

# El PNA y la implementación de la estrategia de APS en la Provincia de Córdoba.

Calidad de los servicios y equidad en la provisión de cuidados

INFORME DE RESULTADOS **2019**



## AUTORIDADES

SR. DIEGO CARDOZO

*Ministro de Salud*

SRA. MARÍA GABRIELA BARBÁS

*Secretaria de Prevención y Promoción de la Salud*

SRA. LUCILA FERNANDA PAUTASSO

*Subsecretaria de Coordinación de Programas*

SR. DIEGO ENRIQUE ALONSO

*Director General de Integración Sanitaria*

## AUTORAS/ES

MARIANA BUTINOF  
DARIO TOSSORONI  
LÍA RIBOLZI  
PABLO MATÍAS HERRANDO  
DIEGO ENRIQUE ALONSO

## REVISIÓN FINAL

VIVIANA SALDE  
MARÍA LAURA MARIANI  
DANIELA ARGAÑARAZ  
JUAN PABLO GAYDOU  
CELESTE COMES BRUNETTO

## AGRADECIMIENTOS

*A Lucía Mildenberger, Nayla Palacios y Viviana Salde por sus aportes en la revisión del instrumento de relevamiento.*

*A Emanuel Moscatello, Liliana Cordera, Gabriel Godoy, Liz Pomodoro, Carlos Fuyana, María Victoria Pasquinelli, Cecilia Destéfanis, Lucrecia Bissio, Mónica Llanos, Mariela Gonzalez, Rosalía Luparello (tutores regionales del programa SUMAR); Elías Raboy y Gustavo Muiño (programa Proteger), Martín Torres y Néstor Gutiérrez (Maternidad y Paternidad Responsable) por su valiosa colaboración en el relevamiento de los datos.*

*A los colegas del área de informática de la Unidad de Gestión Provincial SUMAR por el desarrollo del módulo de carga en el SIGIPSA.*

*A las compañeras del área de prensa por el diseño del instrumento de relevamiento.*

*A referentes de los municipios y comunas por el tiempo y la predisposición.*

*A los equipos de salud del Primer Nivel de Atención.*

## SIGLAS Y ABREVIATURAS UTILIZADAS

**APS:** Atención Primaria de la Salud.

**AP:** Área Programática.

**ARS:** Área de Responsabilidad Sanitaria.

**CAPS:** Centros de Atención Primaria de Salud.

**DIU:** Dispositivo Intra Uterino.

**EAPS:** Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

**ENFR:** Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

**E(C)NT:** Enfermedades (Crónicas) No Transmisibles.

**HC:** Historia Clínica.

**INDEC:** Instituto Nacional de Estadística y Censos.

**NBI:** Necesidades Básicas Insatisfechas.

**PAP:** Papanicolau.

**P-CAT:** Primary Care Assesment Tool.

**PNA:** Primer Nivel de Atención.

**R.U.Ge.Pre.Sa:** Registro de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud.

**SIGIPSA:** Sistema de Información Integral para la Gestión de Información en Programas de Salud.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRÓLOGO	8
INTRODUCCIÓN	10
ASPECTOS METODOLÓGICOS	15
CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE EFECTORES RELEVADA	21
PRIMER CONTACTO	24
LONGITUDINALIDAD	36
INTEGRALIDAD	42
COORDINACIÓN	54
RECOMENDACIONES	59
ANEXO I	65
ANEXO II	67
ANEXO III	69
ANEXO IV	71

## PRÓLOGO

Este informe que se pone a disposición es producto de la dedicación del incansable trabajo de un equipo profesionales del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, que conciben la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (EAPS) como la política con mayores capacidades para alcanzar el derecho universal a la salud. La totalidad de los datos utilizados están disponibles en el Sistema Integral para la Gestión de Información en Programas de Salud (SIGIPSA).

El estudio encuentra su raíz en la existencia de innumerables planillas o encuestas de relevamiento de los servicios de salud destinadas a cumplir con diversas obligaciones circunstanciales de áreas administrativas y/o de programas provinciales y nacionales. Esto no sería un problema en sí mismo, si no fuera por la frecuente repetición en la captura de datos idénticos mediante intervenciones en las organizaciones de salud y sus equipos y, que por alguna u otra razón, jamás retornan. Tampoco son sistematizados ni utilizados como evidencia para la toma de decisiones en la construcción de políticas sanitarias integrales.

A partir de ello, se propuso construir un documento único que pudiera describir aspectos de la oferta de los servicios de salud del Primer Nivel de Atención (PNA) Municipal y Comunal en las dimensiones de "Identificación del Establecimiento", "Estructura Edilicia", "Equipamiento Sanitario", "Mecanismos de Registro asistencial", "Personal", "Servicios Complementarios de Diagnóstico" y "Gestión de Consulta". La finalidad es dinamizar la toma de datos, ponerlos a disposición para su consulta y evitar la eterna repetición.

Con posterioridad, aprovechando necesidades eventuales de producción de información del Programa Redes<sup>1</sup>, se adaptó la planilla propuesta con la intención de caracterizar aspectos del funcionamiento de las redes de servicios de salud, de manera tal que ello permitiera monitorear periódicamente el desempeño en la prestación de servicios. Para ello, las variables incluidas en este informe son "Área Programática", "Turnos Programados", "Sistemas de Alerta y Búsqueda Activa", "Turnos Protegidos", "Referencia y Contrareferencia", "Prevención y Promoción de la Salud" y "Evaluación de los Servicios de Salud del Primer Nivel de Atención".

---

<sup>1</sup> Redes es un programa orientado a fortalecer el modelo de atención basado en APS, a través de la creación, fortalecimiento y consolidación de las redes provinciales de servicios de salud, promoviendo un cambio en el modelo de gestión y atención a través de diferentes líneas de acción, vinculadas con la gestión de las redes de servicios, la capacitación de los equipos, y el abordaje comunitario. <http://www.msal.gov.ar/redes/>

Finalmente, mediante el ejercicio de aplicación del modelo teórico de evaluación de la Atención Primaria de la Salud (APS) propuesto por Bárbara Starfield, se buscó conceptualizar la descripción del PNA en Salud y la implementación actual de la EAPS en la Provincia de Córdoba.

Este primer informe debe ser un punto de partida para la mejora continua de la calidad de los servicios de salud y la equidad en la provisión de cuidados en cada rincón del territorio provincial, en cada comunidad y para cada ciudadana y ciudadano en particular. Alrededor de este objetivo fundamental, el Ministerio de Salud Provincial debe plasmar acuerdos con instituciones educativas (y sus equipos de investigación) para la evaluación permanente de las políticas públicas que promuevan sinergia en la implementación de las acciones del Estado.

Diego Enrique Alonso

## INTRODUCCIÓN

### Justificación y Antecedentes

Este estudio surge en la Subsecretaría de Programas, Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud<sup>2</sup>, atendiendo a la misión de “desarrollar e implementar políticas públicas de promoción y protección de la salud, y de prevención de la enfermedad, para toda la población de la Provincia de Córdoba, en pos de alcanzar objetivos de equidad en el acceso a las mejores condiciones de salud posibles para el conjunto de sus habitantes”.

Al igual que el sistema sanitario argentino (Maceira, 2009) el sistema de salud de la Provincia de Córdoba presenta características de fragmentación y descentralización. Estas características han afectado históricamente la posibilidad de brindar cobertura de salud homogénea y equitativa a la población.

Si bien las políticas de descentralización implementadas en el país -impulsadas en la década del 90'- se fundamentaron en mejorar la eficacia, eficiencia y calidad de los servicios de salud, y profundizar la democratización y participación comunitaria en la producción de salud a nivel colectivo, alcanzaron su mayor desarrollo en un contexto de fuertes restricciones económicas que las condicionaron, atentando contra estos propósitos (Ase, 2006). La provincia de Córdoba tiene la particularidad de estar integrada por 427 gobiernos locales, 249 municipios y 178 comunas, por lo que existe una gran diversidad en las gestiones locales de salud.

Esta provincia no escapa a la ley de asistencia inversa<sup>3</sup> (Maciocco, 2019, p. 22), concepto que señala ya hace varias décadas que las comunidades con mayores necesidades de una buena asistencia en salud, son las que tienen menos probabilidad de recibirla. Identificar y comprender el modo de organización del PNA, su diseño, distribución territorial, características y alcance de los servicios de cuidados de la salud que se proveen en diferentes regiones provinciales, y la dinámica de las estrategias de APS desplegadas por los municipios y comunas, resulta imprescindible para diseñar políticas que aporten mejoras en términos de efectividad y equidad de la provisión de servicios de salud.

---

<sup>2</sup> Para más información sobre los objetivos del área se puede consultar: <https://www.cba.gov.ar/reparticion/ministerio-de-salud/secretaria-de-prevencion-y-promocion-de-la-salud/subsecretaria-de-coordinacion-de-programas/>

<sup>3</sup> Julian Tudor Hart publica un estudio pionero en temas de APS en 1971, y define el concepto de “inverse care law”. Expresa que la disponibilidad de asistencia médica de calidad tiende a variar de modo inversamente proporcional a las necesidades de salud de la población asistida; esta ley operaría más profundamente donde las respuestas de cuidados de salud dependen de las fuerzas del mercado y se reducen donde la presencia del estado las modula o controla.

Surge así la necesidad de generar capacidades y herramientas de investigación orientadas al PNA en el ámbito del Ministerio de Salud, como apoyo al diseño y evaluación de las políticas públicas en curso.

El objetivo de este estudio fue analizar la estructura y funcionamiento del PNA en la Provincia de Córdoba, desde una perspectiva de equidad e integralidad en el acceso a cuidados de la salud, a fin de monitorear cambios en el futuro y fortalecer las políticas públicas vigentes.

## La Atención Primaria de la Salud como estrategia para promover equidad en el acceso a cuidados de la salud.

Las acciones de la Secretaría han estado inspiradas en los postulados de las Declaraciones de Alma Ata (Organización Mundial de la Salud, 1978) y la Carta de Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986), atendiendo a su anclaje en el reconocimiento y respeto de los Derechos Humanos y particularmente, el Derecho a la Salud, la participación y la autodeterminación de las comunidades.

Según la declaración de Alma Ata:

*“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”* (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Tal como se desprende de la declaración, sus postulados se fundamentan en reconocer que es en el contexto de proximidad donde se expresan las necesidades de salud de las personas, familias y comunidades, así como los determinantes del proceso de salud – enfermedad y las oportunidades de cuidado. En este sentido, a pesar del tiempo transcurrido, ambas declaraciones siguen teniendo plena vigencia. Así entendida, la APS constituye el punto de entrada de las personas al sistema de cuidados de la salud, y fundamentalmente, “el nivel asistencial óptimo para interpretar los problemas de salud en el contexto de los antecedentes del paciente y su medio social” (Starfield, 2004).

La provisión de cuidados (según disponibilidad en el territorio y calidad<sup>4</sup>) y el acceso efectivo a los mismos (posibilidad de la población de recibir cuidados oportunos<sup>5</sup> y de calidad<sup>6</sup>), configuran aspectos centrales de los determinantes sociales de la salud. Para abordar y disminuir las desigualdades resultantes y sus impactos en salud es necesario reconocer las especificidades locales. Mediante el estudio de las condiciones de accesibilidad podrán identificarse barreras económicas, geográficas, culturales u otras, así como estrategias para su reducción. Dicho de otro modo, el reconocimiento de la heterogeneidad permite limitar las respuestas homogeneizantes; así mismo es de alto valor democratizador al favorecer el anclaje de las estrategias locales de salud en un tejido político-sanitario, social y cultural concreto (Acurio Páez, 2009).

En el marco de un proceso de transición demográfica y epidemiológica avanzado, caracterizada por poblaciones más grandes y longevas, la situación epidemiológica imperante refleja alta carga de comorbilidad y condiciones de salud de riesgo, particularmente para Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

La lectura de los informes de vigilancia epidemiológica disponibles en Argentina<sup>7</sup>, con representación provincial o regional según los casos, dan clara cuenta de ello. Se destaca en este sentido que a nivel nacional, las ECNT representan el 81% del total de defunciones anuales (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019).

Este escenario demográfico y epidemiológico plantea grandes desafíos al sistema de salud y a la sociedad en su conjunto: la epidemia de ECNT, la comorbilidad y multimorbilidad, representan el principal problema de salud pública, con un enorme impacto en la salud de la población, en la situación económica de las familias y en la sostenibilidad del sistema de salud.

---

<sup>4</sup> En este informe la calidad ha sido abordada siguiendo la propuesta de B. Starfield (2004), quien propone para su estudio las siguientes dimensiones: Primer Contacto, Longitudinalidad, Integralidad y Coordinación; cada una de estas dimensiones se encuentra operacionalizada en el capítulo de metodología.

<sup>5</sup> Cuidados oportunos: entendidos como la posibilidad que tiene una persona de obtener los servicios de salud que requiere, sin retrasos que representen un riesgo para su salud o su vida.

<sup>6</sup> Considerando las mismas dimensiones arriba mencionadas, desde el punto de vista de los usuarios del sistema de salud.

<sup>7</sup> La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), constituye una herramienta de vigilancia de la salud de las personas adultas de Argentina; aporta un seguimiento de la carga de ENT de mayor prevalencia en el país y sus jurisdicciones provinciales, así como de la evolución de los principales factores de riesgo y de protección de la salud (Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 2019). Para más información: [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr\\_2018\\_resultados\\_definitivos.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf). Cabe mencionar que INDEC publica múltiples otros informes relevantes con respecto a la salud de la población que se encuentran disponibles para su consulta en el sitio de la mencionada institución.

Ha sido ampliamente reconocido que el PNA tiene capacidad para resolver la mayoría de los problemas de salud que se manifiestan en la población a lo largo de la vida. En el transcurso de un año, entre el 75% y 85% de los ciudadanos requieren sólo servicios de APS; aproximadamente el 10-12% de la población deberá ser remitida a la atención especializada durante un corto período para completar una intervención diagnóstica, terapéutica o ambas; mientras que una baja proporción de esta población requerirá que su problema de salud sea atendido exclusivamente en servicios especializados del segundo o tercer nivel de atención (Caminal Homar & Casanova Matutano, 2003; Starfield, 1994).

Existen soluciones eficaces y de bajo costo para la prevención de los problemas de salud prevalentes, centradas en la estrategia de APS, que requieren de definiciones políticas para su implementación. Se espera que este informe sea una herramienta / insumo para un debate colectivo y fructífero sobre los procesos de trabajo en APS y su problematización por parte de actores relevantes de la salud pública cordobesa. Entre ellos, tanto los equipos de salud que se desempeñan en los escenarios cotidianos de trabajo del PNA como las comunidades, sus representantes organizados y aquellas personas que tienen la responsabilidad de discutir y reflexionar acerca de las políticas públicas desde roles de gestión. Estos debates aportarían a viabilizar cambios que promuevan la equidad en el acceso a cuidados integrales de salud brindando respuestas eficaces en el PNA para la población de la Provincia de Córdoba.

## Bibliografía

Acurio Paez, D. (2009). La Salud, bien público concebido en lo glocal. En *La salud y la vida* (Vol. 2). Ministerio de Salud Pública; OPS/OMS; CONASA; ALAMES.

Ase, I. (2006, agosto). La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): Entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal. *Salud Colectiva*, 2(2), 199-218.

Caminal Homar, J., & Casanova Matutano, C. (2003). La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Atención Primaria*, 31(1), 61-65.

Maceira, D. (2009). Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina. *Cuadernos del Claeh*, 32(99), 7-17.

Maciocco, G. (2019). *Cure primarie e servizi territoriali. Esperienze nazionale e internazionali*. Carocci Faber.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. (2019). 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Informe definitivo (p. 262). Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.

Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *Lancet*, 344(8930), 1129-1133. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)90634-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)90634-3)

Starfield, B. (2004). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Masson.

## ASPECTOS METODOLÓGICOS

### Tipo de estudio

Se realizó un estudio de corte transversal, de alcance provincial (2019).

### 2.1 Universo y muestra

A partir de un universo de 903 establecimientos sanitarios incluidos en la base de datos del Programa CUS-Medicamentos (Ex-Remediar) del año 20168, se conformó un marco muestral (n = 722) a fin de retener y representar a los efectores del PNA de la Provincia de Córdoba. Se definieron los siguientes criterios de inclusión: a) Efectores de salud que responden a la denominación Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS); b) Hospitales Municipales y Vecinales; c) Puestos Sanitarios. Asimismo, fueron criterios de exclusión: a) Establecimientos Depósito y Otras instituciones; b) Establecimientos que no poseían código Remediar; c) Establecimientos que figuraban como No Activos en Remediar o con baja reciente; d) Hospitales Provinciales que no responden al PNA.

Se diseñó un muestreo probabilístico multietápico. En una primera etapa se estructuró la muestra según dos proporcionalidades: población y efectores por departamento. En una segunda etapa se adecuó la muestra obtenida para aplicar el criterio de tamaño poblacional elaborado por el equipo, con el fin de otorgarle igual representatividad a efectores ubicados en localidades pequeñas y grandes. El criterio aplicado discrimina municipios y comunas según población mayor o menor a 5.000 habitantes. A su vez, atendiendo a la heterogeneidad de la Provincia de Córdoba en aspectos socioeconómicos y su relación con la equidad en el acceso al derecho a la salud, se consideró el nivel de Necesidades Básicas Insatisfechas<sup>9</sup> (NBI) a nivel departamental como criterio de análisis. Fueron utilizados datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (Edwin & Instituto Nacional de Estadística y Censos (Argentina), 2012).

---

<sup>8</sup> CUS- Medicamentos es el nombre otorgado al programa de Cobertura Universal de Salud al momento de la realización de este estudio. <http://186.33.221.24/medicamentos/>

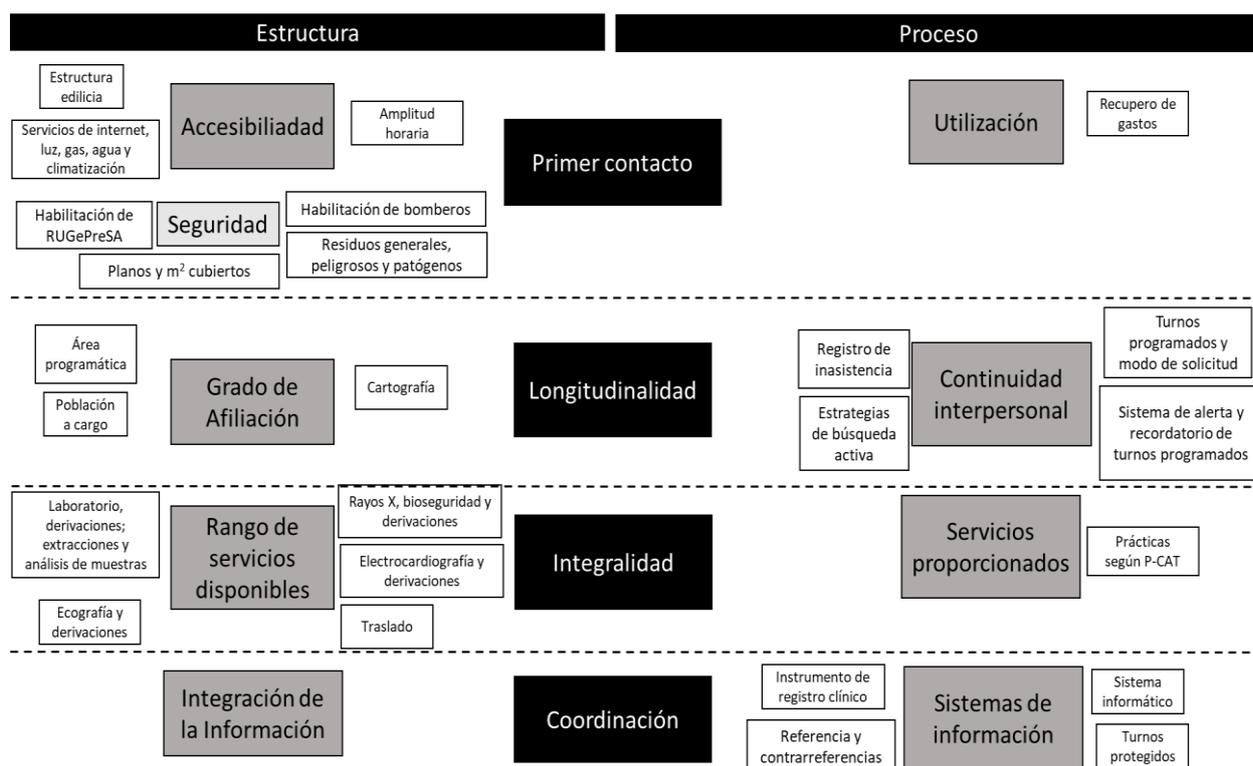
<sup>9</sup> Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) es un método directo para identificar carencias críticas en una población y caracterizar la pobreza, utilizando indicadores directamente relacionados con cuatro áreas de necesidades básicas de las personas (vivienda, servicios sanitarios, educación básica y capacidad económica), disponibles en los censos de población y vivienda.

Se logró así una muestra de tamaño igual a 186 efectores de salud; hubo un rechazo a participar del estudio y se eliminaron dos casos por incompletud de los datos, reteniendo una muestra de 183 efectores, número suficiente para exponer resultados con un nivel de confianza del 95 por ciento y un error aceptable del 5 por ciento.

## 2.2 Dimensiones centrales del estudio

Atendiendo al objetivo de este estudio, se consideró pertinente incorporar el modelo teórico propuesto por Barbara Starfield (2004), orientado al alcance de la integralidad y la equidad en la EAPS. A fin de evaluar la calidad de esta estrategia desde la mencionada perspectiva, definió cuatro funciones esenciales de la APS analizadas en sus subdimensiones estructurales y de proceso, a saber: a) primer contacto, b) longitudinalidad, c) integralidad y d) coordinación. En este estudio las mencionadas funciones y sus subdimensiones han sido abordadas mediante las variables que se exponen de manera sintética en la figura 2.1.<sup>10</sup>

Figura 2.1. Esquema de variables estudiadas.



Fuente: Elaboración propia en base al modelo teórico propuesto por Barbara Starfield.

<sup>10</sup> Las funciones secundarias definidas por la autora no se exponen en este informe. Para ampliar esta información se sugiere la lectura de la bibliografía referida.

## 2.3 Elaboración del instrumento de relevamiento

El instrumento de relevamiento de información se elaboró a partir de los siguientes documentos fuentes:

- Cuestionario para monitoreo del Primer Nivel de Atención del programa Redes, Ministerio de Salud de la Nación (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019) (Anexo I).
- Cuestionario Responsable/ Director CAPS del programa SUMAR, Ministerio de Salud de la Nación (Anexo II).
- Planilla Instituto de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (Anexo III).
- Planilla Inspección de Establecimientos Asistenciales de RUGePreSa, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (Resolución MSPC 15/2009, 2009)<sup>11</sup>.
- Manual de Inducción del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 2011 (Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 2011).
- Categorización de establecimientos de salud según criterios de la Subsecretaría de Coordinación de Atención Médica, Calidad Hospitalaria y Seguridad del Paciente (Lucero, 2018).
- Instrumento P-CAT Segmento G (Berra et al., 2013).

Participaron de la discusión de la versión final del instrumento, referentes de programas nacionales y provinciales, de la Dirección de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, de la Dirección de Maternidad e Infancia y de la Subsecretaría de Coordinación de Programas dependiente de la Secretaría de Prevención y Promoción de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

El instrumento quedó organizado en dos módulos. El primer módulo releva información general del efector de salud y comprende los segmentos de identificación del establecimiento, estructura edilicia, equipamiento sanitario, registro, personal, servicios complementarios de diagnóstico, servicio de guardia, servicio de traslado y gestión. El segundo aborda aspectos programáticos tales como identificación de área programática, presencia de turnos programados, sistema de alerta y búsqueda activa de usuarios, presencia de turnos protegidos, referencias y contrareferencias, acciones de prevención y promoción de la salud e identificación de prácticas de cuidado provistas por el efector.

---

<sup>11</sup> Registro de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud. Organismo dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, encargado del registro, acreditación y fiscalización de centros asistenciales de salud.  
<https://www.cba.gov.ar/r-u-ge-pre-sa-registro-de-unidades-de-gestion-de-prestaciones-de-salud/>

El Anexo IV expone las relaciones entre el instrumento elaborado en este estudio y los documentos fuente consultados.

## Aplicación del instrumento de relevamiento y recolección de datos

Se visitaron los efectores seleccionados en la muestra durante el mes de mayo de 2019. Estuvieron a cargo de la aplicación del instrumento facilitadores de la Unidad de Gestión Provincial del Programa SUMAR<sup>12</sup> y trabajadores del nivel central del Ministerio de Salud, capacitados a tal fin. Las entrevistas fueron respondidas por responsables del centro asistencial junto a integrantes del equipo de salud.

### 2.4 Análisis de Datos

La información relevada fue cargada en el Sistema informático SIGIPSA mediante un módulo específico diseñado para tal fin. A partir de los reportes generados por el sistema, se trabajó en el procesamiento de los datos. En primer lugar, se realizaron controles de consistencia de los datos disponibles a fin de preparar la base de datos para la producción de resultados. Las variables de interés fueron analizadas según tamaño poblacional de la localidad a la que pertenece el efector de salud (mayor o menor a 5000 habitantes) y región de la provincia donde se ubica con relación a la prevalencia de NBI. Para la preparación de los datos se utilizó el programa informático Microsoft Access 2007 y para el análisis, el programa InfoStat (versión estudiantil 2018)<sup>13</sup>.

### 2.5 Consideraciones éticas

En todas las instancias se protegieron los datos y la privacidad según la Ley 25.326 de Protección de Datos Personales (2000). Los datos relevados permanecen resguardados en el SIGIPSA, con accesos según perfiles de usuarios.

En este estudio no se recogieron datos sensibles. Se informó el destino de los datos en la carátula del relevamiento. Los datos personales recabados fueron nombre, documento nacional de identidad, ocupación y datos derivados de relación contractual por lo cual no requieren consentimiento de los titulares según lo establecido por el art. 5°, inc. 2 de la mencionada ley.

Asimismo, se constituyó una comisión ad hoc de revisión del protocolo de investigación, según lo establecido por el art. 2 de la Ley Provincial 9694 de Sistema de Evaluación, Registro y Fiscalización de

---

<sup>12</sup> En el año 2012, el Ministerio de Salud de la Nación puso en marcha el Programa SUMAR como ampliación del Plan Nacer. El Programa SUMAR brinda cobertura a la población materno-infantil, niños/as y adolescentes de 6 a 19 años y a las mujeres y hombres hasta los 64 años.

<sup>13</sup> Versión gratuita disponible en: <https://www.infostat.com.ar/index.php?mod=page&id=37>

las investigaciones en salud, ya que “quedan excluidas de esta ley aquellas investigaciones que no incluyan intervenciones sobre la salud humana y no supongan riesgo para los individuos” (Ley Provincial 9694 de Sistema de Evaluación, Registro y Fiscalización de las investigaciones en salud, 2009).

## Bibliografía

Berra, S., Hauser, L., Audisio, Y., Mántaras, J., Nicora, V., Oliveira, M. M. C. de, Starfield, B., & Harzheim, E. (2013). Validez y fiabilidad de la versión argentina del PCAT-AE para evaluar la atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(1), 30-39. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892013000100005>

Edwin, A. M., & Instituto Nacional de Estadística y Censos (Argentina). (2012). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2010: Censo del Bicentenario: resultados definitivos: Serie B, no 2*. <http://arks.princeton.edu/ark:/88435/dsp013b591b80h>

Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales, (2000).

Ley Provincial 9694 de Sistema de Evaluación, Registro y Fiscalización de las investigaciones en salud, (2009).

Lucero, M. (2018). *Relevamiento de datos hospitalarios 2018*. Subsecretaría de Coordinación de atención médica, calidad hospitalaria y seguridad del paciente. <https://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2012/10/4-RELEVAMINETO-DE-DATOS-HOSP-2018-LIC-MONICA-LUCERO.pdf>

Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. (2011). *Manual de inducción*. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. <http://multimedia.cba.gov.ar/web/MANUAL%20DE%20INDUCCION%20SALUD.pdf>

Resolución MSPC 15/2009, (2009).

<http://portaldetramites.cba.gov.ar/doc/MINSAL/RUGEPRESA/resoluci%C3%B3n%20n%C2%B0%2015%20de%202009.pdf>

Secretaría de Gobierno de Salud. (2019). *Monitoreo de procesos de red en el Primer Nivel de Atención: La experiencia del Programa Redes*.

Starfield, B. (2004). *Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Masson.

## CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA DE EFECTORES RELEVADA

Dada la disparidad poblacional que existe entre los 427 municipios y comunas donde están distribuidos los efectores del PNA, se optó por trabajar según la estratificación poblacional utilizada en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR)<sup>14</sup> y otras herramientas de vigilancia de la salud del país. Para ello, se consideraron dos categorías: i) localidades con más de 5000 habitantes y ii) localidades con menos de 5000 habitantes. Para esta clasificación se utilizaron datos del Censo Nacional 2010<sup>15</sup>. A su vez se tomó en cuenta la cantidad de efectores por departamento y su proporcionalidad respecto del total de efectores de la provincia.

Por otra parte, para dar cuenta de las diversas realidades socioeconómicas de la población se incorpora el dato de porcentaje de hogares con al menos una necesidad básica insatisfecha (NBI) por departamento, dato extraído también del último censo nacional (2010). A partir de considerar la media provincial (9,2%) se clasifica en dos subregiones considerando los departamentos por encima y debajo de la misma. Como se puede observar tanto en la Tabla 3.1.1 como en la Figura 3.1.1, la categoría alto NBI está compuesta por 10 departamentos pertenecientes al noroeste provincial, mientras que en la categoría bajo NBI encontramos 16 departamentos mayoritariamente ubicados en la región sudeste. Se elaboró también, como se observa en la Figura 3.1.1, un promedio regional de NBI.

Tal como puede observarse en la figura 3.1.1, existen notables disparidades entre regiones en el indicador NBI, siendo el promedio de la región sureste menor a la mitad del noroeste.

Cabe mencionar que este estudio no profundiza en el conocimiento de las condiciones de provisión de cuidados de la salud de las poblaciones de menos de 2000 habitantes, sabiendo que esta provincia cuenta con 366 localidades de estas características (CENSO 2010). Futuros estudios deberán profundizar este análisis ya que es posible que sus oportunidades de proveer cuidados de calidad sean diferentes.

---

<sup>14</sup> [4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo](#)

<sup>15</sup> <https://datosestadistica.cba.gov.ar/dataset/censo-2010-resultados-definitivos>

**Tabla 3.1.1. Tabla síntesis de selección muestral.**

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN	HOGARES	EFFECTORES	NBI PROMEDIO	CATEGORIA S/NBI	LOCALIDADES < 5000	LOCALIDADES >5000	EFFECTORES RETENIDOS
Calamuchita	54730	16915	26	7,74	BAJO	30	3	7
Capital	1329604	414237	117	5,82	BAJO	0	1	30
Colón	225151	63780	51	7,82	BAJO	23	12	13
Cruz del Eje	58759	15948	38	14,69	ALTO	18	2	10
General Roca	35645	11608	14	6,83	BAJO	12	2	4
Gral. San Martín	127454	41871	28	4,65	BAJO	17	2	7
Ischilín	31312	8734	30	9,90	ALTO	11	1	8
Juárez Celman	61078	19745	16	5,15	BAJO	12	5	4
Marcos Juárez	104205	35476	23	3,36	BAJO	15	7	6
Minas	4727	1495	9	22,41	ALTO	8	0	2
Pocho	5380	1611	8	24,83	ALTO	8	0	2
Pte Roque Saénz Peña	36282	12111	14	4,52	BAJO	8	2	4
Punilla	178401	55253	51	5,69	BAJO	21	11	13
Río Cuarto	246393	80878	40	4,55	BAJO	24	7	10
Río Primero	46675	13652	19	8,91	BAJO	24	3	5
Río Seco	13242	3846	12	14,61	ALTO	13	0	3
Río Segundo	103718	32090	22	4,69	BAJO	14	7	6
San Alberto	37004	10320	20	13,61	ALTO	18	3	5
San Javier	53520	15855	25	10,09	ALTO	21	1	6
San Justo	206307	66832	45	4,27	BAJO	35	9	12
Santa María	98188	28144	29	8,23	BAJO	38	3	7
Sobremonte	4591	1311	5	14,11	ALTO	4	0	1
Tercero Arriba	109554	36058	26	3,37	BAJO	10	7	7
Totoral	18556	5363	11	9,81	ALTO	10	1	3
Tulumba	12673	4041	12	14,23	ALTO	10	0	3
Unión	105727	34669	31	4,73	BAJO	24	5	8
<b>Total Provincial</b>	<b>3308876</b>	<b>1031843</b>	<b>722</b>	<b>9,18</b>		<b>428</b>	<b>94</b>	<b>186</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (INDEC) y Programa CUS Medicamentos.



## PRIMER CONTACTO

*“Es inherente al concepto de ‘primer contacto’ la idea de que, cada vez que surge un problema nuevo de salud, debe existir un lugar concreto o un profesional de salud específico que actúe como puerta de entrada al sistema sanitario (...) Además, hay consenso acerca de que el filtro sea un médico generalista, bien un médico de familia/general, o bien internista, bien un pediatra no especializado. Este profesional debería ser accesible a la población...”*  
(Starfield, 2004, p. 139).

La idea de primer contacto implica que, si se considera al sistema de salud de manera integral y coordinada, es esperable que exista una puerta de entrada que permita a usuarios y usuarias acceder al mismo y que esa puerta de entrada sea un efector del PNA.

La función de primer contacto incluye las sub-dimensiones accesibilidad y utilización. La primera aborda su componente estructural, y la segunda los procesos de trabajo por parte de los equipos de salud y la utilización por parte de las personas usuarias (Starfield, 2011).

Accesibilidad hace referencia a la posibilidad real de las personas de disponer efectivamente de los servicios de salud sin barreras de cualquier tipo que lo impidan, aportando a visibilizar inequidades. Es decir, es un aspecto de la estructura del sistema sanitario, o de un centro asistencial que hace posible el contacto con los servicios; el aspecto que resulta necesario para conseguir el primer contacto. (Starfield, 2004, p. 139). Se entiende la utilización como primer contacto, en tanto el centro de salud sea visitado como primer opción ante un problema o evento de salud (Berra, 2012).

De esta manera, en este estudio formaron parte de las sub-dimensiones accesibilidad y utilización las siguientes variables:

- 1. ACCESIBILIDAD:** incluye aspectos de seguridad, orientados a la descripción de los efectores de salud en términos de habilitación para su funcionamiento por parte del organismo competente (R.U.Ge.Pre.Sa): existencia de planos de la estructura edilicia del centro de salud; habilitación de bomberos; disponibilidad de servicio de recolección de residuos generales, patógenos y peligrosos. Asimismo, las variables de estructura edilicia indagan sobre la existencia de espacios tales como consultorios externos; consultorios odontológicos; vacunatorio; farmacia; administración; sala de guardia; salón de usos múltiples; sanitarios para el personal, para el público y para personas con discapacidad. El apartado emergencias aborda la existencia de camas de internación para personas adultas y pediátricas y camas de guardia. Se incluyeron como servicios generales la disponibilidad de conexión a internet, electricidad, gas, agua, sistema de eliminación de excretas, climatización, internación 24

horas, servicio de guardia. Finalmente, la amplitud horaria se describe mediante días de atención, turnos, cantidad de horas diarias y semanales de atención.

- 2. UTILIZACIÓN:** se estudió a través de la variable recupero del gasto, que indaga la existencia de mecanismos y procedimientos para que el efector pueda recuperar costos de prestaciones realizadas a personas con obra social.

## ACCESIBILIDAD

### Seguridad

Según se expone en la Tabla 3.2.1.1, en la Provincia de Córdoba el 75,4% de los efectores de salud reportaron no estar habilitados por R.U.Ge.Pre.Sa. En el análisis de los datos se observó una diferencia estadísticamente significativa tanto a nivel regional como según tamaño poblacional de las localidades. Así, el 93,2% de los efectores de la región Noroeste indicó no contar con habilitación por parte de este organismo en comparación con la región sureste en la cual el 69,8% de establecimientos refirió encontrarse en esta condición. En las localidades de más de 5000 habitantes se observó un 77,3% de efectores sin habilitación, en contraposición a las localidades de poblaciones menores a 5000 habitantes, que presentaron 73,3% de efectores no habilitados. En este sentido, el 59,6% de los efectores de la provincia declararon contar con los planos de la estructura edilicia, con una distribución de 63,3% de los efectores de la región Sureste, mientras que sólo 47,7% de la región Noroeste así lo declararon ( $p < 0,05$ ). Así mismo, 50,8% de los efectores expresaron contar con la habilitación de bomberos, identificándose en esta variable también diferencias entre regiones (54,7% en la región Sureste vs 38,6% del Noroeste).

Por otra parte, 94,5% de los efectores manifestaron contar con recolección de residuos generales, con diferencias entre las regiones, ya que alcanzó al 99,3% de los efectores de la región Sureste y al 79,5% de aquellos situados en el noroeste ( $p < 0,05$ ). El servicio de recolección de residuos peligrosos fue reportado por 78,1% de los establecimientos con importantes diferencias entre regiones y tamaño poblacional de las localidades (85,6% en la región Sureste vs 54,5% Noroeste y 89,7% en localidades de población mayor a 5000 habitantes vs 65,1% en aquellas de menos de 5000). El servicio de recolección de residuos patógenos alcanzó el 87,4% de los efectores relevados según su reporte, siendo también en este caso amplia la brecha entre regiones (93,5% del Sureste vs 68,2% del Noroeste) y entre localidades pequeñas y grandes (74,4% y 99% respectivamente).

**Tabla 3.2.1.1 Distribución de frecuencias de variables referidas a la seguridad en establecimientos del PNA, según tamaño poblacional y región. Provincia de Córdoba, año 2019.**

	REGIÓN			TIPO POBLACIONAL			TOTAL PROVINCIAL
	NOROESTE	SURESTE		<5000	>=5000		
<b>SEGURIDAD</b>	<b>HABILITACIÓN RUGEPRESA</b>			*			*
	SI	6.8%	30.2%		26.7%	22.7%	24.6%
	NO	93.2%	69.8%		73.30%	77.30%	75.4%
	TOTAL						(n=183) 100%
	<b>PLANOS</b>			*			
	SI	47.7%	63.3%		58.1%	60.8%	59.6%
	NO	52.3%	36.7%		41.9%	39.2%	40.4%
	TOTAL						(n=183) 100%
	<b>METROS CUADRADOS</b>			*			
	<100	15.9%	12.9%		18.6%	9.3%	13.7%
	101-200	2.3%	16.5%		14.0%	12.4%	13.1%
	>200	9.1%	23.0%		19.8%	19.6%	19.7%
	NO	72.7%	47.5%		47.7%	58.8%	53.6%
	TOTAL						(n=183) 100%
	<b>HABILITACIÓN BOMBEROS</b>			*			
	SI	38.6%	54.7%		55.8%	46.4%	50.8%
	NO	61.4%	45.3%		44.2%	53.6%	49.2%
	TOTAL						(n=183) 100%
	<b>RESIDUOS GENERALES</b>			*			
	SI	79.5%	99.3%		89.5%	99.0%	94.5%
	NO	20.5%	0.7%		10.5%	1.0%	5.5%
	TOTAL						(n=183) 100%
	<b>RESIDUOS PELIGROSOS</b>			*			*
	SI	54.5%	85.6%		65.1%	89.7%	78.1%
	NO	45.5%	14.4%		34.9%	10.3%	21.9%
	TOTAL						(n=183) 100%
<b>RESIDUOS PATÓGENOS</b>			*			*	
SI	68.2%	93.5%		74.4%	99.0%	87.4%	
NO	31.8%	6.5%		25.6%	1.0%	12.6%	
TOTAL						(n=183) 100%	

Nota: \* indica diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ); (entre paréntesis número de casos)

## Estructura Edilicia

En relación a la distribución de espacios físicos y ambientes de trabajo, 98,9% de los efectores reportaron contar con consultorios externos, en tanto 78,1% declaró poseer consultorios odontológicos. Se encontraron diferencias significativas en el último punto entre tamaños poblacionales, ya que 84,9% de los efectores en localidades con una población menor a 5000 habitantes y 72,2% en localidades mayores, tienen consultorios odontológicos. En cuanto a los

vacunatorios, el 94,5% de los efectores manifestaron contar con el espacio, con una distribución de 97,1% de los efectores en la región Sureste y sólo 86,4% en la región Noroeste. Asimismo, declararon tener farmacia el 74,3% de los efectores, sin diferencias significativas. El espacio de administración fue reportado en el 85,2% de los efectores, con diferencias significativas tanto entre regiones (90,6% del Sureste vs 68,2% del Noroeste) como entre tamaños poblacionales (90,7% en localidades de más de 5000 habitantes vs 79,1% en localidades más pequeñas).

**Tabla 3.2.1.2 Distribución de frecuencias de variables de estructura edilicia en establecimientos del PNA según tamaño poblacional y región. Provincia de Córdoba, año 2019.**

	REGIÓN		TIPO POBLACIONAL		TOTAL PROVINCIAL	
	NOROESTE	SURESTE	<5000	>=5000		
<b>ESTRUCTURA EDILICIA</b>	<b>CONSULTORIOS EXTERNOS</b>					
	SI	97.7%	99.3%	98.8%	99.0%	98.9%
	NO	2.3%	0.7%	1.2%	1.0%	1.1%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>CONSULTORIOS ODONTÓLOGICOS</b>					*
	SI	70.5%	80.6%	84.9%	72.2%	78.1%
	NO	29.5%	19.4%	15.1%	27.8%	21.9%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>VACUNATORIO</b>					*
	SI	86.4%	97.1%	93.0%	95.9%	94.5%
	NO	13.6%	2.9%	7.0%	4.1%	5.5%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>FARMACIA</b>					
	SI	72.7%	74.8%	68.6%	79.4%	74.3%
	NO	27.3%	25.2%	31.4%	20.6%	25.7%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>ADMINISTRACIÓN</b>					*
	SI	68.2%	90.6%	79.1%	90.7%	85.2%
	NO	31.8%	9.4%	20.9%	9.3%	14.8%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>SALA DE GUARDIA</b>					
	SI	27.3%	29.5%	36.0%	22.7%	29.0%
	NO	72.7%	70.5%	64.0%	77.3%	71.0%
TOTAL					(n=183) 100%	
<b>SUM</b>					*	
SI	11.4%	18.7%	9.3%	23.7%	16.9%	
NO	88.6%	81.3%	90.7%	76.3%	83.1%	
TOTAL					(n=183) 100%	
<b>SANITARIOS PARA EL PERSONAL</b>						

SI	90.9%	92.1%		88.4%	94.8%		91.8%
NO	9.1%	7.9%		11.6%	5.2%		8.2%
TOTAL							(n=183) 100%
<b>SANITARIOS PÚBLICOS</b>							
SI	84.1%	88.5%		87.2%	87.6%		87.4%
NO	15.9%	11.5%		12.8%	12.4%		12.6%
TOTAL							(n=183) 100%
<b>SANITARIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD</b>							
			*				
SI	36.4%	53.2%		45.3%	52.6%		49.2%
NO	63.6%	47.8%		54.7%	47.4%		50.8%
TOTAL							(n=183) 100%

Nota: \* indica diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ); (entre paréntesis número de casos)

Por otro lado, en conjunto, 71% y 83,1% de los efectores declararon no poseer sala de guardia y Salón de Usos Múltiples (SUM) respectivamente. Este último dato presentó diferencias según tipos de población, siendo que 90,7% de los efectores en localidades de poblaciones menores a 5000 habitantes y 76,3% de localidades de mayor tamaño no poseen SUM. Finalmente, en cuanto a la disponibilidad de sanitarios, 91,8% de los efectores reportaron contar con sanitarios para el personal, 87,4% para el público y 49,2% para personas con discapacidad. Se encontraron notorias diferencias entre regiones en relación a los sanitarios para personas con discapacidad (36,4% del Noroeste vs 53,2% del Sureste).

## Emergencias

Con respecto a las camas de internación, 86,3% y 91,3% de los efectores reportaron no poseer camas de internación para personas adultas y pediátricas respectivamente, y 74,3% declararon no contar con camas de guardia/cama fría. Este recurso presentó diferencias significativas entre tipos de población (no posee el 60,5% en localidades menores a 5000 habitantes vs 86,6% en localidades mayores).

**Tabla 3.2.1.3 Distribución de frecuencias de variables de estructura para emergencias en establecimientos del Primer Nivel de Atención, según tamaño poblacional y región. Provincia de Córdoba, año 2019.**

	REGIÓN		TIPO POBLACIONAL		TOTAL PROVINCIAL	
	NOROESTE	SURESTE	<5000	>=5000		
<b>EMERGENCIAS</b>	<b>CAMAS DE INTERNACIÓN PARA ADULTXS</b>					
	SI	13.6%	13.7%	15.1%	12.4%	13.7%
	NO	86.4%	86.3%	84.9%	87.6%	86.3%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>CAMAS DE INTERNACIÓN PEDIÁTRICAS</b>					
	SI	6.8%	9.4%	5.8%	11.3%	8.7%
	NO	93.2%	90.6%	94.2%	88.7%	91.3%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>CAMAS DE GUARDIA</b>					
	SI	25.0%	25.9%	39.5%	13.4%	25.7%
	NO	75.0%	74.1%	60.5%	86.6%	74.3%
	TOTAL					(n=183) 100%

Nota: \* indica diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ); (entre paréntesis número de casos)

## Servicios

La conectividad a internet fue reportada en 78,7% de los efectores de la provincia, presentándose diferencias entre regiones (87,1% de los efectores del Sureste vs 52,3% del Noroeste). En cuanto al servicio de electricidad, 98,9% de los efectores reportaron estar conectados a la red y 12,6% tener generadores. Se encontraron diferencias significativas entre regiones y tipos de población (100% del Sureste vs 95,5% del Noroeste y 100% en localidades mayores a 5000 habitantes vs 97,7% en localidades más pequeñas). Respecto al acceso al servicio de gas, 57,9% de los efectores cuentan con gas envasado, 31,7% están conectados a la red y 10,4% no poseen. Las diferencias también se presentaron en ambos niveles de análisis. En la región Noroeste, 70,5% de los efectores declararon tener gas envasado, 9,1% estar conectados a la red y 20,5% no tener el servicio, mientras que en la región Sureste 54% dijo tener gas envasado, 38,8% estar en red y 7,2% no tener el servicio. En efectores de localidades con población menor a 5000 habitantes, 69,8% expresaron tener gas envasado, 18,6% estar en la red y 11,6% no tener gas vs 47,4%, 43,3% y 9,3% de localidades de mayor población, respectivamente.

En relación con el acceso al agua, 98,9% de los efectores comunicaron estar conectados a la red, con una distribución de 100% en el Noroeste vs 98,6% en el Sureste, y 99% en localidades con población mayor a 5000 habitantes vs 98,8% en localidades menores. En este sentido, 69,9% de los efectores informaron tener pozo ciego para la eliminación de excretas y 30,1% contar con cloacas. Fue

significativa la diferencia entre regiones y entre tipos poblacionales, siendo que 95,5% de los efectores de la región Noroeste vs 61,9% de la región Sureste, y 88,4% en localidades de población menor a 5000 habitantes vs 53,6% en las poblaciones mayores reportaron contar con pozo ciego. Se encontraron diferencias importantes en cuanto a cloacas, (4,5% del Noroeste vs 38,1% del Sureste, y 11,6% en localidades menores a 5000 habitantes vs 46,4% en localidades mayores). Finalmente, en cuanto a la climatización, 68,9% de los efectores manifestaron contar con equipos para frío-calor, 27,3% solo para calefaccionar y 3,8% no contar con ningún sistema. Se encontraron diferencias entre regiones, donde el 82% de los efectores de la región Sureste tienen equipos para frío-calor y el 63,6% del Noroeste cuentan solo con calefacción.

**Tabla 3.2.1.4 Distribución de frecuencias de variables de disponibilidad de servicios básicos en establecimientos del PNA según tamaño poblacional y región. Provincia de Córdoba, año 2019.**

	REGIÓN		TIPO POBLACIONAL		TOTAL PROVINCIAL	
	NOROESTE	SURESTE	<5000	>=5000		
<b>SERVICIOS</b>	<b>INTERNET</b>		*			
	SI	52.3%	87.1%	80.2%	77.3%	78.7%
	NO	47.7%	12.9%	19.8%	22.7%	21.3%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>ELECTRICIDAD</b>		*			*
	RED ELÉCTRICA	95.5%	100.0%	97.7%	100.0%	98.9%
	GENERADOR	6.8%	14.4%	17.4%	8.2%	12.6%
	PANELES FOTOVOLTÁICOS	2.3%	1.4%	3.5%	0.0%	1.6%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>GAS</b>		*			*
	ENVASADO	70.5%	54.0%	69.8%	47.4%	57.9%
	RED	9.1%	38.8%	18.6%	43.3%	31.7%
	NO	20.5%	7.2%	11.6%	9.3%	10.4%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>AGUA</b>		*			*
	POZO	0.0%	0.7%	0.0%	1.0%	0.5%
	RED	100.0%	98.6%	98.8%	99.0%	98.9%
	OTRO	0.0%	0.7%	1.2%	0.0%	0.5%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>EXCRETAS</b>		*			*
	CLOACAS	4.5%	38.1%	11.6%	46.4%	30.1%
	POZO CIEGO	95.5%	61.9%	88.4%	53.6%	69.9%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>CLIMATIZACIÓN</b>		*			
	CALOR	63.6%	15.8%	33.7%	21.6%	27.3%
	FRIO-CALOR	27.3%	82.0%	61.6%	75.3%	68.9%

NO	9.1%	2.2%	4.7%	3.1%	3.8%
TOTAL					(n=183) 100%
<b>INTERNACIÓN 24 HS</b>					
SI	13.6%	14.4%	15.1%	13.4%	14.2%
NO	86.4%	85.6%	84.9%	86.6%	85.8%
TOTAL					(n=183) 100%
<b>SERVICIO DE GUARDIA</b>					
SI	18.2%	30.9%	41.9%	15.5%	27.9%
NO	81.8%	69.1%	58.1%	84.5%	72.1%
TOTAL					(n=183) 100%

Nota: \* indica diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ); (entre paréntesis número de casos)

## Amplitud Horaria

En cuanto a los días de atención, 64,4% de los efectores reportaron brindar asistencia de lunes a viernes, y 18,6% de lunes a lunes. Asimismo, 51,4% de los efectores informaron atender tanto en el turno mañana como tarde y 37,7% declaró hacerlo solo por la mañana, con una distribución de 58,1% de los efectores en localidades con población menor a 5000 habitantes que dijeron atender mañana y tarde vs 45,4% en localidades con poblaciones mayores; mientras que 46,4% de estos últimos expresaron brindar servicios solo por la mañana vs 27,9% de efectores en localidades con población menor. Respecto a las horas diarias de atención, 42,1% de los efectores reportaron brindar entre 9 y 12 de atención, y 38,3% menos de 9 horas. Se encontraron diferencias significativas según tamaño poblacional de las localidades, donde 27,9% de los efectores de localidades con población menor a 5000 habitantes declararon menos de 9 horas de atención diaria y 45,3% entre 9 y 12 horas, vs 47,4% y 39,2% respectivamente en efectores de localidades más de 5000 habitantes.

Respecto a las horas semanales de atención, 41% de los efectores reportaron brindar servicios entre 30 y 59 horas a la semana, con una distribución de 52,6% de los efectores en localidades con población mayor a 5000 habitantes dijeron cumplir de 30 a 59 horas vs 27,9% de los efectores de localidades con menor población.

**Tabla 3.2.1.5 Distribución de frecuencias de variables relacionadas a la amplitud horaria en establecimientos del Primer Nivel de Atención, según tamaño poblacional y región. Provincia de Córdoba, año 2019.**

	REGIÓN		TIPO POBLACIONAL		TOTAL PROVINCIAL	
	NOROESTE	SURESTE	<5000	>=5000		
<b>AMPLITUD HORARIA</b>	<b>DÍAS DE ATENCIÓN</b>					
	2 a 3 VECES POR SEMANA	4.5%	2.2%	1.2%	4.1%	2.7%
	LUNES A LUNES	27.3%	15.8%	25.6%	12.4%	18.6%
	LUNES A SÁBADO	11.4%	8.6%	16.3%	3.1%	9.3%
	LUNES A VIERNES	56.8%	73.4%	57.0%	80.4%	64.4%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>TURNOS</b>					*
	24 HS	13.6%	10.1%	14.0%	8.2%	10.9%
	MAÑANA	43.2%	36.0%	27.9%	46.4%	37.7%
	MAÑANA Y TARDE	43.2%	54.0%	58.1%	45.4%	51.4%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>HORAS DIARIAS DE ATENCIÓN</b>					*
	< 9 HS	43.2%	36.7%	27.9%	47.4%	38.3%
	9 a 12 HS	31.8%	45.3%	45.3%	39.2%	42.1%
	13 A 16 HS	11.4%	7.9%	12.8%	5.2%	8.7%
	24 HS	13.6%	10.1%	14.0%	8.2%	10.9%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>HORAS SEMANALES DE ATENCIÓN</b>					*
	< 30 HS	25.0%	7.9%	17.4%	7.2%	12.0%
	30 A 59 HS	27.3%	45.3%	27.9%	52.6%	41.0%
	60 A 71 HS	13.6%	28.8%	24.4%	25.8%	25.1%
	72 A 95 HS	20.5%	7.2%	15.1%	6.2%	10.4%
	>= 96 HS	13.6%	16.8%	15.1%	8.2%	11.5%
TOTAL					(n=183) 100%	

Nota: \* indica diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ); (entre paréntesis número de casos)

En la provincia 85,8% de los efectores declararon no contar con servicio de internación 24 horas, con una distribución de 86,6% en localidades con una población mayor a 5000 habitantes y 84,9% localidades con menor población. A su vez, 72,1% manifestó no tener servicio de guardia, existiendo diferencias significativas entre tipos de población (84,5% en localidades con población mayor a 5000 habitantes vs 58,1% en localidades con menor población).

## UTILIZACIÓN

### Recupero de gastos

En la provincia 58,1% de los efectores informaron no realizar recupero de los gastos realizados para la atención de personas con cobertura de obras sociales y prepagas. Se encontraron diferencias

significativas entre regiones, (72,7% del Noroeste vs 54,7% del Sureste). Respecto a los establecimientos que realizan recupero de los gastos realizados, 49,3% informaron usar un servicio tercerizado y un 50,7% que es llevado a cabo por personal interno.

**Tabla 3.2.1.6 Distribución de frecuencias de variables de utilización en establecimientos del PNA según tamaño poblacional y región. Provincia de Córdoba, año 2019.**

		REGIÓN		TIPO POBLACIONAL		
		NOROESTE	SURESTE	<5000	>=5000	TOTAL PROVINCIAL
RECUPERO DE GASTOS	<b>RECUPERO DE GASTOS</b>			*		
	SI	27.3%	45.3%	39.5%	42.3%	41.9%
	NO	72.7%	54.7%	63.50%	57.70%	58.1%
	TOTAL					(n=183) 100%
	<b>QUIÉN HACE EL RECUPERO</b>					
	PERSONAL INTERNO	33.3%	54.0%	41.2%	58.5%	50.7%
	SERVICIO TERCERIZADO	66.7%	46.0%	58.8%	41.5%	49.3%
TOTAL					(n=75) 100%	

Nota: \* indica diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ); (entre paréntesis número de casos)

## CONCLUSIONES

Tal como se ha expuesto, en conjunto, y según el reporte de los propios efectores, la mayoría de los centros de salud del PNA no se encuentran habilitados por el ente regulador provincial (R.U.Ge.Pre.Sa), siendo menor la proporción de centros habilitados en las localidades con mayor nivel de NBI. Esta situación interpela tanto a los municipios, responsables de las condiciones edilicias en el ámbito local, como al ente regulador provincial, de quien depende su fiscalización. Mejorar tales condiciones representa un importante desafío de articulación entre ambas instancias jurisdiccionales. Particular reflexión merece la baja cobertura de habilitación de bomberos, atendiendo a su importancia crítica en términos de seguridad; asimismo, es una condición para lo anterior. Se destaca como un aspecto positivo de la Seguridad, que la proporción de efectores con servicio de recolección de residuos generales y patógenos supera el 80% en el conjunto. En lo que respecta a la recolección de residuos peligrosos, se requieren aún importantes avances, particularmente en la región noroeste.

Resalta que la casi totalidad de los centros de salud cuentan con consultorio externo y vacunatorio. La disponibilidad de baños para el público no es universal, y aun cuando supera al 80% de los establecimientos, requiere de ser ampliada en todas las regiones. Especiales avances se requieren en materia de accesibilidad en y a los edificios (rampas, baños, etc.).

La alta prevalencia de variables que describen la existencia de camas frías, guardias y servicios de 24hs, entre otras, podría estar dando cuenta de una modalidad de organización de los servicios de salud que atiende lo urgente y lo agudo; modalidad que se describe con mayor frecuencia en las localidades pequeñas. Ello quizá responda a los tiempos requeridos para derivación a centros de mayor nivel de complejidad en zonas de baja accesibilidad geográfica; también podría ser un reflejo de la pobreza de los circuitos de atención continua frente a situaciones de salud complejas -fragmentado y/o poco instituidos-, ya que los perfiles de salud de la población adulta responden a patologías mayormente crónica y múltiples (comorbilidad). Estas hipótesis requieren ser profundizadas.

Es interesante rescatar que la mayoría de los efectores de salud ofrece servicios de lunes a viernes, y abren sus puertas en mayor medida en una amplia franja horaria (9 a 12 horas diarias). Es muy baja la cantidad de establecimientos que abren sus puertas solo 2 a 3 veces por semana. No se ha incluido en este informe el análisis de las características de los equipos de salud que están presentes durante cada jornada, siendo este un aspecto a profundizar.

Respecto a los recursos de internet en los centros de salud, se destaca que el 21,3% de los mismos no cuenta con conectividad, y se observan fuertes inequidades en el acceso al mismo según la región, aun cuando está disponible en el sistema educativo provincial. Este recurso representa una valiosa oportunidad para instalar nuevos procesos de trabajo junto a los equipos de salud, haciendo uso de las tecnologías de la comunicación. Es además un requisito para poder facturar las prestaciones tanto a través del Programa SUMAR, como a obras sociales. Si bien representaría un gasto para el gestor local pagar el servicio de internet, es rápidamente recuperable mediante una gestión ágil del recupero de gasto.

Se observó que en cuestión de climatización, la disponibilidad de dispositivos frío calor es mayor en localidades de la región sureste, lo que se interpreta como mayor confort para el personal y personas usuarias.

Vinculado a la cuestión del financiamiento del sistema de salud, es llamativo el bajo porcentaje en general, y particularmente en el noroeste, de efectores que realizan recupero de gastos realizados por atenciones efectuadas a personas con obra social lo que conlleva un financiamiento indirecto del subsector público hacia el sector de obras sociales. Esto podría estar relacionado con la baja frecuencia de efectores habilitados por el ente regulador provincial, requisito necesario para esta gestión; además resultaría conveniente estudiar las trabas administrativas que pudieran tener los gestores locales para desarrollar el recupero a fin de promover mayor equidad en el sistema de salud.

## Bibliografía

Berra, S. (2012). El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud. Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en la Argentina. Universidad Nacional de Córdoba.

Starfield, B. (2004). Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson.

Starfield, B. (2011, abril 20). The hidden inequity in health care. *International Journal for Equity in Health*, 10(15).  
<http://www.equityhealthj.com/content/10/1/15>

## LONGITUDINALIDAD

*“En el contexto de la atención primaria, la longitudinalidad es la relación personal que se establece a largo plazo entre el médico y los pacientes de una consulta.”* (Starfield, 2004, p. 153).

Esta función esencial de la APS apunta a establecer servicios de salud y dispositivos que puedan garantizar un abordaje integral de la salud, entendida en sus dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Esa condición implica el reconocimiento por parte de usuarios y usuarias de un centro de salud como propio y a su vez que el equipo de dicho centro identifique el compromiso de brindarles asistencia. Un factor clave es que el foco debe estar puesto en la persona y no sobre la enfermedad, por lo que el vínculo entre personas usuarias y equipo es independiente de los problemas de salud que pudieran existir, si los hubiese (Starfield, 2004).

*En la medición de la longitudinalidad es esencial el concepto de que las personas deben ser capaces de identificar su fuente habitual de atención primaria, así como que ésta debe poder identificar a la población que es elegible o candidata de sus servicios (...) Además, las personas deben utilizar esta fuente asistencial habitual para todos los problemas de salud, a excepción de los que el médico de atención primaria derive a otros lugares.* (Starfield, 2004, p. 166).

La función de longitudinalidad en APS consta de dos sub-dimensiones:

- a) **Grado de afiliación:** refiere a la medida en que usuarios y usuarias identifican una fuente habitual de atención de salud, y que los centros de atención son capaces de identificar a la población elegible.
- b) **Continuidad interpersonal:** atención longitudinal y focalizada en la persona (no en la enfermedad).

En el marco de este estudio se incorporaron las variables listadas a continuación, para medir cada una de las sub-dimensiones. En relación al grado de filiación: a.1) área programática, a.2) población a cargo, a.3) cartografía; las relativas a la continuidad interpersonal: b1) turnos programados, b.2) sistema de alerta y b.3) búsqueda activa. A continuación, se detalla cada una de ellas.

Se denomina área programática (AP) o área de responsabilidad sanitaria (ARS) (Organización Panamericana de la Salud. Programa Especial de Análisis de Salud, 2002) a la zona geográfica asignada a un efector de salud sobre la cual desarrolla sus intervenciones socio-sanitarias. Estas áreas no son estáticas y en muchos casos no están claramente delimitadas. Es necesario que cumplan con los

criterios de exhaustividad, mutua exclusión, univocidad y dinamismo para garantizar precisión técnica. Definir la región sobre la cual un equipo de salud tiene responsabilidad sanitaria es fundamental para garantizar los cuidados de la población, hacer más eficientes las intervenciones y, por ende, los recursos.

Toda la población que se encuentra dentro del ARS de un establecimiento comprende la población a cargo del mismo. Implica que el efector es responsable por el efectivo acceso al sistema de salud de las personas incluidas en la región que le fue asignada.

La presencia de cartografía visible en el CAPS facilita la identificación del ARS, tanto por parte del equipo de salud como por usuarios y usuarias, ayudando a la organización de los servicios y la accesibilidad.

Se entiende por turno programado a todos aquellos turnos que fueron concedidos al usuario con al menos 24 horas de antelación. La programación de turnos es una herramienta de gestión del equipo de salud que favorece la organización interna y facilita el acceso de las personas al sistema de salud (Organización Panamericana de la Salud. Programa Especial de Análisis de Salud, 2002).

El sistema de alerta hace referencia a cualquier estrategia que notifique a los equipos de futuros turnos, permitiéndoles organizar sus servicios y facilitar la adherencia de los usuarios a los tratamientos.

Finalmente, la búsqueda activa permite a los equipos de salud salir de un modelo reactivo de atención para pasar a uno proactivo que incluya a la población como responsable de su salud. Supone conocimiento y cercanía con su población a cargo; favorece la continuidad de los cuidados y la adherencia a los tratamientos.

## Grado de afiliación

A nivel provincial el 83,1% de los equipos de salud refirieron conocer sus ARS correspondientes, sin que surgieran diferencias significativas entre regiones o tamaño poblacional.

El 72,5% de los establecimientos del PNA reportaron conocer su población a cargo. Se observaron diferencias significativas entre tamaños poblacionales, ya que en localidades con menos de 5000 habitantes alcanzó un 81,4% de los establecimientos en comparación con 64,9% en las localidades mayores. Esas diferencias no están presentes si se analiza según región.

El 41% de los CAPS reportaron contar con algún tipo de cartografía correspondiente a su ARS en el efector (por ej., un cartel con el mapa de la localidad / ARS, en el centro de salud), con una distribución

de 51,5% de los efectores de localidades con más de 5000 habitantes vs 29,1% de las localidades con menos de 5000 habitantes.

**Tabla 3.2.2.1 Distribución de frecuencias de variables referidas al grado de afiliación en establecimientos de PNA según tamaño poblacional y región. Provincia de Córdoba, año 2019.**

	REGIÓN		TAMAÑO POBLACIONAL		TOTAL PROVINCIAL	
	NOROESTE	SURESTE	<5000	>=5000		
<b>GRADO DE AFILIACIÓN</b>	<b>ÁREA DE RESPONSABILIDAD SANITARIA</b>					
	SI	79.5%	84.2%	84.9%	81.4%	83.1%
	NO	20.5%	15.8%	15.1%	18.6%	16.9%
	TOTAL					(n= 183) 100%
	<b>POBLACIÓN A CARGO</b>					*
	SI	81.8%	69.8%	81.4%	64.9%	72.5%
	NO	18.2%	30.2%	18.6%	35.1%	27.5%
	TOTAL					(n= 183) 100%
	<b>CARTOGRAFÍA</b>					*
	SI	38.6%	41.7%	29.1%	51.5%	41.0%
	NO	56.9%	56.9%	69.7%	45.4%	56.8%
	SIN DATO	4.5%	1.4%	1.2%	3.1%	2.2%
	TOTAL					(n= 183) 100%

Nota: \* indica diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ); (entre paréntesis número de casos)

## Continuidad en los cuidados

A nivel provincial el 65% de los CAPS reportaron trabajar con un sistema de turnos programados, con diferencias significativas tanto a nivel regional como de tamaño poblacional (71,2% del Sureste vs 45,5% del Noroeste, y 78,4% en localidades de más de 5000 habitantes vs 50% en localidades de menor tamaño).

Cabe resaltar que, a nivel provincial, el 95% de los efectores refirieron que los turnos programados se gestionan de modo presencial en los CAPS, lo que implica que el usuario debe acercarse al establecimiento para que se le otorgue el turno (al menos con 24 horas de antelación). Solo el 3,4% de los turnos se gestionan de manera telefónica.

El 58,8% de los efectores que programan turnos expresaron registrar las inasistencias. Se observaron diferencias significativas a nivel poblacional, siendo que en efectores de localidades con poblaciones mayores de 5000 habitantes se registraron en un 64,5% las inasistencias vs un 48,8% de poblaciones con menos de 5000 habitantes.

**Tabla 3.2.2.2 Distribución de frecuencias de variables referidas a la continuidad en los cuidados en establecimientos de PNA según tamaño poblacional y región. Provincia de Córdoba, año 2019.**

	REGIÓN			TAMAÑO POBLACIONAL		TOTAL PROVINCIAL	
	NOROESTE	SURESTE		<5000	>=5000		
<b>CONTINUIDAD EN EL CUIDADO</b>	<b>TURNOS PROGRAMADOS</b>			*		*	
	SI	45.5%	71.2%		50.0%	78.4%	65.0%
	NO	52.2%	28.1%		48.8%	20.6%	35.0%
	SIN DATO	2.3%	0.7%		1.2%	1.0%	0.0%
	TOTAL						(n= 183) 100%
	<b>MODO DE SOLICITUD DE TURNOS PROGRAMADOS</b>						
	PRESENCIAL	95.0%	94.9%		95.3%	94.7%	95.0%
	SOLICITUD TELEFÓNICA	5.0%	3.0%		4.7%	2.6%	3.4%
	OTORGADO EN CONSULTA	0.0%	2.0%		0.0%	2.6%	1.7%
	TOTAL						(n= 119) 100%
	<b>REGISTRO DE INASISTENCIA</b>						*
	SI	40.0%	62.6%		48.8%	64.5%	58.8%
	NO	55.0%	30.3%		46.5%	27.6%	34.5%
	SIN DATO	5.0%	7.1%		4.7%	7.9%	6.7%
	TOTAL						(n= 119) 100%
	<b>SISTEMA DE ALERTA: RECORDATORIO DE TURNO PROGRAMADO</b>			*			*
	SI, SIEMPRE O A VECES	31.8%	34.5%		51.2%	25.8%	33.9%
	NO	11.4%	33.8%		16.3%	39.2%	28.4%
	SIN DATO	56.8%	31.7%		32.6%	35.1%	37.7%
	TOTAL						(n= 183) 100%
	<b>ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA ACTIVA</b>						*
	LLAMADA TELEFÓNICA	47.4%	40.0%		50.0%	36.8%	42.1%
	MENSAJE DE TEXTO, MAIL	5.3%	1.1%		2.6%	1.3%	1.8%
	VISITA DOMICILIARIA	36.8%	28.4%		18.4%	35.5%	29.8%
	VISITA DOMICILIARIA, MENSAJE DE TEXTO, MAIL	5.3%	0.0%		2.6%	0.0%	0.9%
	NO SE REALIZA	0.0%	17.9%		15.8%	14.5%	18.4%
	SIN DATO	5.3%	12.6%		10.5%	11.8%	7.0%
TOTAL						(n= 114) 100%	

Nota: \* indica diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ); (entre paréntesis número de casos)

Por otra parte, 33,9% de los CAPS reportaron usar sistemas de alerta así sea ocasionalmente, con una distribución de 51,2% en localidades de menos de 5000 habitantes vs 25,8% en localidades de más de 5000 habitantes.

A nivel provincial, el 42,1% de los establecimientos expresaron realizar búsquedas activas de personas mediante llamados telefónicos, siendo la visita domiciliaria la segunda modalidad en frecuencia con el 29,8%. Hubo diferencias significativas en cuanto a los tamaños poblacionales, donde en los efectores en poblaciones menores de 5000 habitantes el 50% refirió realizar llamados telefónicos vs el 36,8% de las poblaciones con más de 5000 habitantes. En los efectores de poblaciones mayores a

5000 habitantes, el 35,5% expresó que realiza visitas domiciliarias vs el 18,4% en establecimientos de poblaciones menores.

## CONCLUSIONES

La función de longitudinalidad -continuidad en los cuidados- es uno de los aspectos más desafiantes en la provisión de cuidados de calidad en el PNA. Como se desprende de la lectura de los datos, la mayoría de los efectores refiere conocer su ARS<sup>16</sup>. Su adecuada delimitación es requisito para el conocimiento de la población. Sin embargo, no fueron indagados los criterios utilizados por cada efector para la definición de las mismas, por lo que no puede asumirse que cuentan con un conocimiento acabado de la población residente en un ARS claramente delimitada y apropiada por los integrantes del equipo. Los resultados logrados ponen en evidencia que el conocimiento del ARS no redundaría necesariamente en el reconocimiento de la población. En este sentido, es significativo, y esperable, que en poblaciones de menor tamaño haya un mayor conocimiento de la población, aunque paradójicamente son estos efectores los que reportan realizar visitas domiciliarias con menor frecuencia; ello permite suponer que el citado conocimiento surge de las relaciones de vecindad en la localidad. Es de destacar que entre las funciones esenciales de la salud pública se incluyen la promoción, prevención y vigilancia de la salud, que requieren de acciones de carácter universal, es decir, orientadas al conjunto de la población, independientemente del subsector de salud al cual asiste cada persona o familia de la comunidad ante necesidades asistenciales.

La organización de turnos programados resulta un aspecto que contribuye a garantizar la responsabilidad, por parte de los equipos, de brindar cuidados continuos a la población de su ARS. Se destaca que el 35% de los efectores del PNA Provincial carece de esta modalidad. Entre quienes proveen turnos programados, la modalidad presencial de solicitud es la más frecuentemente declarada. Esta observación puede estar reflejando un modo de organización de las acciones del centro de salud orientadas a dar respuesta a la demanda espontánea (modelo de atención reactivo, Laspiur, 2016). Tal como ha sido largamente reportado en la literatura, responde en la mayoría de los casos a necesidades de salud frente a condiciones agudas, raramente por motivos de prevención, particularmente en la población de adolescentes y adultos. Asimismo, ello podría resultar en detrimento de quienes, ocasional o históricamente, no acceden al sistema, ya que se sigue asentando

---

<sup>16</sup> Nota: Se utiliza en este documento la denominación de Área de Responsabilidad Sanitaria (ARS), siguiendo la propuesta del Documento Técnico N°3 de la CUS. Cabe destacar que entre los efectores relevados se ha identificado la utilización indistinta de los términos Área Programática, Área Programa, Área de Influencia o aun Población a Cargo, como si fueran sinónimos. Más adelante se elabora una recomendación al respecto a fin de superar las limitaciones que implica la falta de definición homogénea a este respecto en términos de salud pública.

en la demanda espontánea de quienes llegan al centro de salud. Desconoce, asimismo, la dimensión poblacional de las acciones de cuidado de la salud. Un sistema organizado de búsqueda activa preferentemente extramural, orientado a incluir en las acciones del centro de salud a toda la población del ARS, no sólo la recaptación de usuarios y usuarias en diferentes condiciones, aportaría a superar ambas limitaciones. A su vez, los sistemas de registro de inasistencia y de búsqueda activa podrían reforzar la programación de los turnos orientada a alcanzar la cobertura esperada. Todo ello supone procesos de reflexión y reorganización de los procesos de trabajo de los equipos de salud.

## Bibliografía

Organización Panamericana de la Salud. Programa Especial de Análisis de Salud. (2002). *Sistemas de información geográfica en salud: Conceptos básicos*. Organización Panamericana de la Salud.

Starfield, B. (2004). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Masson.

Laspiur, S. (2016). *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, modelo MAPEC*. Ministerio de Salud de la Nación.

## INTEGRALIDAD

*“La integralidad es un mecanismo importante de la atención primaria, dado que asegura que los servicios se ajusten a las necesidades de salud de la población” (Starfield, 2004, p. 199).  
“[...] requiere que la atención primaria identifique de manera adecuada la gama completa de necesidades de salud de los pacientes y que disponga de los recursos para manejarlas” (Starfield, 2004, p. 215).*

La atención primaria enfrenta una amplia gama de problemas de salud dentro de un contexto social específico. Esta característica de contextualización local es la que determina la complejidad de la estrategia y los desafíos en la tarea que ello acarrea. De esta manera alcanzar un alto grado de eficiencia y generar bienestar y satisfacción en pacientes y personas usuarias requiere de identificar en cada contexto cuáles son las necesidades de salud de las personas.

Entre las acciones y servicios entendidos como prácticas de cuidado que prevé esta función de la APS, se incluyen la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la asistencia, rehabilitación y cuidados en situación de enfermedad.

El objetivo de integralidad en APS sólo se puede lograr si se contempla la incorporación de la comunidad y equipos de salud en un trabajo conjunto. Esta perspectiva busca promover el trabajo en equipo interdisciplinario, los vínculos y la corresponsabilidad por la salud del otro, la expansión de los espacios para que suceda el cuidado, la valorización de diferentes maneras de producción de conocimiento para la construcción de los planes de cuidados ante situaciones y necesidades particulares. De ésta manera coloca el acento en el cuidado de las personas y no en procedimientos de tecnologías de diagnóstico o tratamientos (Epp, 1996).

En cada ámbito de aplicación de APS, se deberá decidir en función de las políticas de salud locales, cuáles son los servicios que pertenecen al ámbito de la APS y cuáles los que deben realizarse en otros ámbitos.

En este informe la función de integralidad de la APS se evalúa respecto de los siguientes apartados:

1. son aquellas prácticas de cuidado existentes en el centro de salud, para poner a disposición de la población.

Se incluyeron las siguientes variables: existencia de laboratorio instalado, posibilidad de derivación de laboratorio, extracción y/o análisis de la muestra biológica en el efector, servicios de diagnósticos por imágenes y/o derivación en caso de ser necesario (ecografía, ecografía tocoginecológica, rayos x, rayos

x odontológico), cumplimiento de condiciones de bioseguridad, servicio de electrocardiografía y derivación, traslado de pacientes y tipo de traslado disponible.

2. Servicios proporcionados: son aquellas prácticas de cuidado que el centro de salud realmente provee a la población, identificando las prácticas brindadas por los equipos de salud según su auto-reporte.

Se incluyeron las siguientes variables: atención a consulta de nutrición o dieta, orientación sobre métodos anticonceptivos, colocación de DIU o implante anticonceptivo, examen PAP, atención prenatal (control de embarazo), pruebas de agudeza visual, lavado de oídos, tratamiento odontológico, test de plumbemia, orientación para el consumo de tabaco, sutura de heridas leves, extirpación de uña encarnada, inmovilización de tobillo con esguince, detección del consumo excesivo de alcohol, orientación o tratamiento para abuso de sustancias o drogas, atención para problemas de salud mental, provisión de vacunaciones, diagnóstico de VIH mediante test rápido, análisis para la detección de tuberculosis, fondo de ojo en pacientes diabéticos, control de anticoagulación oral, medición de pico-flujo o espirometría, electrocardiograma, atención paliativa, evaluación de la situación de los usuarios según los requisitos de acceso a algún programa o beneficio social, ayudas o prestaciones.

## Servicios de diagnóstico complementario y traslado disponibles

Como puede observarse en la Tabla 3.2.3.1, respecto del servicio de laboratorio, a nivel provincial el 47,5% de los establecimientos de salud expresó no contar con el mismo y el 30,6% declaró proveerlo a través de un servicio móvil tercerizado. Se registraron diferencias significativas según regiones; los CAPS de la región del noroeste declararon no disponer de este servicio bajo ninguna de las modalidades indagadas en un 72,7%.

El 42,5% de los referentes entrevistados declararon derivar el servicio de laboratorio a un efector público municipal mientras que el 39,1% expresó que lo realiza en un laboratorio público provincial, registrándose diferencias estadísticamente significativas según el tamaño poblacional de la localidad de referencia del efector.

En relación a las extracciones y análisis de las muestras biológicas, más de la mitad de los efectores declaró no contar con dicho servicio; en el caso de las extracciones un 56,8% expresó no poseerlo, con diferencias estadísticas según región, siendo la del noroeste la más desfavorecida. En relación al análisis de las muestras biológicas, expresaron que no se efectúan en el establecimiento en un 91,3% (se derivan a otro laboratorio).

Por otra parte, con respecto a los servicios de diagnóstico por imágenes, el 60,1% los efectores expresaron no contar con servicio de ecografía y el 62,8% no disponer de servicio de ecografía tocoginecológica, observándose para ambos servicios diferencias significativas según región, donde en el noroeste la falta de servicio de ecografía es del 77,3%, y en el caso de ecografía tocoginecológica alcanza al 70,4%. Ante la necesidad de estas prácticas, las derivaciones se realizan a efectores municipales en un 45,5% de los casos y en un 42,7% al subsector público provincial, encontrando diferencias estadísticas según tamaño de la población.

El 81,4% de los establecimientos manifestó no contar con servicio de rayos X (RX), observándose diferencias significativas según región en detrimento del noroeste donde la falta del mismo asciende al 88,6%. En relación con el servicio de derivación expresaron que se canalizan a efectores públicos provinciales en un 55,0% y públicos municipales en un 36,2%, con diferencias estadísticamente significativas según tamaño de población. Referente a las condiciones de bioseguridad para RX, del total de efectores que declararon poseer el servicio instalado, el 76,6% planteó que cumple con las normativas correspondientes.

Asimismo, acerca del servicio de rayos X odontológico en el establecimiento, expresó no contar con el mismo el 88,5% de los casos. Ante ello, 46,9% deriva la demanda a establecimientos públicos municipales; en las localidades de más de 5.000 habitantes este tipo de derivación alcanza al 68,6% de los efectores. La totalidad de los efectores que brindan este servicio expresó contar con las condiciones de bioseguridad reglamentarias.

Declararon tener servicio de electrocardiografía el 33,3% de los establecimientos relevados y el 23,0% expresó facilitar este servicio a través de terceros. Se observaron diferencias significativas según tamaño de población.

La mayoría de los efectores (79,2%) declaró disponer de servicio de traslado de pacientes. Las diferencias se registran según tamaño de población, donde localidades más chicas comentaron tener en el 72,2% de los casos servicio propio.

**Tabla 3.2.3.1 Distribución de frecuencias de variables de métodos de diagnóstico complementario y traslado disponibles en establecimientos del PNA según tamaño poblacional y región. Provincia de Córdoba, año 2019.**

	REGIÓN			TIPO POBLACIONAL		TOTAL PROVINCIAL	
	NOROESTE	SURESTE		<5000	>=5000		
SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	<b>LABORATORIO</b>			*			
	INSTALADO	0.0%	4.3%		2.3%	4.1%	3.3%
	INSTALADO TERCERIZADO	6.8%	20.9%		20.9%	14.4%	17.5%
	MÓVIL	0.0%	1.4%		0.0%	2.1%	1.1%
	MÓVIL TERCERIZADO	20.5%	33.8%		24.4%	36.1%	30.6%
	NO HAY	72.7%	39.6%		52.3%	43.3%	47.5%
	TOTAL						(n= 183) 100%
	<b>DERIVACIÓN DE LABORATORIO</b>						*
	CLÍNICA PRIVADA	12.5%	21.8%		31.1%	4.8%	18.4%
	PÚBLICO MUNICIPAL	40.6%	43.6%		22.2%	64.3%	42.5%
	PÚBLICO PROVINCIAL	46.9%	34.5%		46.7%	31.0%	39.1%
	TOTAL						(n= 87) 100%
	<b>EXTRACCIONES EN EL EFECTOR</b>			*			
	SI	25.0%	48.2%		38.4%	46.4%	42.6%
	NO	72.7%	51.8%		60.4%	53.6%	56.8%
	SIN DATO	2.3%	0.0%		1.2%	0.0%	0.5%
	TOTAL						(n= 183) 100%
	<b>ANÁLISIS DE MUESTRAS EN EL EFECTOR</b>						
	SI	6.8%	8.6%		8.1%	8.2%	8.2%
	NO	90.9%	91.4%		90.7%	91.8%	91.3%
	SIN DATO	2.3%	0.0%		1.2%	0.0%	0.5%
	TOTAL						(n= 183) 100%
	<b>ECOGRAFÍA</b>			*			
	INSTALADO	2.3%	8.6%		8.1%	6.2%	7.1%
	INSTALADO TERCERIZADO	11.4%	11.5%		12.8%	10.3%	11.5%
	MÓVIL	4.5%	1.4%		2.3%	2.1%	2.2%
	MÓVIL TERCERIZADO	4.5%	23.7%		12.8%	24.7%	19.1%
	NO HAY	77.3%	54.7%		64.0%	56.7%	60.1%
	TOTAL						(n= 183) 100%
	<b>DERIVACIÓN DE ECOGRAFÍA</b>						*
	CLÍNICA PRIVADA	14.7%	10.5%		20.0%	3.6%	11.8%
	PÚBLICO MUNICIPAL	32.4%	51.3%		23.6%	67.3%	45.5%
PÚBLICO PROVINCIAL	52.9%	38.2%		56.4%	29.1%	42.7%	
TOTAL						(n= 110) 100%	
<b>ECOGRAFIA TOCGINECOLÓGICA</b>			*				
SI	27.3%	39.6%		32.6%	40.2%	36.6%	
NO	70.4%	60.4%		66.2%	59.8%	62.8%	

SIN DATO	2.3%	0.0%	1.2%	0.0%	0.5%
TOTAL					(n= 183) 100%
<b>RAYOS X</b>			*		
INSTALADO	4.5%	20.1%	18.6%	14.4%	16.4%
TERCERIZADO	6.8%	0.7%	3.5%	1.0%	2.2%
NO HAY	88.6%	79.1%	77.9%	84.5%	81.4%
TOTAL					(n= 183) 100%
<b>DERIVACIÓN DE RX</b>					*
CLÍNICA PRIVADA	2.6%	10.9%	9.0%	8.5%	8.7%
PÚBLICO MUNICIPAL	20.5%	41.8%	23.9%	46.3%	36.2%
PÚBLICO PROVINCIAL	76.9%	47.3%	67.2%	45.1%	55.0%
TOTAL					(n= 149) 100%
<b>CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD PARA RX</b>					
SI	100.0%	64.3%	68.8%	64.3%	76.6%
NO	0.0%	35.7%	31.3%	35.7%	23.3%
SIN DATO					
TOTAL					(n= 30) 100%
<b>RAYOS X ODONTOLÓGICOS</b>					
SI	9.1%	12.2%	12.8%	10.3%	11.5%
NO	90.9%	87.8%	87.2%	89.7%	88.5%
TOTAL					(n= 183) 100%
<b>DERIVACIÓN DE RX ODONTOLÓGICOS</b>					*
CLÍNICA PRIVADA	16.7%	3.6%	24.1%	15.7%	19.5%
PÚBLICO MUNICIPAL	41.7%	58.9%	20.7%	68.6%	46.9%
PÚBLICO PROVINCIAL	41.7%	37.5%	55.2%	15.7%	33.6%
TOTAL					(n= 128) 100%
<b>CONDICIONES DE BIOSEGURIDAD PARA RX ODONTOLÓGICOS</b>			*		
SI	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
NO					0.0%
SIN DATO					0.0%
TOTAL					(n= 21) 100%
<b>ELECTROCARDIOGRAFO</b>					*
INSTALADO	29.5%	34.5%	43.0%	24.7%	33.3%
TERCERIZADO	15.9%	25.2%	24.4%	24.6%	23.0%
NO HAY	54.5%	40.3%	32.6%	53.6%	43.7%
TOTAL					(n= 183) 100%
<b>DERIVACIÓN DE ELECTROCARDIOGRAFÍA</b>					*
CLÍNICA PRIVADA	16.7%	3.6%	10.7%	5.8%	7.5%
PÚBLICO MUNICIPAL	41.7%	58.9%	32.1%	65.4%	53.8%
PÚBLICO PROVINCIAL	41.7%	37.5%	57.1%	28.8%	38.8%
TOTAL					(n= 80) 100%

<b>TRASLADO</b>						*	
SI	77.3%	79.9%		83.7%	75.3%		79.2%
NO	22.7%	20.1%		16.3%	24.7%		20.8%
TOTAL							(n= 183) 100%
<b>TIPO DE TRASLADO</b>						*	*
PROPIO	76.5%	55.0%		72.2%	47.9%		60.0%
TERCERIZADO	23.5%	45.0%		27.8%	52.1%		40.0%
TOTAL							(n= 145) 100%

Nota: \* indica diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ); (entre paréntesis número de casos)

## Servicios proporcionados (prácticas de cuidado)

Entre las prácticas de cuidado relevadas, el 73,8% de los efectores expresó brindar cuidados en nutrición y alimentación (ver Tabla 3.2.3.2). El sureste provincial y las localidades con más de 5.000 habitantes ofrecen esta práctica en mayor proporción.

El 95,6% de los efectores declaró que brindan orientación sobre métodos anticonceptivos; sin embargo, realizan colocación del DIU y/o implante subdérmico sólo el 58,5% de ellos, con diferencias según región y tamaño poblacional, siendo menos accesible estas prácticas en las localidades más pequeñas y del noroeste provincial. Declaran realizar examen de PAP el 74,9% de los efectores, con diferencias significativas según región, ya que sólo el 61,4% de los efectores de la región noroeste ofrece este examen preventivo. El 22,4% de los establecimientos relevados determinaron que realizan test rápido de VIH mostrando diferencias significativas según región, en el noroeste sólo se ofrece en el 11,4% de los efectores.

Los cuidados prenatales (control de embarazo), siempre según lo reportado por los propios efectores, están disponibles en el 89,1% de los establecimientos.

Brindan atención oftalmológica básica (prueba de agudeza visual) el 71,6% de los efectores. Por otro lado, el 57,9% de los CAPS expresó brindar servicio de lavado de oídos y el 76,5% facilitar tratamientos odontológicos.

Con relación a la orientación sobre consumos de sustancias, ofrecen orientación sobre consumo del tabaco el 65,6% de los efectores; 56,8% comentó que realiza detección temprana del consumo excesivo del alcohol y el 66,7% orientación o tratamiento para abuso de sustancias o droga. Asimismo, el 55,7% expresó que atienden problemas de salud mental, con diferencias según región, a favor del sureste.

Los efectores que expresaron realizar la práctica de sutura de heridas corresponden al 65,0% y la de extirpación de uñas encarnadas el 53,0%. Esta última muestra diferencias significativas según tamaño de la población y región siendo favorecida la sureste y las localidades de menos de 5.000 habitantes.

La inmovilización de tobillo con esguince ha sido reportada en el 67,8% de los efectores, siendo más frecuente esta práctica en las localidades con menos de 5.000 habitantes.

En relación a Inmunizaciones, se brinda en el 91,3% de los establecimientos relevados con diferencias significativas según región a favor de la sureste. Mientras que el análisis para detección de tuberculosis se realiza en un 20,8% de ellos.

Con respecto a cuidados referidos a las enfermedades crónicas más prevalentes, declararon realizar electrocardiogramas el 46,4% de los efectores relevados, con diferencias significativas según tamaño de población, siendo más prevalente en las localidades de menos de 5000. Se realiza fondo de ojo en pacientes diabéticos en el 24% de los casos y el control de anticoagulación oral en el 14,8% de los centros de salud. La mientras que la medición de pico-flujo o espirometría está disponible en el 2,7% de los efectores.

El 32,2% de los efectores expresaron llevar a cabo cuidados paliativos. Presentando una diferencia estadística significativa en relación a la región sureste. Asimismo, el 72,1% de los establecimientos comentó que realiza evaluación de la situación de los usuarios según los requisitos de acceso a algún programa o beneficio social, ayudas o prestaciones.

El test de plumbemia es el de menor frecuencia de todos los servicios que los efectores expresaron proporcionar, sólo declararon realizarlo el 7,1%.

**Tabla 3.2.3.2 Distribución de frecuencias de variables de servicios proporcionados en establecimientos del PNA según tamaño poblacional y región. Provincia de Córdoba, año 2019.**

	REGIÓN			TIPO POBLACIONAL		TOTAL PROVINCIAL	
	NOROESTE	SURESTE		<5000	>=5000		
<b>PRÁCTICAS DE CUIDADO</b>	<b>ATENCIÓN A CONSULTA DE NUTRICIÓN O ALIMENTACIÓN</b>			*		*	
	SI	61.4%	77.7%		65.1%	81.4%	73.8%
	NO	38.6%	22.3%		34.9%	18.6%	26.2%
	TOTAL						(n= 183) 100%
	<b>ORIENTACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS</b>						
	SI	97.7%	95.0%		95.3%	95.9%	95.6%
	NO	2.3%	5.0%		4.7%	4.1%	4.4%
TOTAL						(n= 183) 100%	

<b>COLOCACIÓN DE DIU O IMPLANTE ANTICONCEPTIVO</b>			*			*
SI	43.2%	63.3%		45.3%	70.1%	58.5%
NO	56.8%	36.7%		54.7%	29.9%	41.5%
TOTAL						(n= 183) 100%
<b>EXAMEN PAP</b>			*			
SI	61.4%	79.1%		69.8%	79.4%	74.9
NO	38.6%	20.9%		30.2%	20.6%	25.1
TOTAL						(n= 183) 100%
<b>ATENCIÓN PRENATAL (CONTROL DE EMBARAZO)</b>						
SI	93.2%	87.8%		89.5%	88.7%	89.1%
NO	6.8%	12.2%		10.5%	11.3%	10.9%
TOTAL						(n= 183) 100%
<b>PRUEBAS DE AGUDEZA VISUAL</b>						
SI	68.2%	72.7%		74.4%	69.1%	71.6%
NO	31.8%	27.3%		25.6%	30.9%	28.4%
TOTAL						(n= 183) 100%
<b>LAVADO DE OÍDOS</b>						*
SI	56.8%	58.3%		75.6%	42.3%	57.9%
NO	43.2%	41.7%		24.5%	57.7%	42.1%
TOTAL						(n= 183) 100%
<b>TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO</b>						
SI	68.2%	79.1%		76.7%	76.3%	76.5%
NO	31.8%	20.9%		23.3%	23.7%	23.5%
TOTAL						(n= 183) 100%
<b>TEST DE PLOMBEMIA</b>						
SI	6.8%	7.2%		10.5%	4.1%	7.1%
NO	93.2%	92.8%		89.5%	95.9%	92.9%
TOTAL						(n= 183) 100%
<b>ORIENTACIÓN PARA CESACIÓN TABÁQUICA</b>						
SI	65.9%	65.5%		65.1%	66.0%	65.6%
NO	34.1%	34.5%		34.9%	34.0%	34.4%
TOTAL						(n= 183) 100%
<b>SUTURA DE HERIDAS LEVES</b>						*
SI	70.5%	63.3%		84.9%	47.4%	65.0%
NO	29.5%	36.7%		15.1%	52.6%	35.0%
TOTAL						(n= 183) 100%
<b>EXTIRPACIÓN DE UÑA ENCARNADA</b>			*			*
SI	52.3%	53.2%		73.3%	35.1%	53.0%
NO	47.7%	46.8%		26.7%	64.9%	47.0%
TOTAL						(n= 183) 100%
<b>INMOVILIZACIÓN DE TOBILLO CON ESGUINCE</b>						*
SI	65.9%	68.3%		82.6%	54.6%	67.8%

NO	34.1%	31.7%	17.4%	45.4%	32.2%
TOTAL					(n= 183) 100%
<b>DETECCIÓN DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL</b>					
SI	45.5%	60.4%	54.7%	58.8%	56.8%
NO	54.5%	39.6%	45.3%	41.2%	43.2%
TOTAL					(n= 183) 100%
<b>ORIENTACIÓN O TRATAMIENTO PARA ABUSO DE SUSTANCIAS O DROGAS</b>					
SI	59.1%	69.1%	61.6%	71.1%	66.7%
NO	40.9%	30.9%	38.4%	28.9%	33.3%
TOTAL					(n= 183) 100%
<b>ATENCIÓN PARA PROBLEMAS DE SALUD MENTAL</b>					
			*		
SI	38.6%	61.2%	55.8%	55.7%	55.7%
NO	61.4%	38.8%	44.2%	44.3%	44.3%
TOTAL					(n= 183) 100%
<b>VACUNACIONES</b>					
			*		
SI	84.1%	93.5%	93.0%	89.7%	91.3%
NO	15.9%	6.5%	7.0%	10.3%	8.7%
TOTAL					(n= 183) 100%
<b>DIAGNÓSTICO DE VIH MEDIANTE TEST RÁPIDO</b>					
			*		
SI	11.4%	25.9%	19.8%	24.7%	22.4%
NO	88.6%	74.1%	80.2%	75.3%	77.6%
TOTAL					(n= 183) 100%
<b>ANÁLISIS PARA LA DETECCIÓN DE TUBERCULOSIS</b>					
SI	18.2%	21.6%	17.4%	23.7%	20.8%
NO	81.8%	78.4%	82.6%	76.3%	79.2%
TOTAL					(n= 183) 100%
<b>FONDO DE OJO EN PACIENTES DIABÉTICOS</b>					
					*
SI	25.0%	23.7%	32.6%	16.5%	24.0%
NO	75.0%	76.3%	67.4%	83.5%	76.0%
TOTAL					(n= 183) 100%
<b>CONTROL DE ANTICOAGULACIÓN ORAL</b>					
SI	11.4%	15.8%	18.6%	11.3%	14.8%
NO	88.6%	84.2%	81.4%	88.7%	85.2%
TOTAL					(n= 183) 100%
<b>MEDICIÓN DE PICO-FLUJO O ESPIROMETRÍA</b>					
SI	0.0%	3.6%	1.2%	4.1%	2.7%
NO	100.0%	96.4%	98.8%	95.9%	97.3%
TOTAL					(n= 183) 100%
<b>ELECTROCARDIOGRAMA</b>					
					*
SI	45.5%	46.8%	62.8%	32.0%	46.4%
NO	54.5%	53.2%	37.2%	68.0%	53.6%
TOTAL					(n= 183) 100%

ATENCIÓN PALIATIVA			*			
SI	18.2%	36.7%		34.9%	29.9%	32.2%
NO	81.8%	63.3%		65.1%	70.1%	67.8%
TOTAL						(n= 183) 100%
EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN LOS REQUISITOS DE ACCESO A ALGÚN PROGRAMA O BENEFICIO SOCIAL, AYUDAS O PRESTACIONES						
SI	70.5%	72.7%		77.9%	67.0%	72.1%
NO	29.5%	27.3%		22.1%	33.0%	27.9%
TOTAL						(n= 183) 100%

Nota: \* indica diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ); (entre paréntesis número de casos)

## CONCLUSIONES

Brindar cuidados integrales en el PNA implica garantizar el acceso a prácticas y a estudios complementarios indispensables para cubrir requerimientos de diagnóstico y seguimiento que sean acordes a los perfiles epidemiológicos de la población. Se espera que las personas usuarias cuenten con dichos servicios en su lugar de atención habitual sin barreras que lo obstaculicen (ya sean de índole geográfica, económica, cultural u otras). En este sentido, la posibilidad de alcanzar equidad en la provisión y acceso a cuidados integrales depende fundamentalmente de la organización del sistema y el conocimiento de las capacidades, competencias y recursos existentes (ya sean del subsistema público o privado).

Considerando todas las modalidades de servicio de laboratorio ofrecidas, se destaca que más del cincuenta por ciento de los efectores ofrecen acceso al mismo. Aun así, debe prestarse especial atención a la baja disponibilidad de dicho servicio en la región Noroeste. Tanto en el caso de laboratorio como de ecografía, el servicio ofrecido con mayor frecuencia es a través de un móvil, tercerizado. Si bien el recurso de dispositivos móviles, (proporcionados por entes privados), es la estrategia más difundida, cabe preguntarse acerca de la modalidad de financiamiento de la misma, y la carga que pudiera representar para el gasto de bolsillo en salud, y las barreras en el acceso que ello pudiera suponer.

Se señala la alta disponibilidad de servicio de traslado de pacientes sobre todo en localidades de menos de 5.000 habitantes, ya que las mismas son las que se encuentran generalmente a mayor distancia de los establecimientos del segundo o tercer nivel de atención.

Respecto a las derivaciones, los efectores que no cuentan con los servicios complementarios estudiados, se apoyan en mayor medida en efectores municipales (no necesariamente pertenecientes al mismo municipio) que en efectores provinciales, cuando se trata de localidades grandes; pero sucede lo contrario en el caso de localidades pequeñas. Las derivaciones a establecimientos públicos (municipales o provinciales) representan un alto porcentaje, lo que señala un aspecto positivo de capacidad de respuesta del subsector público.

En lo referido a electrocardiografía, si bien se observó un alto porcentaje de efectores sin oferta del servicio, tal como ocurre con las prácticas de cuidado precedentes, la resolución de la demanda ocurre mayoritariamente mediante derivaciones al subsector público.

Los cuidados orientados a la salud sexual y reproductiva, y de niños y niñas, aun cuando son aquellas de larga tradición en el sistema de salud provincial, distan de alcanzar la cobertura universal esperada. Más allá de brindar orientación en salud sexual y reproductiva, es responsabilidad de los efectores de salud brindar acceso a los recursos materiales para hacer efectivo el cuidado, la colocación de DIU e implante subdérmico son ejemplos de áreas críticas en las cuales avanzar en esta materia. Similar reflexión puede hacerse con respecto a la cobertura de examen de PAP. Por otra parte, según los datos reportados, fue muy baja la cobertura en la oferta de test rápido de VIH.

Por último, la atención de personas que conviven con enfermedades crónicas (de mayor prevalencia en la actualidad en nuestro país) carece en el PNA de prácticas básicas que facilitan un seguimiento adecuado. Este aspecto requiere en la actualidad de importantes avances en términos de oferta de servicios integrales. A modo de ejemplo, la baja cobertura de fondo de ojo para personas con Diabetes, medición de pico-flujo o espirometría y atención paliativa.

Se observa que en localidades pequeñas los efectores ofrecen en mayor medida intervenciones menores de cuidado: inmovilización de esguince de tobillo, sutura de heridas leves, extirpación de uña encarnada y lavado de oídos. Cabe preguntarse cómo resuelven esta demanda los efectores pertenecientes a localidades grandes.

Finalmente, y como otro ejemplo de la falta de adecuación de los servicios disponibles respecto de la evolución de los perfiles de salud de la población, resalta la baja disponibilidad del análisis de detección de tuberculosis en el PNA provincial.

## Bibliografía

Epp, J. (1996). *Lograr la salud para todos: Un marco para la promoción de la Salud*. En Promoción de la Salud. Una antología (pp. 25-36). Organización Panamericana de la Salud.

Starfield, B. (2004). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Masson.

## COORDINACIÓN

*“La coordinación es esencial para la consecución de las otras funciones de la estrategia de APS (...) es una situación de armonía en una acción o esfuerzo común. La esencia de la coordinación es la disponibilidad de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados, y el reconocimiento de dicha información para las necesidades de cuidados actuales” (Starfield, 2004, p.233)*

La función de coordinación responde al reconocer que a lo largo de las etapas del ciclo de vida, las personas y comunidades atraviesan situaciones o problemas de salud que requieren de la intervención de distintos profesionales para garantizar la calidad e integración en los cuidados, remitiendo también a diferentes niveles de complejidad del sistema de salud. Esto conlleva que cada acto y/o contacto con el sistema deba ser registrado, que pueda integrarse su producto o resultado y que esté disponible en tiempo y forma en futuros episodios o intervenciones. Asimismo, involucra la posibilidad de acceder desde el propio proveedor de APS, a servicios disponibles en otros establecimientos del sistema.

La coordinación se compone, a su vez, de dos subdimensiones:

- a) **Sistemas de información:** disponibilidad de instrumentos de registro de la información y de incorporación de esa información al plan de atención de la persona, así como el desarrollo e implementación de un plan apropiado de identificación y gestión de necesidades de la población.
- b) **Integración de la información:** implica la existencia de “mecanismos de transferencia de la información y de recepción de otras fuentes que pueden estar involucradas en la atención de las personas” (Berra, 2012, p. 11).

A los efectos de este trabajo, las variables registro clínico y sistema de gestión informático serán consideradas indicadores de la subdimensión sistemas de información. Por otra parte, los variables turnos protegidos y referencia - contrareferencia serán consideradas como indicadores de la subdimensión integración de la información.

Los sistemas de registro son la unidad básica fundamental del ordenamiento de la gestión sanitaria. En la provincia de Córdoba existe marco normativo reciente (Ley N° 10590 27/12/2018) que definió la creación del Sistema Provincial de Historia Clínica Electrónica Única (HCEU) destinado al registro

indeleble de los datos de salud y enfermedad de cada persona, desde su nacimiento hasta su fallecimiento cuyo ámbito de aplicación son las instituciones públicas y privadas que presten atención sanitaria. La implementación de dicha política provincial prevé su instalación en una etapa inicial en las instituciones hospitalarias de dependencia Provincial.

Desde la descentralización del PNA, la rectoría de las políticas de gestión de información sanitaria quedó en el marco de los derechos del paciente (Ley 26529) y las leyes nacionales emitidas al respecto. Sin embargo, a partir del Plan Nacer<sup>17</sup>, la Provincia ha desarrollado un sistema de registro prestacional (SIGIPSA) que pretende contribuir en ese sentido. Sin embargo, a la fecha del presente informe, este sistema coexiste con una diversidad de sistemas de registro presentes en la Provincia de Córdoba que resulta necesario conocer.

Así como los instrumentos de registro tienen un valor fundamental en los procesos de trabajo de los equipos de salud, los sistemas informáticos orientados a producir información sanitaria tienen la capacidad de ser pilar fundamental de los procesos de gestión sanitaria, a raíz de su importancia en el procesamiento de datos y la producción de información para la toma de decisiones tanto clínicas como de gestión.

En relación a la función de coordinación, y tal como ha sido indagada en este estudio, se entiende por turno protegido en un nivel de mayor complejidad a una “fracción de tiempo que los efectores del primer nivel tienen reservada para solicitud de consultas de salud a especialistas” (Benetti et al., 2018, p. 46) o para derivaciones. La gestión de turnos permite la planificación de la oferta asistencial, a fin de facilitar la accesibilidad de usuarios y usuarias de acuerdo a sus necesidades.

## Sistemas de Información

Como se observa en la Tabla 3.2.4.1, a nivel provincial el 46,4% de los establecimientos reportaron utilizar como sistema de registro clínico, la HC individual en soporte papel, en tanto que un 38,3% refirió utilizar ficha individual y 33,3%, HC familiar en soporte papel. Sólo un 18,6% informó contar con HC digital y un 6% expresó no disponer de sistema de registro formal. En este aspecto, se encontraron diferencias significativas tanto entre regiones como entre tipos de poblaciones. Resalta que en la región Sureste 24,5% de los efectores reportaron contar con HC digital, modalidad de registro ausente en la región Noroeste.

---

<sup>17</sup> Para más información sobre los objetivos del Plan Nacer/SUMAR se puede consultar:  
<http://www.msal.gob.ar/sumar/index.php/institucional/programa-sumar-mas-salud-publica>

Por otra parte, más de la mitad de los de los establecimientos de APS relevados (54,6%) expresaron no disponer de sistema informático, alcanzando esta limitación en la región Noroeste al 77,3% de los CAPS, en contraposición con el 47,5% de la región Sureste. El tamaño poblacional de las localidades no estableció a diferencias estadísticas en este indicador. Resulta interesante observar que entre quienes disponen de este recurso, el sistema informático más utilizado fue SIGIPSA (66.3%), único implementado en la región noroeste (100%) y con mayor uso que otros sistemas en toda la provincia.

**Tabla 3.2.4.1 Distribución de frecuencias de variables de instrumentos de registro y sistemas de información disponibles en establecimientos del PNA, según tamaño poblacional y región. Provincia de Córdoba, año 2019.**

	REGIÓN			TIPO POBLACIONAL		TOTAL PROVINCIAL	
	NOROESTE	SURESTE		<5000	>=5000		
<b>SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>INSTRUMENTO DE REGISTRO CLÍNICO</b>			*		*	
	FICHA INDIVIDUAL	36.4%	38.8%		36.0%	40.2%	38.3%
	HC INDIVIDUAL	47.7%	46.0%		47.7%	45.4%	46.4%
	HC FAMILIAR	13.6%	39.6%		22.1%	43.3%	33.3%
	HC DIGITAL	0.0%	24.5%		8.1%	27.8%	18.6%
	SIN REGISTRO FORMAL	9.1%	5.0%		11.6%	1.0%	6.0%
	TOTAL						(n= 183) 100%
	<b>SISTEMA INFORMÁTICO</b>			*			
	SI	22.7%	52.5%		40.7%	49.5%	45.4%
	NO	77.3%	47.5%		95.3%	50.5%	54.6%
	TOTAL						(n= 183) 100%
	<b>QUE SISTEMA UTILIZAN</b>			*			
	SIGIPSA	18.2%	81.8%		47.3%	52.7%	30.1%
	OTRO	0.0%	100.0%		33.3%	66.7%	14.8%
	TOTAL						(n= 183) 100%

Nota: \* indica diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ); (entre paréntesis número de casos)

## Integración de la información

En cuanto a la primera dimensión referida a la integración de la información, el 43,2% de los efectores del PNA refirió no implementar sistema de turnos protegidos. Entre quienes sí lo han implementado, la mitad (27,9%) expresó haber logrado construir circuitos formales para la gestión de estos turnos (en instituciones de salud de mayor complejidad). Al analizar diferencias según regiones, la deficiencia de turnos protegidos se incrementa cuando se trata de efectores ubicados en la región noroeste (54,5%) y en localidades de menos de 5000 habitantes (53,5%).

Finalmente, 59% de los efectores del PNA indicó no trabajar con sistema de derivación de interconsultas programadas (referencia y contrareferencia), es decir, acompañar la gestión de turnos

de interconsulta desde el mismo efector, para favorecer la integración de la información clínica, en pos de alcanzar la integralidad y adhesión a los cuidados. Entre quienes han incorporado esta modalidad de acompañamiento de pacientes, sólo 16,9% refirieron poseer circuitos definidos formalmente, mientras que el 21,9% restante lo gestiona mediante acuerdos informales. Nuevamente se observa que los déficits son mayores tanto en la región noroeste como en poblaciones con menos de 5000 habitantes.

**Tabla 3.2.4.2 Distribución de frecuencias de variables de coordinación en establecimientos del PNA según tamaño poblacional y región. Provincia de Córdoba, año 2019.**

	REGIÓN		TIPO POBLACIONAL		TOTAL PROVINCIAL	
	NOROESTE	SURESTE	<5000	>=5000		
INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN	<b>TURNOS PROTEGIDOS</b>				*	
	CIRCUITOS FORMALES	11.4%	28.1%	24.4%	23.7%	27.9%
	ACUERDOS INFORMALES	29.6%	27.3%	19.8%	35.1%	24.0%
	OTRO	54.5%	39.6%	53.5%	34.0%	4.9%
	NO HAY	4.5%	5.0%	2.3%	7.2%	43.2%
	TOTAL					(n= 183) 100%
	<b>REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA</b>				*	
	CIRCUITOS FORMALES	18.2%	16.5%	11.6%	21.7%	16.9%
	ACUERDOS INFORMALES	13.6%	24.5%	18.6%	24.7%	21.9%
	OTRO	2.3%	2.2%	1.2%	3.1%	2.2%
	NO HAY	65.9%	56.8%	68.6%	50.5%	59.0%
	TOTAL					(n= 183) 100%

Nota: \* indica diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ); (entre paréntesis número de casos)

## CONCLUSIONES

Tal como se ha desarrollado al inicio de esta apartado, disponer de sistemas de registro clínico así como de sistemas de información, resulta indispensable para garantizar la continuidad de los cuidados y la integración de la información de manera oportuna, completa y de calidad (en el momento que permite tomar las mejores decisiones para cada paciente). Esta información, incluida en herramientas estandarizadas (como por ej., una historia clínica), es un derecho de la persona y permite reconstruir la historicidad del proceso de salud-enfermedad-atención para promover la calidad de los cuidados. Asimismo, resulta un aporte significativo para la salud colectiva en tanto brinda información para la vigilancia de la salud y permite hacer más eficiente y equitativo el sistema, al evitar duplicar, triplicar atenciones o incluso indicar prestaciones innecesarias.

A nivel provincial, la mayoría de los CAPS cuenta con algún tipo de sistema de registro clínico. Sin embargo, éstos son diversos y dispares; la ficha individual (38,3% del total provincial) es un

instrumento con importantes limitaciones a nivel clínico. Y es de destacar que persiste un grupo de localidades sin ningún tipo de registro de los cuidados que se brindan en el efector (6%). Esta debilidad, con impacto directo en la calidad de los cuidados, denota una gran inequidad a nivel provincial, siendo más acentuada en localidades pequeñas y del noroeste provincial.

A su vez, se observa baja y dispar implementación de sistemas informáticos de salud a nivel local. Los registros en papel, no asociados a una herramienta y metodología sistemática de digitalización de los datos, imposibilitan disponer de información con fines de coordinación e integración de cuidado de la salud. Asimismo, imposibilitan el recupero de las inversiones realizadas por el subsector público en acciones ya financiadas por los subsistemas de obras sociales y prepagas, generando una nueva forma de inequidad en la distribución de los recursos de salud. Aún así, se ha identificado como potencial para la aplicación de la Ley de Historia Clínica Electrónica Única (Ley 10590 de la provincia de Córdoba) la predominancia del sistema informático provincial SIGIPSA a nivel local. Ello da cuenta de la posibilidad de pequeñas localidades de apropiarse de esta herramienta para la gestión en salud pública y, consecuentemente, de la importancia de ser un producto público estatal, gratuito y de libre acceso.

En cuanto a la integración de la información, un alto porcentaje de los establecimientos reportaron ausencia de turnos protegidos; entre aquellos que sí implementan esta estrategia de continuidad en los cuidados, la mayoría se gestionan mediante acuerdos informales (débiles y coyunturales ya que dependen de relaciones de las personas intervinientes). Este recurso a los acuerdos informales refleja la deficiente organización del sistema de salud provincial. Tales acuerdos -formales- entre efectores de niveles de complejidad creciente, a menudo insertas en diferentes jurisdicciones, resultará posible en la medida que exista una política pública provincial orientada a la integración del sistema de salud desde una perspectiva de APS como estrategia integral.

## Bibliografía

Benetti, C., Piccoli, P., Farías, N., Feroso, I., & Rolla, M. (2018). *Monitoreo de Procesos de red en el PNA. La experiencia del Programa Redes*. Programa Redes, Secretaría de Gobierno de la Salud.

Berra, S. (2012). *El estudio de las funciones de la atención primaria de la salud. Adaptación e implementación de los cuestionarios PCAT en la Argentina*. Universidad Nacional de Córdoba.

Starfield, B. (2004). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Masson.

## RECOMENDACIONES

### PRIMER CONTACTO

Habilitación de CAPS por parte del ente regulador provincial (R.U.Ge.Pre.Sa):

1. Se recomienda al nivel central, caracterizar las barreras que se presentan a los gestores locales para habilitar sus centros de salud y analizar junto a ellos posibles mecanismos de superación de las mismas, a corto plazo.
2. Identificar otras áreas del Ministerio de Salud que realizan tareas de auditoría y apoyo a la gestión local (tales como el Programa SUMAR/PACES por ejemplo), para acompañar a los municipios en las gestiones de habilitación.
3. Formular un plan de mejoras en etapas para acceder a la habilitación, considerando la posibilidad de iniciarse con una pre habilitación de acuerdo a criterios mínimos, a fin de dinamizar el proceso de habilitación.
4. Recomendar mediante comunicación periódica a todas las comunas y municipios la habilitación de bomberos, así como el control de matafuegos y otras medidas de seguridad para quienes ya tienen dicha habilitación.
5. Atendiendo a la diversidad de la provincia en este aspecto, puede ser necesario destinar fondos para la adecuación de los centros de salud, áreas críticas priorizadas.

Accesibilidad en los establecimientos del PNA:

1. Aunque resulta obvio, es fundamental que todos los establecimientos cuenten con baños disponibles para personas usuarias (con criterios de accesibilidad). Se recomienda considerar este elemento de manera prioritaria para la habilitación, y como ya se mencionó, disponer de fondos para la adecuación de los mismos en zonas priorizadas.

Servicios de residuos patógenos y peligrosos en los CAPS:

1. Con respecto a la carencia de servicios de gestión de recolección de residuos peligrosos identificada, se recomienda al nivel central caracterizar la oferta de este servicio por región, y realizar una nómina de los mismos para facilitar esta información a los gestores locales.
2. Conociendo los impactos ambientales y de salud pública de la incorrecta gestión de este tipo de residuos, se recomienda también poner a disposición materiales de difusión y propuestas

de capacitación sobre gestión de residuos -particularmente patógenos y peligrosos- en centros de salud.

Acceso a internet en los CAPS:

1. Es indudable el beneficio que reporta al CAPS, tanto en términos de mejora de la gestión como de provisión de cuidados, contar con conectividad permanente en el lugar. Las escuelas públicas de toda la provincia cuentan con servicio de internet (Programa Conectividad Córdoba)<sup>18</sup>, se recomienda a los municipios, comunas y comunidades regionales generar acuerdos entre ambos sistemas para acercar el servicio al efector de salud.

## LONGITUDINALIDAD

Grado de afiliación:

1. Se recomienda elaborar y compartir una definición de ARS para su incorporación en la implementación de la estrategia de APS a nivel de la gestión local de salud, de manera tal que tenga aplicación directa por parte de los equipos de salud responsables de los cuidados. Es decir, de manera tal que trascienda el aspecto formal de su delimitación geográfica y demográfica.
2. Se recomienda incorporar como metodología común para la definición de ARS, la sumatoria de radios censales, unidad geoestadística utilizada por INDEC para censar a la población, siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación<sup>19</sup>.
3. Se recomienda trabajar con los equipos de salud estrategias de reconocimiento de la población residente en el ARS, nominalización y adscripción de la población al centro de salud.<sup>20</sup>
4. Se recomienda a los gestores locales de salud promover el uso de información sanitaria y epidemiológica para la gestión y la vigilancia de la salud, tanto proveniente de la misma localidad como aquella disponible en los sistemas de información en salud existentes a nivel nacional y provincial, por ejemplo, SISA y SIGIPSA.

---

<sup>18</sup> Más información en el siguiente link: <https://www.cba.gov.ar/conectividad-cordoba/>

<sup>19</sup> Definición y digitalización de áreas de responsabilidad sanitaria.

<http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001409cnt-Serie%20CUS.%20Doc%203%20-%20Definicion%20y%20digitalizacion%20de%20reas%20de%20responsabilidad%20sanitaria.pdf>

<sup>20</sup> Cobertura Universal de Salud. Hoja de ruta para la adscripción de población a equipos de salud familiar y comunitaria. Documento Técnico N°9. Ministerio de Salud de la Nación.

5. Se recomienda al Ministerio de Salud de la provincia, ofrecer capacitaciones y acompañamiento a los gestores locales para la producción y utilización de información sanitaria.
6. Se recomienda al Ministerio de Salud de la provincia, ofrecer a los municipios y comunas un sistema de información basado en datos espaciales (información geográfica) interoperable, de utilidad para la gestión local en salud.

#### Continuidad de los cuidados, gestión de turnos en el CAPS:

1. La resolución de la gestión de turnos que ofrece cada CAPS refleja la modalidad de organización del equipo de salud, y en términos más amplios, del propio efector. Por ello, se recomienda promover a nivel local la reorganización de los procesos de trabajo de los equipos de salud, siguiendo un modelo proactivo orientado a la comunidad (ver a modo de ejemplo, propuesta MAPEC referida en apartado Longitudinalidad).
2. En este sentido, y sabiendo que no se puede aislar la gestión de turnos de la calidad de los cuidados, se recomienda incluir en la organización de los procesos de trabajo de los equipos de salud, las guías de prácticas clínicas para líneas de cuidado priorizadas, orientadas a cada etapa del ciclo vital y atendiendo a los recaudos previstos en Ley de Derechos del Paciente<sup>21</sup>.

## INTEGRALIDAD

1. A fin de lograr la integración de los cuidados entre efectores locales (articulación horizontal) y de complejidad creciente del sistema de salud provincial (articulación vertical), se recomienda al Ministerio de Salud, en un trabajo conjunto con las comunidades regionales, municipios y comunas, poner a disposición información actualizada de los recursos físicos y servicios disponibles en cada región a través de un sistema de información geográfica abierto a los equipos de salud y la población.
2. Se recomienda identificar y promover la formalización de redes de efectores locales y regionales de cuidados según profesionales, recursos físicos y de otra índole disponibles, ateniendo a las características y necesidades de la población de cada región provincial.

---

<sup>21</sup> Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001409cnt-Serie%20CUS.%20Doc%203%20-%20Definicion%20y%20digitalizacion%20de%20reas%20de%20responsabilidad%20sanitaria.pdf>

3. Reconociendo las redes locales como ejes dinamizadores de los circuitos de cuidados continuos (integrales), se recomienda al Ministerio de Salud generar los dispositivos necesarios para posibilitar la gestión de turnos (interconsulta de especialidad, diagnóstico complementario, etc.), desde la propia red. Es decir, promover la gestión del turno iniciando desde el efector de menor complejidad (u otra puerta de entrada al sistema de salud), y bajo su responsabilidad, para acompañar la circulación del/la paciente al interior del sistema de salud, (base de un sistema de referencia y contrareferencia)
4. Se recomienda utilizar la estrategia de dispositivos móviles para servicios complementarios de diagnóstico, formalizando acuerdos entre localidades y comunidades regionales, como ya se sugirió.
5. Se recomienda, una vez definidos circuitos y logrados acuerdos regionales, analizar la oportunidad de equipar a efectores con capacidad instalada y/o disponibilidad de recurso humano, para ampliar la cobertura en la región, particularmente en el noroeste de la provincia.
6. Se recomienda al Ministerio de Salud de la provincia, definir de manera conceptual y operativa un set mínimo de indicadores a monitorear de manera periódica (anual) para dar cuenta del avance de los cuidados y condiciones de salud de la población cordobesa. A modo de ejemplo se mencionan la cobertura de vacunas de calendario obligatorio y de contingencia, cobertura de control de embarazo a partir de la semana 13 de gestación, cobertura de salud del adulto, etc.
7. Se recomienda monitorear periódicamente (anualmente) indicadores sanitarios de gestión, cobertura y condiciones de salud de la población, adecuados para el PNA, a nivel de comunas y municipios y a nivel regional.
8. A fin de garantizar la cobertura de la población con criterios mínimos de calidad de aquellas prácticas esenciales del primer nivel de atención (tales como las mencionados en el punto 6), se recomienda analizar mecanismos de asignación del gasto del Fondo de Financiamiento de Descentralización Provincial (FoFinDes, Ley 7850) acorde a la performance de cada comuna o municipio en la gestión de cuidados de la salud.

## COORDINACIÓN

1. Se recomienda promover y acompañar la implementación de la Ley de Creación del Sistema Provincial de Historia Clínica Única, Ley 10.590, en el PNA provincial. A tal fin, considerar las posibilidades de mejora de conectividad de los centros asistenciales sugeridos anteriormente.
2. Atendiendo a la cobertura actual de la plataforma SIGIPSA a nivel provincial y su integración a los mecanismos de financiamiento de la gestión en salud por resultados (Plan SUMAR), se recomienda adecuar a corto plazo dicha plataforma a los estándares de interoperabilidad previstos en la Ley 10.590.

Recomendaciones para futuros estudios y líneas de trabajo orientadas al fortalecimiento de la estrategia de APS en la provincia.

1. Establecer una categorización de establecimientos del PNA que aporte al ordenamiento del sector mediante el fortalecimiento de las redes locales y regionales para la mejora en el acceso a cuidados integrales y continuos, optimizando el uso de recursos en el sector.
2. Indagar la calidad de la atención en el PNA de la provincia desde la perspectiva de usuarios y usuarias del sistema, como complemento de este primer estudio de línea de base, construido a partir de un relevamiento de efectores de salud.



## ANEXO I



## ANEXO II



## ANEXO III



## ANEXO IV