

Revista

# APORTES

*para el Estado y la  
Administración Gubernamental*

## **El Plan Médicos de Cabecera: la implementación de un nuevo modelo de atención en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires**

Por Isabel Duré (\*)

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 reconocido internacionalmente, el de médicos de cabecera, presenta especificidades que responden a características locales en un país tan heterogéneo como la Argentina.

El Plan Médicos de Cabecera, lanzado a nivel nacional en el año 2000, encuentra su antecedente en el que se viene desarrollando en la Ciudad de Buenos Aires desde 1997.

Una evaluación acabada de su gestión involucra un análisis del contexto político y socioeconómico al momento de su inicio, así como de los factores culturales, comunicacionales e institucionales que lo marcaron como un producto único.

Es así como el empobrecimiento de los sectores medios, que conlleva a una demanda creciente sobre el sector público, tiene influencia decisiva en la conformación de la población beneficiaria del Plan, en una ciudad que acababa de cambiar de status jurídico y que buscaba su afianzamiento como jurisdicción autónoma.

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.

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 y requería de una fuerte construcción de identidad.

En este contexto, el entonces Jefe de Gobierno, Dr. Fernando De la Rúa, encomendó la organización y coordinación operativa del Plan al equipo de asistencia técnica de la Unidad de Administradores Gubernamentales que prestaba servicios en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, lo que posibilitó constituir una experiencia valiosa en materia de gestión y evaluación desde los inicios del proyecto.

El presente trabajo se centra en los aspectos más relevantes de su implementación y el proceso de institucionalización, e incluye algunos resultados de encuestas preparadas desde la Coordinación General para evaluar el funcionamiento del Plan y su población beneficiaria.

### ***El Plan Médico de Cabecera y su contexto sociopolítico e institucional***

El 2 de enero de 1997 se inicia el Plan Médicos de Cabecera, enmarcado en una política denominada de "reconversión y transformación del sistema de salud" y bajo los principios de "universalidad, equidad y accesibilidad de la población en el plano de la atención médico asistencial" (Decreto GCBA N° 456/96).

**El objetivo de este programa es el de desconcentrar el primer nivel de atención de la salud.** A través de él, profesionales médicos que integran la planta de personal de los hospitales generales atienden en forma gratuita a los beneficiarios del Plan en sus consultorios particulares, en una estrategia que optimiza la utilización de los recursos públicos y privados.

Este programa se lanza a escasos dos meses de iniciada una nueva gestión de gobierno, que además era el primero de la

recientemente constituida Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El nuevo gobierno buscaba imprimirle un sello propio a la gestión de salud y promover acciones que favorecieran en forma diferencial a los habitantes de la Ciudad de Buenos Aires.

También la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en consonancia con el concepto de ciudadanía y asumiendo desde su rol de Estado local autónomo la tutela de los derechos de los ciudadanos, promueve en su artículo 11° "la remoción de los obstáculos de cualquier orden que, limitando de hecho la igualdad y la libertad, impidan el pleno desarrollo de la persona y la efectiva participación en la vida política, económica o social de la comunidad". Entre estos derechos "Se aseguran a través del área estatal de salud, las acciones colectivas e individuales de promoción, protección, prevención, atención y rehabilitación, gratuitas, con criterio de accesibilidad, equidad, integralidad, solidaridad, universalidad y oportunidad." (Artículo 20°)

En el Gobierno del Dr. De la Rúa, la descentralización apareció como una estrategia para la democratización de la gestión, a fin de acercarla a la población.

Dentro de la idea de descentralización como acercamiento, que considera a la población desde una perspectiva territorial, señala Pirez (1996) dos tipos de vinculaciones: por un lado se trata de llevar el aparato de gestión, la infraestructura y, sobre todo, los servicios hacia la población que los requiere, o sea un acercamiento físico. Por el otro, implica organizar la prestación (toma de decisiones, ejecución, control y evaluación) de forma que la población próxima en el territorio pueda involucrarse de manera decisiva.

Al respecto, la Ley Básica de Salud de la Ciudad (Ley N° 153) garantiza el derecho a la salud integral sustentado en principios de participación, solidaridad social, cobertura universal, descentralización y "el acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades."( Artículo 3°, inciso h) y crea las áreas de salud, que serán coincidentes con la división territorial propuesta para las comunas.

En el área de salud, la palabra descentralización remite a diversas formas de autogestión hospitalaria. Los hospitales públicos porteños operan bajo un grado importante de desconcentración administrativa. Pero la variable "desconcentración" que promueve el Plan Médicos de Cabecera incorpora una lógica territorial que encierra una perspectiva de cambio del modelo.

Ya la creación de las Áreas Programáticas(1) en 1988 había sido un intento por incorporar modalidades descentralizadas, que desarrollaran la estrategia de atención primaria de la salud hacia el interior de la comunidad y especialmente en las zonas donde habitaba la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI).

Desde un paradigma de salud estructurado sobre un modelo hospital-céntrico, las Áreas Programáticas no recibieron más impulso que el inicial desde el sistema de salud. Dependiendo del hospital de referencia para la obtención de sus recursos, los Centros de Salud y Acción Comunitaria(2) de dichas áreas debían competir en desventaja con los servicios hospitalarios para su financiamiento. Esto determinó que, a medida que iba incrementándose la demanda de la población hacia los Centros de Salud, sus recursos disminuyeran y su infraestructura se deteriorara.

La situación económica de los 90 complicó la posibilidad de traslado de población que antes se atendía en el hospital, los Centros de Salud tuvieron que comenzar a atender la demanda espontánea y mayor cantidad de consultas que las que podían canalizar con los escasos recursos con los que contaban. En algunos de ellos, los pacientes comenzaron a hacer "colas" a horas tempranas para conseguir ser atendidos, en un proceso de "semihospitalización". La falta de una política específica los dejó librados al voluntarismo de los profesionales que trabajaban en ellos y a las convicciones del director del hospital.

Los hospitales, a su vez, veían también incrementar su demanda, en gran parte debido a que la clase media pauperizada, que había perdido su cobertura o contaba con servicios sociales deteriorados poco confiables para su atención, los tomaba como a un nuevo efector. Los turnos de los Consultorios Externos se volvían escasos y de menor duración, lo que incrementaba los tiempos de espera.

Aun cuando en el decreto de creación del Plan Médicos de Cabecera se habla de "desconcentrar y descongestionar" los aparatos prestadores de los hospitales, lo que implica seguir colocando en el "centro" al hospital, el nuevo programa acerca los servicios a la población y contribuye a romper la distancia económica y social entre ésta y los servicios. Conlleva al mismo tiempo la existencia de una gestión central que garantice una prestación adecuada en cantidad y calidad en cada uno de los servicios.

Con criterio de equidad, **el Plan está dirigido a la población de la ciudad que no cuenta con cobertura de salud**, lo que involucra un sector muy amplio. El Censo de Población de 1991 incluía aproximadamente a 580.000 habitantes en esta categoría en la Ciudad de Buenos Aires, un 19,7% de la población. Entre la población con NBI esta cifra se incrementaba al 46%, en tanto en la no NBI era de un 16,9%, cantidad que se habría incrementado en los últimos años, teniendo en cuenta la recesión y los crecientes índices de desempleo.

En nuestro país, la cobertura y el acceso a la salud están determinados por la posición que cada clase o nivel socioeconómico ocupa en relación con el proceso productivo, por lo tanto la población sin cobertura está formada por asalariados inestables, desempleados y cuentapropistas, muchos de ellos pertenecientes a los sectores más pobres, usuarios por excelencia del hospital público.

Pero ya se ha mencionado que los hospitales públicos son los efectores sanitarios que reciben el mayor impacto del empobrecimiento, que involucra nuevos riesgos para la salud. Se incrementa la demanda ya que muchos pierden su cobertura médica: algunos por dejar de ser empleados; otros, porque trabajaban por su cuenta y tenían cobertura privada cuyas cuotas no pueden seguir afrontando. De manera paralela, al empobrecerse, se limitan o suprimen las actividades que contribuyen al mantenimiento de la salud: menos actividades de ocio, menos deportes, menos vacaciones. Tampoco pueden seguir ocupándose como antes del mantenimiento de la infraestructura hogareña, y una casa en la que el deterioro avanza se convierte en un lugar propicio para todo tipo de accidentes. La salud también se ve amenazada desde otro flanco: empobrecerse implica un sufrimiento y un estrés constantes, que llevan al deterioro físico y psíquico (Minujin y Kessler, 1995).

La incorporación del hospital público como nuevo prestador de la salud implica para los grupos pauperizados todo un proceso de aprendizaje, que incluye la resignación del prestador habitual y la adaptación a nuevos códigos de atención. Disminuye la consulta preventiva, aun cuando persiste una gran preocupación por la salud, porque los servicios hospitalarios no cubren los márgenes de seguridad o confianza deseados.

### *La producción del Plan Médicos de Cabecera y su convocatoria*

**La propuesta del médico de cabecera pone el énfasis en la privacidad y comodidad del consultorio, que favorece la relación médico-paciente y ofrece un marco adecuado para el abordaje de los problemas de salud.** Dicha figura, pensada en términos de médico de familia, posibilitaría un mayor nivel de contención de la salud de los vecinos, en tanto permite establecer un vínculo más profundo con la realidad familiar y social de los mismos, al compartir con ellos un ámbito de pertenencia como es el barrio; - ya que los beneficiarios ingresan al Plan registrándose en el hospital general que les corresponde según su domicilio, teniendo en cuenta los límites de las Áreas Programáticas de los mismos-.

### **Estructura del Plan**

En cada hospital hay un "stand" del Plan que inscribe a los vecinos que cumplen con los requisitos, les asigna un médico y realiza la articulación con el resto del sistema de salud. Este centro de referencia cuenta con un Coordinador Médico y dos empleados administrativos que concentran la información del Plan en el área y "facilitan" las derivaciones que realizan los médicos de cabecera.

El "stand" cumple funciones de gestoría y de contención, ya que además de brindar orientación, se constituye en un espacio de referencia y de representación personal.

Los médicos de cabecera son profesionales que forman parte de la planta o la guardia del hospital y que cuentan con un consultorio dentro del Área Programática. Son seleccionados con el aval del Consejo Asesor Técnico Administrativo de cada hospital mediante un procedimiento interno, para la atención de una cartera de beneficiarios que les son asignados. Cumplen dieciséis horas semanales de atención en consultorio, con consultas que se programan cada veinte minutos. En la función como médicos de cabecera dependen jerárquicamente del Área Programática. Realizan las derivaciones necesarias hacia su hospital de referencia, en donde son gestionadas a través de los Coordinadores Médicos. Actualmente atienden en forma desconcentrada 189 médicos que se desempeñan en las especialidades de Clínica Médica (105), Pediatría (53) y Tocoginecología (27), a los que recientemente se incorpora el Odontólogo de Cabecera (27).

Los Coordinadores Médicos- uno por cada Hospital General de Agudos- son figuras esenciales en este esquema. Seleccionados de similar manera que los médicos, suman las dieciséis horas a las veinticuatro que ya poseen como integrantes de la planta y realizan exclusivamente tareas de coordinación del Plan, mediante un trabajo de articulación a diferentes niveles (médicos de cabecera, servicios intra e interhospitalarios, redes comunitarias, programas sociales, nivel central). Tienen una doble dependencia, ya que pertenecen al Área Programática pero responden funcionalmente a la Coordinación General del Plan, con dependencia directa de la Secretaría de Salud. También están encargados de supervisar el ingreso de los beneficiarios, el funcionamiento del "stand" con su personal administrativo y el sistema de información.

El Plan, además de la atención en consultorio y la derivación a los servicios especializados hospitalarios, ofrece también cobertura gratuita de medicamentos básicos a menores de 15 años, mayores de 65 y mujeres embarazadas, que está previsto extender próximamente a todos los grupos etáreos. El presupuesto asignado para el financiamiento del sistema de médicos de cabecera es de \$5.600.000(3).

### **Los requisitos de inscripción de la población**

Inicialmente los requisitos para ingresar al Plan eran los siguientes:

1. No contar con cobertura de salud
2. Poseer DNI con domicilio actualizado en la Ciudad de Buenos Aires

3. Presentar copia de factura de servicios, impuestos o recibo de alquiler dentro del mismo ámbito o una certificación de domicilio expedida por la autoridad policial
4. Inscribirse en el hospital correspondiente según su domicilio

Los requisitos enumerados en los puntos 2 y 3, necesarios para garantizar que aquella población que se beneficiara distintivamente con el Plan Médicos de Cabecera fueran los vecinos de la Ciudad de Buenos Aires, constituyen una barrera al ingreso para los sectores más carenciados. Una franja importante de la población se encuentra indocumentada e impedida de afrontar el gasto que significa un documento nuevo o la tramitación de cambio de domicilio(4).

Contar con facturas de servicios, impuestos o alquiler implica una situación regular en el régimen de tenencia de la vivienda y un acceso a los servicios con los cuales, por definición, los pobres estructurales no cuentan(5). También es poco probable que, aun sin tener en cuenta su costo, una persona que habita en un inquilinato o una vivienda precaria quiera solicitar una certificación de domicilio a la Policía.

Si bien los requisitos de acreditación de domicilio se modificaron a partir de enero de 1998, momento en el cual la Resolución SS Nº 80/98, posibilita el ingreso al Plan derivación de un servicio social del GCBA, luego de esta modificación no fue realizada ninguna campaña de difusión específica destinada a atraer en forma masiva a la población con mayores necesidades.

Sí sucede que se incrementa la derivación interna dentro del hospital: aquellas personas que no cuentan con cobertura, y tienen que realizar estudios que requieren algún material especial y no pueden comprarlo, son enviados al Plan desde el Departamento de Arancelamiento o el Servicio Social para que ingresen al Plan y desde allí sea gestionada la provisión de dicho material.

### La imagen institucional del Plan

La inscripción masiva comienza en junio de 1997 con una importante campaña de difusión, que se enmarca en una estrategia de comunicación para afianzar la imagen del nuevo gobierno y jerarquizar la autonomía reciente de la ciudad. El Plan Médicos de Cabecera contaba con potencialidades comunicacionales, ya que aparecía como novedoso y con características en su diseño sumamente atractivas para el ciudadano medio, aún cuando no fuera un potencial consumidor del mismo.

El discurso incluía una imagen diferente de la que hasta ahora se había conocido para los hospitales municipales, difícil de reconocer para los habituales usuarios del sistema público en tanto no se correspondía con su paradigma de salud.

El stand instalado era de colores vistosos y líneas modernas, con equipamiento informático y con dos empleados administrativos, afectado en forma exclusiva a la atención del Plan, vestidos con uniformes que distaban del característico atuendo hospitalario. A cada beneficiario se le entregaba una credencial de plástico con su nombre grabado. El personal del stand "facilitaba" (y facilita) los trámites en un ámbito complejo como es el hospital público.

La publicidad televisiva mostraba un médico pediatra sonriente, en un consultorio lleno de dibujos de sus pacientes, evocando un modelo de prestación de salud valorizado por los sectores de clase media, para los que el consultorio particular es un lugar habitual y "reconocible" de atención de la salud.

La imagen institucional y el mensaje se acercaban más a la de una empresa de medicina prepaga que a la de un servicio de salud del sector público, en un discurso fácil de decodificar para los estratos medios pauperizados que, además, buscan recuperar algún símbolo del status perdido.

El slogan "Para que nadie se quede sin cobertura", era otro mensaje convocante para los sectores medios ya que se corresponde con un elemento incluido en su paradigma de salud: "la cobertura". Este mensaje terminó encerrando una contradicción: por un lado realiza una convocatoria amplia "para todos", por el otro, refiere a una lógica en el acceso a la salud que es significativa sólo para un grupo.

Una encuesta realizada a principios del año 2000(6) interrogó a los inscriptos respecto del medio por el que llegaban al Plan. Si bien el más frecuente fue a través de información recibida en el mismo hospital (46,4%), un 27,6% se enteró por publicidad y un 12,9% a través de amigos, adquiriendo estas dos últimas opciones mayor importancia a medida que aumentaba el nivel socioeconómico. La inversa se daba entre los que manifestaban haber sido orientados desde adentro del hospital hacia el Plan: el peso de esta variable era mayor entre los grupos de menores recursos, descendiendo dentro de los de nivel más alto.

### Medio por el que llegó a Médicos de Cabecera según Nivel Socioeconómico

	Nivel Socioeconómico				TOTAL
	BAJO	MEDIO	MEDIO	MEDIO	

		BAJO	MEDIO	ALTO	
Se enteró por publicidad	18.3	25.8	28.1	32.9	27.6
Por información de amigos	9.3	11.9	13.8	14.2	12.9
Se enteró en el hospital	51.7	47.9	47.0	41.4	46.4
Por otros usuarios de este Plan	3.9	2.7	3.1	4.7	3.4
Por otro medio	12.3	8.1	4.0	3.8	5.9
NS/NC	4.5	3.5	4.0	3.0	3.7

Dirección General de Estadísticas y Censos. Secretaría de Hacienda y Finanzas. GCBA

Al respecto, Bañón y Carrillo (1997) destacan el problema de decisión al que toda organización pública debe enfrentarse cuando intenta satisfacer demandas de clientes heterogéneos, ya que se llega sólo a aquellos a los que se ajusta el servicio, marginando a otros. La falta de conciencia de la heterogeneidad puede conducir al fracaso de los programas, la insatisfacción de los ciudadanos o a la captura del servicio por un grupo de clientes, lo que generaría problemas de equidad.

Pero las especificidades de un producto están insertas en un complejo entramado, la producción social de sentido, que involucra no sólo las relaciones que se establecen entre las distintas dimensiones del producto y su entorno de producción, sino también las condiciones de reconocimiento del receptor, relacionadas con el significado que adquieren para éste determinadas huellas en un mensaje.

Así, un discurso es susceptible de una multiplicidad de lecturas, es un objeto plural, e involucra el acople a una situación en una red de situaciones sociales determinadas. "En cada caso, las condiciones de producción, de circulación y de reconocimiento, implican mecanismos diferentes, exigen la puesta en juego de análisis específicos" (Verón, 1984, pág. 15).

Una evaluación correcta de este fenómeno implica un abordaje multidimensional para cada caso, que permita prever en forma aproximada las articulaciones del sistema de producción y sus posibles efectos en las distintos segmentos de una sociedad.

### ***La composición de la población inscrita en el PMC***

Teniendo en cuenta las diferencias socioculturales en el consumo de actos médicos, los requisitos de ingreso y el mensaje a través del cual se difundió el Plan, se produjo una segmentación del universo de los potenciales beneficiarios, convocando más fuertemente a los sectores medios pauperizados. Estos sectores conservan cierta infraestructura básica que les permite acreditar domicilio, cuentan dentro de su producción cultural con el concepto de cobertura y priorizan el consultorio particular como un lugar habitual de atención.

A pesar de su jerarquización desde el punto de vista profesional y tecnológico, el hospital sigue sustentando un modelo despersonalizado, de acceso complejo y burocrático, agravado por el desprestigio del que fuera objeto "lo público" en sucesivas administraciones. Asimismo, los Centros de Salud no configurarían una opción ya que, asociados históricamente con la pobreza estructural, están más alejados aún del paradigma de atención de la salud de los sectores medios y representan la pobreza de la cual ellos intentan "escapar".

La composición del padrón muestra que la población inscrita, al 31-4-01 con 117.374 beneficiarios, está compuesta mayoritariamente por menores de 20 y adultos de 40 a 60 años, con predominio de sexo femenino (57,6%%) en proporciones similares a las registradas para la población de la Ciudad de Buenos Aires(7). Se supone que la disminución de las franjas etáreas entre 20 y 40 años se da porque en este grupo se encuentra la población con mayores posibilidades de empleo. La adhesión al Plan es mayor en las zonas centro y sur de la ciudad, que corresponde a la población de los sectores de nivel socioeconómico medio y bajo.

Una encuesta realizada en 1998(8) arrojó que un 35% pertenecía al nivel socioeconómico medio bajo y un 29% al medio típico.

Nivel socioeconómico	Total	Total absoluto
Bajo	24,54%	135
Medio bajo	35,63%	196
Medio típico	29,63%	163
Medio alto	6,54%	36

Base: 642 casos. Coordinación General PMC. Secretaría de Salud GCBA

El 48,6% de los entrevistados poseía educación secundaria o estudios posteriores, si bien entre los usuarios de la zona sur ascendía a un 70% la cifra de los que no completaron el secundario. Un 42% se manifestó desempleado. Interrogados respecto del lugar de atención anterior, un 57% ya se atendía en el hospital público, un 24,7% lo hacía por obra social y un 17,6% en forma privada o a través de empresas de medicina prepaga. La evaluación de esta última variable según educación y nivel socioeconómico muestran tendencias definidas: a mayor nivel de educación y socioeconómico, se va incrementando el porcentaje de población que se atendía en obra social y más aún de los que lo hacían en forma privada o a través de la medicina prepaga. Por el contrario, a menor nivel de instrucción y socioeconómico, es mayor la proporción de beneficiarios que ya se atendían en el hospital público.

En la encuesta posterior del año 2000, se hallaron resultados similares respecto de los lugares anteriores de atención: un 56% se atendía en el sector público, un 24,7% a través de obra social, un 10% por empresas de medicina prepaga y el resto combinaba diversas formas de atención de la salud. Respecto del nivel educativo, un 42% de los beneficiarios habían completado la escolaridad secundaria o poseían estudios superiores. Pero hubo diferencias en la composición según nivel socioeconómico: la mayoría se encontraba en el grupo medio medio (40,5%), seguida del medio bajo con un 28,1%, un 22,2% en el medio alto y sólo un 9,3% pertenecía al nivel bajo(9) (en contraposición con un 24,5% que arrojó la primera encuesta). Si se analiza el nivel de ingresos, un 33% se contabiliza como indigente, 18,5% son pobres y un 19,7% entra en la categoría de vulnerables. El 29% de los encuestados tiene ingresos familiares correspondientes a no pobres.

Las diferencias que aparecen en ambas encuestas respecto del nivel socioeconómico pueden deberse a diferencias metodológicas en la definición de las categorías, pero también al uso del sistema que realizan los distintos grupos sociales, siendo más intensivo en los niveles más bajos, lo que explicaría el menor nivel socioeconómico resultante en la primera encuesta, realizada sólo sobre un grupo de inscriptos que utilizan efectivamente los servicios.

En este sentido, la encuesta realizada en el año 2000 reveló que un 43% de los beneficiarios inscriptos nunca había concurrido al médico de cabecera, siendo más frecuente esta posición en los de nivel medio alto y medio medio que entre los demás grupos. Interrogados por la razón de la no concurrencia, ambos grupos referían como el motivo más frecuente la ausencia de enfermedad (53,5%), en contraposición con el nivel socioeconómico bajo, que manifestaba el "haber consultado al médico del hospital público" como la causa de mayor peso de la no utilización del sistema (43,2%). En este grupo sólo un 31,1% acusaba no haberse enfermado.

#### Motivos por los que no visitó al médico de cabecera en el último año por Nivel Socioeconómico

	Nivel Socioeconómico				TOTAL
	BAJO	MEDIO BAJO	MEDIO MEDIO	MEDIO ALTO	
Porque no se enfermó	31.1	47.1	53.5	53.5	49.8
Porque se enfermó y se arregló solo	3.0	4.2	4.8	5.6	4.7
Porque consultó a médicos del hospital público	43.2	28.9	21.5	20.9	25.2
Porque consultó a médicos de Centros de Salud	7.6	1.7	1.6	.6	1.9
Porque consultó a médicos de la Obra Social		5.1	3.9	4.5	4.0
Porque consultó a médicos Privados o Prepagas		.2	1.9	2.2	1.4
Otra razón	12.1	10.3	10.0	9.7	10.2
NS/NC	7.6	3.4	5.8	4.2	4.9

Dirección General de Estadísticas y Censos. Secretaría de Hacienda y Finanzas. GCBA

Para Llovet (1989), el usuario de servicios de salud nunca es un individuo atomizado, desarraigado de inscripciones sociales. La decisión y la manera de consumir actos médicos se apoyan en un cierto contexto familiar, que a su vez está contextualizado por la situación del sector o clase a la que pertenece. La membresía a uno u otro estrato social introduce cambios en la pauta de la demanda, encontrándose en los estratos más altos mayor consumo de "medicina preventiva", en tanto mantienen una relación más reflexiva con su cuerpo

El concepto de "medicina preventiva" contiene objetivamente una filosofía implícita y exige de quienes deben aplicarlo una cierta actitud general frente a la vida y, en especial, frente al tiempo. La medicina preventiva requiere que los sujetos sociales adopten una conducta racional frente a la enfermedad que, replanteada como posible eventualidad en un plan de vida, puede ser dominada o superada en una previsión a largo plazo.

Este es un proceso de abstracción al que difícilmente accedan las clases populares. Justamente, los miembros de estos grupos no pueden integrar la enfermedad en una temporalidad; ya que para ellos la enfermedad es precisamente lo que interrumpe el tiempo, lo que corta el desenvolvimiento normal de la vida (Boltanski, 1975).

Según Kosa (1975) "El pobre hace un alto uso de servicios de emergencia, en segundo lugar de servicios curativos y, esporádicamente, de los servicios preventivos. En contraste, los pacientes de clase media son típicos usuarios de servicios curativos, secundariamente de servicios preventivos y, excepcionalmente de servicios de emergencia".

El bajo nivel de consulta registrado entre los entrevistados estaría marcando una conducta relacionada con pautas culturales de los sectores medios, que buscan contar con una cobertura de salud en forma preventiva, por lo tanto ingresan al Plan con una perspectiva mediata. La posibilidad de acceder a una cobertura y a un consultorio particular mediante turnos telefónicos, que evita las trabas burocráticas de los hospitales y otorga "seguridad", les permite recuperar el ámbito de confort y privacidad, al que estaban acostumbrados cuando eran atendidos a través de las obras sociales y las empresas de medicina privada.

A la vez, la resolución de los problemas de salud a través de profesionales del hospital público en los grupos de menores recursos reforzaría la hipótesis de una pauta de consumo postfáctica y de la visualización de dicha institución como un lugar válido y reconocido para la atención de la salud.

## **EL PROCESO DE INSTALACIÓN DEL PLAN EN EL SISTEMA DE SALUD**

Desde su definición, el programa se presentaba como una propuesta de relevancia, innovadora dentro del sistema público de salud, tendiente a jerarquizar el primer nivel de atención y a producir un cambio en el enfoque de la atención de la salud.

Posee una gran potencialidad como herramienta de cambio del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires, en tanto funciona como un detector de los problemas de dicho sistema al permitir observar sobre una población controlada las dificultades de funcionamiento de las redes formales y de las estructuras establecidas.

Pero a la vez involucra la participación de numerosas unidades administrativas, ya sea a nivel de ejecución como de decisión. La cantidad de actores involucrados complicaba y complica su gerenciamiento y el trabajo de normatización.

Los niveles hospitalarios se resistieron al Plan, en algunos casos ignorándolo y desconociéndolo, en otros temiendo un futuro vaciamiento o quejándose por el aumento de la demanda que, según su visión, se producía. Los representantes gremiales de la corporación médica se han opuesto abiertamente porque la figura del médico de cabecera no encuadra dentro de la Carrera de Profesionales de la Salud del ámbito municipal.

El diagnóstico inicial alertó sobre la fuerte necesidad de institucionalización del nuevo programa. Este proceso de institucionalización requería primero la creación de una identidad propia, ya que la celeridad de su implementación junto con la ejecución descentralizada y la falta de normatización dejaban librada la gestión del Plan a la iniciativa de los diferentes hospitales.

En una segunda instancia, habría que realizar una fuerte articulación con el resto del sistema de salud y lograr el reconocimiento de los niveles hospitalarios.

Era también urgente facilitar el ingreso de la población con menores recursos.

Las líneas de acción definidas al iniciar la asistencia técnica se centraron en

- Crear una unidad específica y formalizada para la coordinación del Plan con funciones ejecutivas. La Dirección desde la cual se venía gestionando asumió ese rol.
- Elaborar la normativa operativa para la regulación del Plan, que incluyó determinar responsabilidades y circuitos administrativos
- Implementar un sistema de información que permitiera contar con datos socioeconómicos y epidemiológicos, para lo cual se desarrolló una base con datos de los beneficiarios y de su historia prestacional.
- Definir el perfil esperado para los médicos de familia a fin de efectuar una selección y capacitación acorde.

- Avanzar con el diseño y la implementación de un programa de capacitación para los médicos de cabecera, que se hizo efectivo a través de un convenio con la Maestría en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.
- Elaborar un proyecto de ampliación del Plan previendo diferentes alternativas de desconcentración hospitalaria y mayores prestaciones, que derivó en la incorporación de los Tocoginecólogos y Odontólogos y la cobertura de medicamentos para distintos grupos
- Resolver las dificultades para el ingreso de la población más necesitada, mediante la modificación de los requisitos de ingreso.
- Realizar las articulaciones necesarias con otros programas con inserción territorial dentro del ámbito de salud y otras jurisdicciones del GCBA a fin de afianzar la figura del médico de cabecera dentro de la red descentralizada del GCBA y coordinar sus acciones con el resto de los actores públicos.

Como ya se ha mencionado, la gestión descentralizada del nuevo programa, fuertemente ligada a los Hospitales Generales de Agudos y al Área Programática, requería de una transmisión fuerte de la misión del Plan y la construcción de una identidad propia, más aún teniendo en cuenta que los médicos de cabecera eran profesionales que revistaban dentro de los hospitales, también con formación hospitalaria. El perfil adecuado del médico de familia, con énfasis en la atención primaria de la salud, no parece haber quedado lo suficientemente definido entre los responsables de la selección, y además era resistido por las asociaciones profesionales. Ello derivó en que los médicos fueran elegidos mediante pautas heterogéneas.

Con pocas consignas de funcionamiento, lejos de los hospitales y más aun del nivel central, el nuevo modelo de atención corría el riesgo de ser confundido por los médicos de cabecera con una práctica por ellos más jerarquizada y anhelada: el ejercicio liberal de la profesión. Los que tenían mayor sentido de pertenencia al sistema percibían el rechazo del hospital y la subvaloración de su tarea.

Así, a pesar del fuerte apoyo político del propio Jefe de Gobierno y de las autoridades de la Secretaría de Salud, no sería posible sostener el cambio del modelo si no se lograba el compromiso verdadero de los niveles de ejecución

### **El rol del Coordinador Médico**

La figura del Coordinador Médico aparecía como potencial nexo entre el nivel central y los efectores desconcentrados (hospitales y médicos de cabecera), por lo que se constituía en el primer eslabón en la transmisión de los objetivos del Plan.

Las acciones iniciales que se llevaron a cabo tuvieron por objetivo afianzar la figura y el rol del Coordinador Médico como referente descentralizado del programa e integrante de una red.

Es de destacar que prácticamente ninguno de los profesionales designados tenía experiencia previa en tareas de tipo administrativo y coordinación de grupos de trabajo. Los que provenían del Área Programática contaban con mejores recursos, pero la mayoría pertenecía a diversos servicios hospitalarios y debía reposicionarse para realizar la nueva tarea, lo que le generaba conflictos con su pasado reciente. Eran los receptores directos del rechazo del hospital y de las trabas burocráticas. A la vez, la pertenencia al hospital les dificultaba visualizarse como integrantes de un sistema. También se les dificultaba la transmisión de los lineamientos a los médicos de cabecera y controlar su desempeño formal, al considerarlos pares.

Se estableció una metodología participativa de trabajo, por lo cual fueron consultados permanentemente sobre las innovaciones a introducir en el Plan y sus estrategias de implementación y se enfatizó en la transmisión de la información tanto vertical como horizontalmente. Se mantuvo también un fuerte intercambio individual, a fin de relevar los problemas de cada hospital.

Los encuentros sirvieron para transmitir fehacientemente el espíritu del Plan, establecer un fuerte vínculo con el nivel central y unificar los lineamientos operativos. Se trabajó la cooperación, la pertenencia a un sistema y el funcionamiento en red de los stands. Se definió el rol del Coordinador intra e interhospitalariamente y la necesidad de contar con información homogénea y actualizada. Esta etapa fue relevante para la construcción de identidad del Plan. El respaldo brindado desde el nivel central sirvió para allanar dificultades operativas en un complejo proceso de inserción de esta nueva figura y de contención de las tensiones que se generaban en estos actores ante las resistencias hospitalarias.

Los Coordinadores participaron activamente en el proceso de normatización operativa, en la definición del sistema de información, el perfil de los médicos y del suyo propio y en la elaboración del vademécum.

En la actualidad han logrado autonomía como grupo de trabajo y capacidad de autoconvocarse. Individualmente, son reconocidos en sus respectivos hospitales y la mayoría ha conseguido un espacio de poder, que es variable de acuerdo con la relación establecida con el Jefe de Área Programática y el Director del hospital.

El rol de espacio de contención y referencia que cubre el stand, que involucra tanto al Coordinador como al personal administrativo, es otro de los rasgos destacables del Plan ya que cubre una necesidad innegable: el sistema público de salud adquiere un rostro visible, se personaliza no sólo la atención médica sino también la administrativa. La encuesta realizada por la

Dirección de Estadísticas y Censos arrojó una fuerte corriente de opiniones favorables a la atención del stand, ya que un 81% expresa que la misma es buena o muy buena.

### **La articulación con los hospitales**

Pero los cambios en la cultura de una organización son lentos. Persisten algunas actitudes de resistencia y de desconfianza hacia el Plan, que aún es visualizado como "externo" al hospital y no como una forma de organizar el primer nivel. Aún instalado en el rol de eje del sistema de salud, el hospital no tiende a facilitar en toda su medida el acceso a los recursos del segundo y tercer nivel de atención, imponiendo al Plan la necesidad de poner en funciones una suerte de estructura "paralela" para lograr una atención efectiva de los beneficiarios. Es así como parte importante del trabajo del Coordinador ha terminado absorbido por la burocracia hospitalaria. Una porción significativa de su tiempo está dedicada a la gestión de turnos, insumos para prácticas y medicamentos, lo que le resta posibilidad de interactuar más profundamente con los médicos de cabecera. Este es el valor que algunos sectores del hospital parecen asignarle al Plan: el de gestor de la población sin cobertura en el aparato intrahospitalario, sin poder visualizar la función de los médicos de cabecera como puerta de entrada al sistema.

Luego de cuatro años de implementación, la institución ha asumido su responsabilidad con la población que habita dentro de su área, pero también ha levantado muros en sus límites. Todavía está pendiente la integración efectiva de las redes de servicios y que los hospitales se vean a sí mismos como engranajes de un sistema. Las derivaciones de los establecimientos de menor complejidad hacia los que realizan estudios sofisticados se dificultan porque "no son pacientes del área".

Esta situación exige de una presencia constante del nivel central, a fin de seguir afianzando la posición del Plan y evitar la burocratización del nuevo modelo.

### **La integración al Área Programática**

Desde una perspectiva estratégica, el trabajo de inserción del Plan en el sistema incluyó el reconocimiento de quienes deberían ser sus aliados naturales: los Centros de Salud y la Áreas Programáticas. Al igual que los médicos de cabecera, se trata de efectores de inserción territorial, por lo que es lógica y esperable su articulación en una red desconcentrada del primer nivel de atención, para que ambos encaren en forma complementaria las estrategias de la atención primaria de la salud.

Si bien jerárquicamente la actividad de médicos de cabecera dependía de la Jefatura de Área Programática, esta dependencia era sólo formal.

Ya se ha hecho mención al desamparo en el que se hallaban los Centros de Salud. La aparición de una nueva modalidad desconcentrada, con una fuerte inyección de recursos, generó también en ellos recelo. Más aún cuando sus referentes no fueron convocados para aportar su experiencia al diseño del nuevo programa y pocos profesionales de los Centros tuvieron oportunidad de presentarse como médicos de cabecera en una primera etapa, dado que algunos de los típicos problemas de comunicación que se verifican en las organizaciones públicas se agudizan en el caso de efectores desconcentrados.

Un primer acercamiento se hizo efectivo a través del Programa de Capacitación diseñado para el Plan, del cual participan los profesionales de los Centros de Salud. Este programa, dictado en un ámbito universitario ajeno al sistema, constituye un espacio propicio para consolidar un trabajo conjunto y generar el compromiso de aquellos que tienen la responsabilidad de la conducción del Área Programática. Fue importante la identificación de problemas comunes y la generación de pequeñas redes entre los participantes.

Demoró más la integración efectiva de los médicos de cabecera a los programas del Área. Luego de algunos intentos poco exitosos con los Programas de Procreación Responsable y Materno Infantil, la oportunidad apareció con el Programa de Salud Escolar, que debía implementar el examen a estudiantes secundarios y no contaba con recursos suficientes. Los médicos de cabecera realizaron el screening bajo la coordinación de los Jefes de Área. Su participación en el programa quedó definitivamente establecida y devino en un mayor involucramiento de los Jefes de Área Programática con el Plan. Pero aquí también hay que destacar que algunos médicos presentaron resistencias, ya que, como profesionales del ámbito hospitalario, tampoco se visualizan como integrantes del Área y no están habituados a trabajar por programas.

La propuesta actual es aprovechar las fortalezas de los Centros de Salud, su experiencia en el trabajo comunitario y el abordaje interdisciplinario de los problemas, y las que tiene el Plan, para así avanzar en una gestión articulada. Los Centros Médicos Barriales, policonsultorios de médicos de cabecera de distintas especialidades que incorporan enfermería y trabajo social son una nueva modalidad que revaloriza el abordaje de los problemas de salud de las familias a través de un equipo. Desde ellos, se realiza un trabajo de detección de familias en riesgo y se las "acompaña" hacia el Plan. A la vez, el sistema de información de médicos de cabecera está siendo adaptado para poder utilizarlo en los Centros de Salud y lograr información uniforme del primer nivel de atención. Se está avanzando en la gestión conjunta de algunos insumos, como medicamentos, y en normas de atención uniformes. Un cambio reciente en la estructura de la Secretaría de Salud ha hecho confluir la conducción de ambos sistemas en una misma unidad orgánica, lo que muestra la voluntad política de lograr una articulación efectiva en beneficio de la atención primaria de la salud.

## Consideraciones finales

El trabajo de institucionalización e integración del Plan Médicos de Cabecera recién está comenzando.

Aún el programa se encuentra precariamente inserto en el sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires, en tanto propone una alternativa al modelo hospital-céntrico vigente, vulnerando la lógica institucional que, paradójicamente, es la que da nacimiento a la "desconcentración".

Debe trabajarse institucionalmente para lograr mayor inserción y cambiar esa lógica, que es la misma en la cual se formaron los actuales efectores del Plan.

La implementación de la Ley Básica de Salud, que propone la regionalización de las áreas de salud tomando como base territorial a las Comunas, permitirá progresivamente romper con el criterio céntrico, que tiene al Área Programática como "área de influencia del hospital" y avanzar en un modelo de primer nivel de atención a través de efectores en consultorios o centros de diversa complejidad. Estos efectores serán la puerta de entrada a un sistema de salud que organizará su segundo y tercer nivel en 33 hospitales(1) de derivación de acuerdo con su cercanía, complejidad y especialización para todos los residentes de la ciudad que requieran de la asistencia del sector público.

Respecto de la población, el análisis remite a la necesidad de contar con estrategias complementarias para los distintos grupos poblacionales, si se desea incrementar el acceso a la salud para toda la población de la ciudad y que no se profundicen las desigualdades.

La nueva pobreza es aún una situación de baja visibilidad, que tiende a ser ocultada por aquellos que la sufren como un hecho vergonzante, por lo cual este grupo demora en desarrollar estrategias para enfrentarla y armar redes de subsistencia. Si bien su estructura histórica los aleja de las clásicas situaciones de exclusión, la dualidad económico-cultural que enfrentan los coloca en un estado de vulnerabilidad que debe ser atendido antes de llegar a situaciones extremas.

Los sectores más carenciados aparecerían con dificultades para acceder al Plan y esto no puede ser soslayado, por lo que es importante contar con acciones específicas para facilitar su ingreso, que han comenzado a implementarse a través de los Centros Médicos Barriales y de los acuerdos con otros programas sociales. A su vez, es necesario lograr que la derivación interna de beneficiarios que realiza el hospital hacia el Plan sea bajo la convicción de la importancia de una estrategia de atención primaria de la salud, que promueva un primer nivel desconcentrado, y por ende, incentive la concurrencia al Centro de Salud o al consultorio del médico de cabecera, teniendo en cuenta que desde este nivel se pueden resolver un 80% de los problemas de salud de la población.

Por otra parte, cabe hacer referencia al fenómeno comunicacional. En una sociedad cada vez más mediatizada, las estrategias comunicacionales de los programas sociales adquieren un rol relevante en el impacto de dichos programas. Esto implica que la comunicación de la política tiene que ser consistente con el público al que va dirigida la política y, en algunos casos, plantear estrategias diferenciadas: una para comunicar los hechos de gobierno y otra para la comunicación social que hace al bienestar de la población.

El Plan Médicos de Cabecera se inscribe como la primer política activa en el ámbito de la salud del primer gobierno electo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cuya flamante Constitución consagra el derecho a la salud. El carácter de esta consagración coloca al Estado en un rol que va más allá del de un mero garante: lo compromete en políticas activas que permitan al ciudadano el ejercicio pleno de tal derecho, brindando desde el sistema público de salud un acceso equitativo y gratuito a servicios de calidad.

\* Médica, Administradora Gubernamental, Magister en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, a cargo de la Coordinación General del Plan Médicos de Cabecera del GCBA desde 1997.

(1)Área Programática de un establecimiento es una superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico-administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles en la misma, se trata de satisfacer las necesidades de la población que la habita. En la Ciudad de Buenos Aires hay doce Áreas Programáticas, correspondientes a los doce Hospitales Generales de Agudos: Álvarez, Argerich, Durand, Fernández, Penna, Piñero, Pirovano, Ramos Mejía, Santojanni, Vélez Sarfield, Zubizarreta. Los Jefes de Área Programática tienen dependencia jerárquica del Director del hospital.

(2)Son establecimientos que se encuentran insertos dentro de los barrios y que implementan programas de atención y prevención en conjunto con la comunidad que habita en el área. Sus equipos de salud están integrados por médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y obstétricas y, en muchos casos, incorporan nutricionistas, fonoaudiólogos, psicopedagogos, sociólogos y odontólogos.

(3)El Presupuesto total de la Secretaría de Salud asciende a \$ 860.000.000

(4) En los comienzos del programa, los Servicios Sociales Zonales, que administraban los formularios de exención de pago para estos trámites sólo contaban con posibilidades de satisfacer un 15% de la demanda.

(5) Se identifica la pobreza estructural por el método de las Necesidades Básicas Insatisfechas, que caracteriza como pobres a los hogares que no cubren alguna de las necesidades definidas como básicas respecto del número de convivientes, tipo de casa, servicios sanitarios, escolaridad de los niños e instrucción del jefe de familia en relación con la cantidad de personas que dependen de él. (INDEC)

(6) Encuesta domiciliaria de los beneficiarios del programa, llevada a cabo por la Dirección General de Estadísticas y Censos a principios del año 2000, con una muestra de 3573 casos

(7) El porcentaje de población femenina asciende a 54,35% según proyecciones de población para 1999

(8) Encuesta realizada en los stands a los usuarios del Plan por la Coordinación General a fines de 1998

(9) Este porcentaje puede estar subestimado en alguna medida porque hubo problemas para encuestar a los beneficiarios que residían en Villas de Emergencia, ya que de un total de 194 viviendas de este tipo que cayeron en la muestra sólo pudieron encuestarse 47. Las encuestas no realizadas significan un 4% del total de la muestra.

(10) El sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con 13 hospitales generales de agudos y 20 hospitales especializados