MF: Medicina Familiar y APS (ver Figura 3).

Eje Medicina Familiar y APS		
Meta	Indicador	Fuente datos
70% de las consultas médicas del CAP realizadas por MF	Consultas con Medicina Familiar Total de las consultas médicas del CAP * 100	SOM
89% consultas propias	Consultas propias / Total de las consultas médicas * 100	SOM
90% de los usuarios reconocen 1 MF como referente	Cantidad usuarios con MF / Total de los encuestados * 100	Encuesta
20% de las consultas con más de un código CIAP	Consultas con más de 1 CAP en el año / total de consultas propias	SOM
70% HCF con familigramas completos	HCF con familirama completo / total HCF auditadas * 100	Auditoría HCF
70% HCF con listado de problemas actualizado	HCF con lista de problemas / total HCF aditadas * 100	Auditoría HCF
Tasas de uso de Rx Eco TAC RMN Laboratorio en valores standard	Prácticas / Consultas * 100 (para cada uno)	SOM
100% consutorios con listado recursos comunitarios	Cantidad consutorios con listados / Total Consutorios * 100	Auditoría Consutorio
Recomendaciones Eje Sanitario Medicina Familiar y APS		
1.	Todos los pacientes y/o familiares deben tener asignado un Médico de Familia.	
2.	Promover el auto-cuidado responsable.	
3.	Reformar el conocimiento del área administrativa del CAP acerca del Modelo de la Medicina Familiar.	
4.	Promover las Reuniones de Equipo e incentivar el trabajo interdisciplinario con las áreas de trabajo social, salud mental y enfermería.	
5.	Tener turnos disponibles para MF dentro de las primeras 48 horas, y dentro de los 7 días para otras especialidades.	
6.	Promover calidad de los registros administrativos.	
7.	Programar al menos una reunión anual intersectorial en cada CAP.	
8.	Coordinar y fortalecer comunicación con el segundo nivel de atención para mejorar información sobre internaciones, derivaciones e interconsultas.	
9.	Promover al menos una iniciativa anual de abordaje intersectorial en cada CAP.	

Figura 3: Ejemplo de la Constitución del ES MF con sus respectivas Metas, Indicadores, Fuente de Datos y Recomendaciones. Fuente: elaboración propia.

RESULTADOS

Para entender la evolución cronológica del trabajo y la evolución de los diferentes ES, iniciamos el análisis de los resultados obtenidos teniendo en cuenta la línea de base planteada en el Año I.

Aclarado esto, definidos los indicadores y sus respectivas metas, y luego de procesar la información proveniente de las diferentes fuentes ya mencionadas, se pasó a otorgar al indicador un valor porcentual alcanzado respecto de la meta considerando a esta última con un valor de 100%. Ese “porcentaje de alcance de meta” se decidió equiparar a una tabla cromática con los colores de un semáforo (o luces de tráfico), otorgando a los respectivos colores un rango

de porcentajes en los que se alcanzaba la meta, de la siguiente forma:

- Verde: meta alcanzada entre un 70 y 100%
- Amarillo: meta alcanzada entre 50 y 69%
- Rojo: meta alcanzada en 49% o menos.

Para facilitar la exposición de cada uno de los resultados obtenidos año tras año por cada uno de los 39 indicadores definidos para los correspondientes ES, se realizó un promedio del porcentaje de alcance de la meta de cada uno, y dicho resultado porcentual también se expresó en la referida escala cromática (Figura 4 y Figura 5).

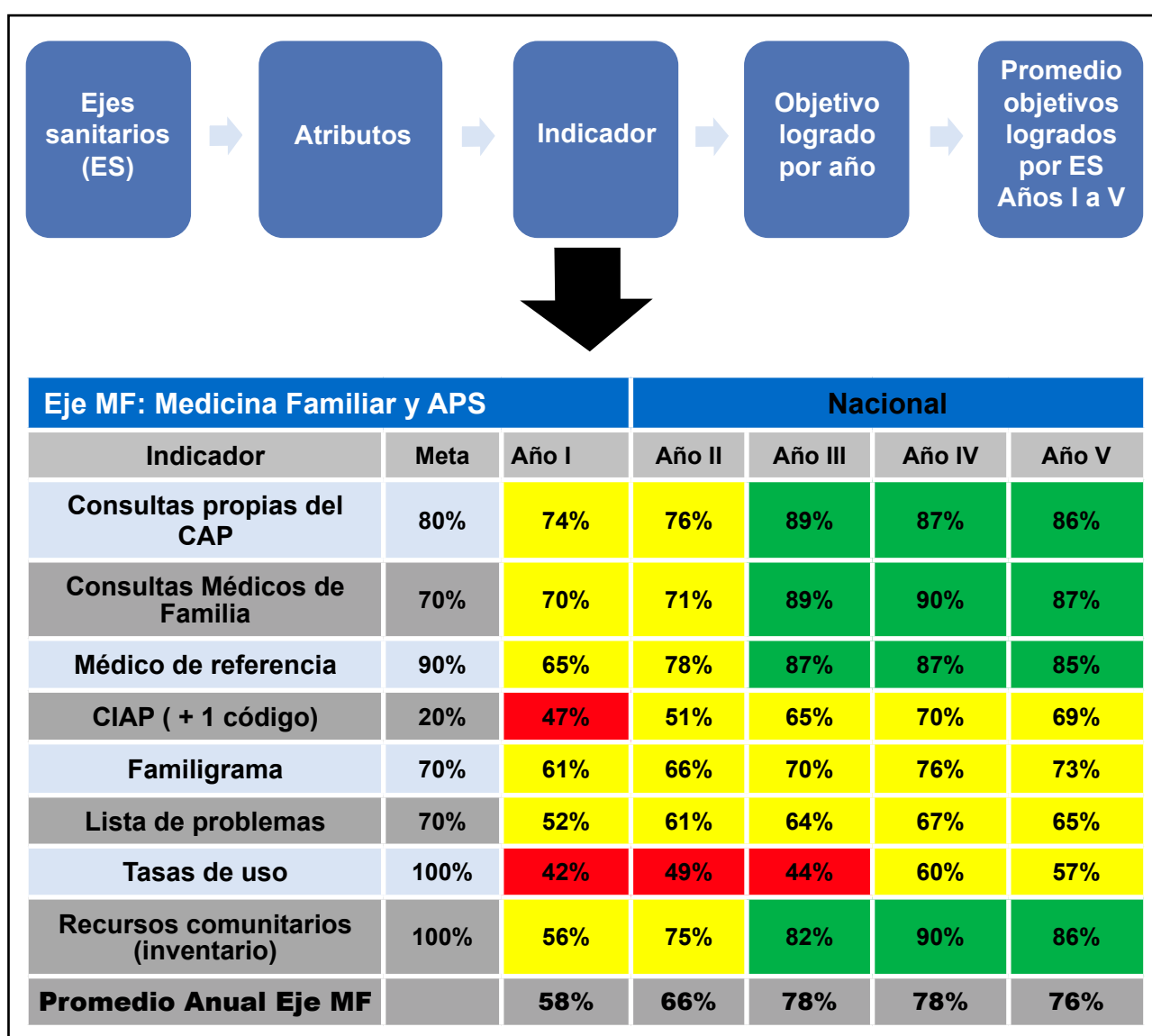


Figura 4: Secuencia de análisis de los ES y sus indicadores, con el ejemplo del ES MF mostrando el porcentaje anual de alcance de la meta para cada uno de sus indicadores y su promedio anual considerando sus 8 indicadores. Fuente: elaboración propia.

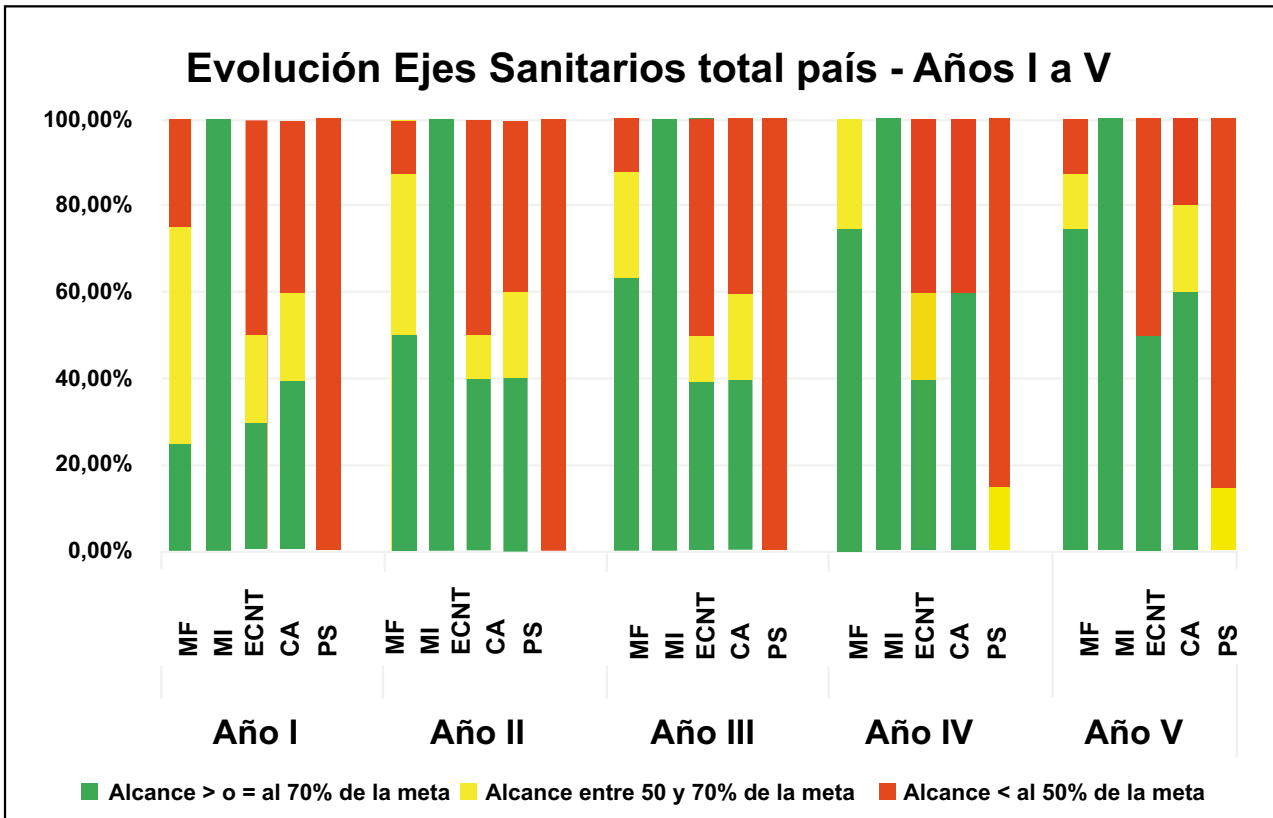


Figura 5: Evolución por Ejes Sanitarios, Años I a V, promedio de todo el país. Fuente: elaboración propia.

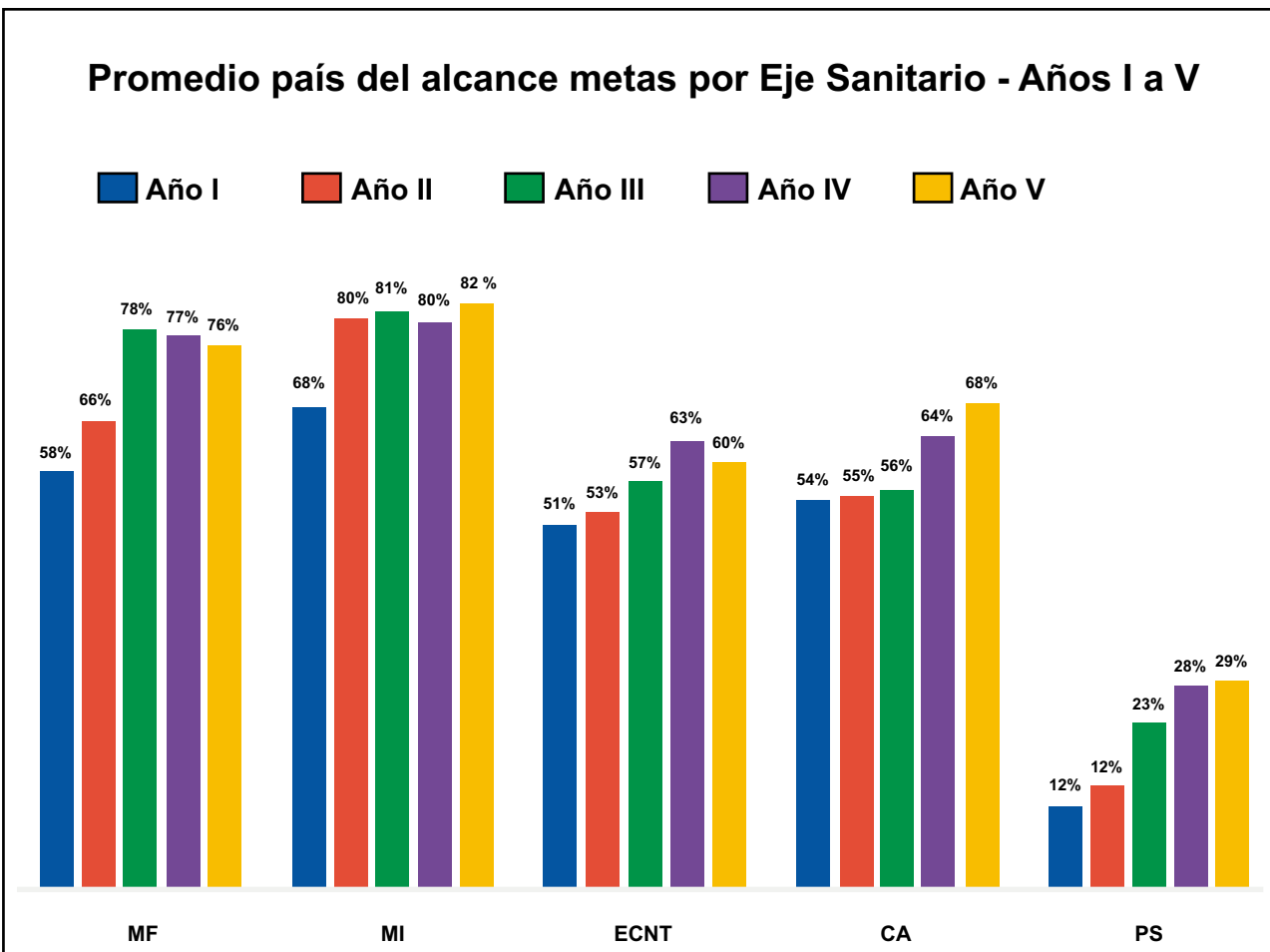


Figura 6: Evolución del promedio nacional de alcance de metas por Eje Sanitario y por Años I a V. Fuente: elaboración propia.

Los atributos mostraron, en su totalidad, una evolución favorable en el período evaluado. Sin embargo, el cumplimiento de las metas estuvo bastante alejado de lo propuesto de manera teórica que, si bien pudo haber sido ambicioso inicialmente, se basó en los estándares generales propuestos para los problemas abordados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Salud de Nación (MSAL) y las diferentes sociedades científicas. A partir de esta línea de base, se comenzó desde el PNAPS a trabajar con los responsables de los diferentes CAPs a través de capacitaciones, reuniones de gestión y encuentros regionales y nacionales, poniendo especial énfasis en los ES propuestos, con la intención de lograr mejoras graduales y progresivas para cada uno, y sostenibles en el tiempo.

DISCUSIÓN

La evolución favorable de los atributos representa un hallazgo sumamente importante porque permite interpretarla como una mejora cualitativa con reafirmación y asimilación del modelo propuesto para la atención y gestión sanitaria.

A partir del análisis de los resultados precedentes se desprende que, a pesar de encontrar una mejora clara tanto en el porcentaje de alcance de las metas propuestas para cada uno de los ES (Figura 5 y Figura 6) como en sus atributos, fue necesario fortalecer acciones recurrentes para lograr esas mejoras graduales y progresivas, y para reforzar su sustentabilidad temporal. Así, el ETG se planteó diferentes estrategias destinadas a optimizar los modelos asistenciales y de gestión del PNAPS, que interpretamos tuvieron repercusión directa sobre los ES implementados:

1) Reformulación de las CR para los CAPs que formaban parte de la red Nacional de Atención Primaria con referenciación y articulación con el ETG.

2) Formalización de una Coordinación de docencia e investigación del PNAPS.

3) Implementación de un curso bianual de gestión para modelos de atención centrados en la APS (acreditado por Federación Argentina de Medicina Familiar y General - FAMFyG) para todos los coordinadores responsables de los CAPs.

4) Conformación de equipos de trabajo centrados en los ES propuestos.

5) Actualización de guías de práctica clínica (GPC).

6) Capacitación en adicciones.

7) Formación de Espacios Amigos de la Madre y el Niño siguiendo la iniciativa del MSAL.

8) Presentación de los resultados obtenidos a los propios equipos de salud mediante estrategia de visualización por rango cromático o “escala semáforo” como retroalimentación de datos traducida a la vez en una autoevaluación del trabajo local.

9) Encuentros regionales y nacionales para los equipos de salud de la red como espacio de intercambio y puesta en común de las diferentes realidades locales, logros y dificultades de cada región/CAP, herramientas innovadoras aplicadas por cada equipo, etc.

CONCLUSIONES

Entendemos que esta evaluación de resultados se constituye en un precedente dentro del ámbito de la APS y de la seguridad social de nuestro país. La investigación realizada ejemplifica la importancia vital de la instancia de evaluación como un momento fundamental dentro la gestión sanitaria principalmente por 3 motivos: (a) permite disponer de información útil para tomar decisiones en varios niveles de la organización; (b) dispara un mecanismo de retroalimentación para el mejoramiento continuo de los procesos y de las funciones; y (c) respalda nuestras decisiones a la hora de rendir cuentas y legitimar la tarea realizada desde los ETG.

Se aporta información valiosa y original para subsidiar la toma de decisiones en el futuro, no sólo porque la experiencia tiene como protagonista un agente de la seguridad social de nuestro país, sino porque además representa la factibilidad y la importancia de la investigación en el ámbito de la APS.

Debemos considerar, en base a todo lo observado, algunas cuestiones que creemos permitirán optimizar la gestión dentro del primer nivel de atención y de esta forma obtener mejores resultados a nivel local potenciando así los resultados globales de cada ES. En base a lo antedicho, es necesario recordar las siguientes medidas⁽³⁾:

- Replantear los procesos clásicos y rígidos de gestión;

- Instalar una metodología sistematizada de análisis, monitoreo y evaluación rutinaria de las diferentes acciones llevadas a cabo;

- Adecuar, modernizar y optimizar registros informáticos/codificación;

- Redefinir indicadores estructurales, de procesos y de resultados, generando una rutina de monitoreo y análisis de los diferentes procesos;

- Aportar información y resultados que contribuyan tanto con la planificación como con la toma de

decisiones en la implementación de diferentes políticas sanitarias;

- Considerar mejoras, ajustes y correcciones respecto de los ES evaluados, ya sea para redefinir las prioridades sanitarias del PNAPS así como las intervenciones más pertinentes para cada uno en su contexto particular.

De esta forma podemos encontrar modelos de gestión y de atención de la salud más flexibles y adaptables a las diferentes realidades y contextos, que busquen relacionar los problemas y necesidades en salud de determinados conjuntos sociales con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios disponibles, de tal modo que sea posible definir prioridades, considerar alternativas reales y factibles para actuar, manejando recursos, y buscando la resolución de los diferentes problemas.

Considerando que las prácticas de salud colectiva tienen por objeto garantizar la salud de las personas, y que para lograrlo se involucran una gran cantidad de actores, procesos y acciones que deben coordinarse y gestionarse de forma óptima⁽¹¹⁾, es el momento adecuado para que desde la gestión sanitaria podamos permitirnos sin desconfianza extrapolar el uso de nuestros propios saberes y tecnologías médico-sanitarias a la vez que empecemos a incorporar otros nuevos saberes que estimulen la participación comunitaria, trascendiendo el ámbito formal de las instituciones de salud, e involucrar a otros sectores y órganos gubernamentales y no gubernamentales para optimizar la salud de las personas.

FINANCIACIÓN

La investigación ha sido financiada por la Fundación AEQUUS, organización sin fines de lucro que tiene por objeto el desarrollo de la medicina familiar y la APS en América Latina.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores no han reportado ninguno.

AGRADECIMIENTOS

A la gran cantidad de personas que en el transcurso de los 5 años evaluados fueron parte de los diferentes EBAMP, de las CR y del ETG, cuyo trabajo cotidiano, constante, perseverante y articulado fue vital para el desarrollo e implementación de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubinstein A. Sistema de salud argentino: finan-

ciamiento, organización y prestación de servicios. Construyendo la agenda de reformas pendientes en el Sistema de salud argentino. Vol. 4, Health Systems and Reform. Buenos Aires: Taylor and Francis Inc.; 2021 Jun.

2. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Análisis de situación de salud República Argentina 2018. Buenos Aires; 2018.

3. Cacace P. "Experiencia del modelo de atención primaria basado y medicina familiar en OSPeCon." In: Jornada iSALUD "Experiencias innovadoras en gestión de salud." Buenos Aires: iSalud; 2017.

4. Cacace P, Coppolillo F. La investigación en Medicina Familiar. Archivos de Medicina Familiar y General. 2006;3(2):32-4.

5. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ache Management; 1980.

6. de Araujo Hartz ZM, Vieira Da Silva LM. Evaluación en Salud: de los modelos teóricos a la práctica en la evaluación de programas y sistemas de salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

7. Contandriopoulos A, Hartz Z, Champagne F, Brousselle A. Avaliação: conceitos e métodos. 1st ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.

8. Starfield B. Atención Primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2001.

9. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. Milbank Q. 2005 Sep;83(3):457-502.

10. Magalhães Bosi ML, Mercado FJ. Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2007.

11. Campos GW de S. Gestión en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2001.