

TESIS =  
3923

**UNIVERSIDAD DEL SALVADOR**  
**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS**  
**MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**Tesis: Programa Plan Médicos de Cabecera de la  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires**



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

**Tutor: Dra. Dora Luján Coria**  
**Alumna: Lic. Maria Raquel Herrero**

**Año 2010**



<b>Capítulo 5. Datos relevantes.....</b>	<b>59</b>
5.1. Cantidad de inscriptos.....	60
5.2. Cantidad de consultas.....	61
5.3. Cantidad de consultas por especialidad.....	62
5.4. Medios a través de los cuales se enteró de la existencia del Plan.....	66
5.5. Composición socioeconómica de la población inscripta en el Plan.....	67
5.6. Visita al médico de cabecera durante el último año.....	68
5.7. Motivos por los que no visitó al médico de cabecera en el último año.....	68
 <b>Capítulo 6. Fortalezas y debilidades del programa.....</b>	 <b>71</b>
6.1. Conflictos gremiales.....	72
6.2. Evaluación general del plan según los pacientes.....	74
6.3. Presupuestos.....	76
6.4. Descentralización del primer nivel de atención.....	76
6.5. Los profesionales médicos.....	78
6.6. Los administrativos.....	80
 <b>Conclusiones.....</b>	 <b>84</b>
 <b>Referencias bibliográficas.....</b>	 <b>87</b>



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

Agradezco a mi Directora de Tesis Dra. Kuky Coria,  
a la Lic. Daniela La Pietra y autoridades del  
Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Bs. As.,  
a mi esposo, a mis hijas quienes con su paciencia  
y ayuda han posibilitado la realización de este trabajo.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

## Resumen

El presente trabajo tuvo la finalidad de indagar respecto del Plan Programa Médico de Cabecera de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; se ha pretendido analizar en qué medida el programa ha logrado alcanzar los objetivos propuestos: la cobertura integral orientada a la prevención y la atención primaria de la salud y, con ello, la descentralización, es decir, que los hospitales atendieran mayoritariamente los casos de urgencia y emergencia, los estudios complementarios y los de alta complejidad

Los objetivos del trabajo fueron: explorar y descubrir los resultados obtenidos en la implementación del Programa Plan Médicos de Cabecera, desde el momento de su creación hasta la actualidad; determinar en qué medida se han alcanzado los objetivos propuestos en el programa y; descubrir sus fortalezas y debilidades.

Por otra parte, la hipótesis que guió el trabajo fue:

“Los resultados obtenidos en la implementación del Programa Plan Médicos de Cabecera para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires son insuficientes en tanto se han cumplido los objetivos solo de manera parcial”

Para realizar el trabajo se apeló a un corpus, es decir, a documentos previamente escritos o datos secundarios. Los estadísticos fueron presentados en cuadros y gráficos.



## INTRODUCCIÓN

USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

El Sistema de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene recursos de dependencia estatal, de la seguridad social y privada. El sistema sanitario público cuenta con la oferta más variada y completa de la República Argentina. La Ciudad dispone de 33 hospitales, de los cuales 13 son hospitales generales de agudos y 20 hospitales especializados. El sistema de la seguridad social y privada también tiene en la Ciudad un amplio desarrollo de alcance regional.

El marco normativo del Sistema de Salud del distrito es la Ley Básica de Salud N°153. El mismo establece el derecho a una salud integral, jerarquizándose la prioridad en la atención de la población vulnerable y la descentralización de los centros de atención. El proceso de articulación de niveles de atención que se establecen en la mencionada Ley no se ha completado, ya que en lo que respecta al subsector estatal todavía existe superposición de efectores correspondientes a distintos niveles.

En términos generales, la oferta de servicios públicos de salud está organizada mediante una combinación entre niveles de atención y regionalización sanitaria metropolitana, siguiendo criterios de área operativa, como unidad técnico-administrativa, para la programación, ejecución y evaluación de las actividades de atención de la salud y enfermedad, como así también del medio ambiente. A su vez, cada área operativa dispone de un servicio de salud de cabecera, el de mayor nivel de atención, y servicios dependientes del primer nivel que son los Centros de Salud y acción comunitaria (33), centros médicos barriales (16), centros de salud mental (2) y el Plan Médicos de Cabecera.

Este último es el que nos interesa en este trabajo. Sabemos que las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado, los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios.

El proceso o ciclo de construcción de las políticas públicas se inicia cuando un gobierno o directivo detecta el problema y que, por su importancia, merece su atención; el proceso termina con la evaluación de los resultados.

*“En la implementación de una política coexisten variables históricas,*

*culturales, institucionales, políticas y socioeconómicas que, aún cuando sean causa de su génesis o hayan sido contemplados en su diseño, interactúan de manera diferente en cada ámbito territorial dotándola de un perfil propio. Así, la gestión de un modelo de atención de la salud presenta especificidades que responden a características locales en un país tan heterogéneo como la Argentina.” (Duré, 2001:1)*

Una evaluación respecto de la gestión de determinada política, involucra, entonces, un análisis del contexto político y socioeconómico al momento de su inicio, así como de los aquellos factores de tipo culturales, comunicacionales e institucionales involucrados en un fenómeno que es único.

En este sentido, el Secretario de Salud Doctor Héctor Lombardo junto con su equipo técnico de médicos sanitarios, entre los cuales podemos mencionar al Doctor Francisco Tropea, Subsecretario de Salud (1996) y ex director del Hospital Fernández (1992-1996), la Doctora Isabel Duré, administradora gubernamental, y el Doctor Edgardo Trivisono, Director General de Planeamiento y Evaluación de Desempeño (1996), detectaron, a partir del resultado de un diagnóstico realizado en el sistema público de salud en la década de los noventa, una creciente demanda de atención en los hospitales públicos.

La necesidad de implementar un modelo descentralizado y articulado se transformó en perentoria al observarse el aumento creciente de la cantidad de consultas ambulatorias en los hospitales públicos de la ciudad. Algunas de las causas que acompañaron este aumento de consultas son el envejecimiento de la población producto del aumento del promedio de vida, la cronificación de determinadas enfermedades para las cuales en la actualidad hay tratamiento, y la emergencia de nuevas patologías. Es importante agregar que el aumento del número de habitantes efectivos de la ciudad que recurren a los establecimientos del sector estatal, se ha debido no solo a la situación social sino también al aumento de la medicina prepaga: se trata entonces del incremento de la desocupación y el cuentapropismo lo que trajo aparejado la imposibilidad de seguir afrontando la cuotas de las obras sociales y las prepagas. Así, según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), para el año 1991 la



población sin cobertura alcanzaba el 19.7% mientras que para el 2001 dicha índice se incrementaba hasta alcanzar el 26.2%.

Esta situación, sumada a los residentes en otras jurisdicciones que se atienden en los centros de salud de la ciudad, hace imposible determinar a ciencia cierta la cantidad de beneficiarios.

Quienes mayormente recurren al sistema de salud pública, en sus diferentes niveles, son los sectores de menores recursos y con necesidades básicas insatisfechas: representan al 69% de los pacientes. En este sentido, el sistema público de salud cubre al 23.5% de los habitantes de la ciudad: los mayores niveles de demanda se ubican en los barrios de Villa Soldati, Villa Lugano y Riachuelo (53.5%), mientras que los menores niveles se detectan en los barrios de Recoleta, Retiro y Balvanera (12.1%)<sup>1</sup>

Por otra parte, debe destacarse que los mayores niveles de demanda de atención, desde el punto de vista de grupos etarios, se ubican en personas mayores de 60 años.

Ante dicha situación social, un modelo de salud hospital-céntrico, con eje en la patología compleja y la internación, requería de un cambio profundo para poder dar respuesta a los problemas de salud de una población que, cada vez más variada y en mayor cantidad, solicitaba los servicios del municipio. Es así que se puso en marcha el Plan Médicos de Cabecera.

El viraje hacia un modelo de efectores desconcentrados con criterios de territorialidad y en el marco de la estrategia de la atención primaria de la salud involucraba un cambio en la cultura de la organización, por lo que su gestión presentaba aristas complejas.

Este trabajo, entonces, tiene por finalidad analizar el Plan Médicos de Cabecera para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello se abordan distintas cuestiones tales como las normativas para su implantación, las formas de puesta en práctica del Plan, los conflictos y las dificultades que fueron evidenciándose a medida que se implementaba el Plan, entre otros aspectos. En definitiva interesó saber si el Plan alcanzó los objetivos propuestos, es decir,

---

<sup>1</sup> Datos extraídos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC)