

Universidad de Buenos Aires  
Facultad de Ciencias Económicas  
Escuela de Estudios de Posgrado

---

**MAESTRÍA EN GESTIÓN Y ECONOMÍA DE LA SALUD**

TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA

---

La Planificación Estratégica aplicada a servicios  
públicos de salud.

---

AUTOR: IVANA NAHIR FAJRELDINE

DIRECTOR: ROBERTO DALMAZZO

JULIO 2019

---

## **Dedicatoria**

Dedicado a mi Hija Valentina Sofía por ser la razón que guía mi vida y el motor para seguir creciendo, y a mi querido abuelo Yacumino por ser mi apoyo espiritual.

## **Agradecimientos**

A mis padres Miguel Antonio y María Beatriz que brindan su amor incondicional y su tiempo y fueron mi sostén durante todo el proceso de elaboración, a mi tutor Roberto por su dedicación, paciencia y acompañamiento.

## RESUMEN

El presente trabajo surge como una propuesta de acción pertinente al Plan Estratégico 2016-2019 del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Pretende ser un cuerpo metodológico para el diseño de políticas sanitarias de la Unidad de Promoción de la Salud y control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (UECNTS) dependiente de la Dirección General de Planificación Operativa.

Esta tesis tiene como fin último la elaboración del “Plan estratégico de la UECNT” y descripción formal o “Plan Operativo de la UECNT” de las líneas de acción de promoción, y educación para la salud que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, ser aquel instrumento que contenga las gestiones a desarrollar para la concientización de los profesionales y equipos de salud tratantes como promotores de un cambio hacia estilos de vida más saludables y todas aquellas las instancias de fortalecimiento de los servicios del primer nivel de atención, destinados a brindar una atención integral, accesible y de calidad a población con alguna enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNTS).

Asimismo, este proyecto insta a la construcción de un tablero de control capaz de medir el nivel de cumplimiento de los objetivos específicos detallados en el plan operativo, y a presentar instrumentos para la evaluación en la potencial puesta en marcha del plan y monitoreo de las actividades destinadas a reducir la prevalencia de ECNTS y Factores de Riesgo (FRS) y de todas aquellas acciones que faciliten entornos y hábitos más saludables.

La utilización de metodologías de planificación estratégica del ámbito empresarial aplicadas a los servicios públicos, la incorporación de conceptos referidos a la verificación de la calidad de la gestión sanitaria, la selección de indicadores cualitativos y cuantitativos, etc., plantean un escenario donde el monitoreo permanente y evaluación de la atención en los servicios de salud posibilitaría adecuar los diversos programas sanitarios locales hacia el uso eficiente de los recursos existentes y posibilitaría establecer los ejes de acción para la política de los años futuros con un lógica de una constante búsqueda de mejora de la calidad de servicios.

Permitiría además incorporar el concepto de la flexibilidad para la adaptación a procesos socio-político cambiante e instancias de gran incertidumbre y la reformulación de políticas que no

se adecuen a las necesidades de la población o ineficientes para el logro de las metas sanitarias definidas como prioritarias en materia de control del avance de las enfermedades crónicas.

**Palabras claves: Policy Making, Public Health.**

## ÍNDICE

1.	Introducción	7
2.	Planteamiento del problema	13
3.	Marco Teórico	16
3.1.	Marco Normativo	16
3.2.	Promoción de la Salud y hábitos saludables	19
3.3.	Comunicación en salud	21
3.4.	La Planificación	22
3.5.	Monitoreo, Evaluación, Retroalimentación	30
3.6.	Gestión de la calidad	36
4.	Metodología	42
5.	Desarrollo	43
5.1.	¿Dónde estamos?	46
5.2.	¿Hacia dónde queremos ir?	55
5.3.	¿Cómo podemos llegar?	67
5.4.	¿Cómo se hacen las cosas?	95
6.	Reflexiones finales	113
7.	Referencia Bibliográfica	116

## INTRODUCCIÓN

El proceso de planificación en la gestión de bienes o servicios como cuerpo conceptual ha sufrido grandes avances y retrocesos en los últimos tiempos. Aquella planificación normativa o inicial que surgió con los planes soviéticos, y que luego en la posguerra se destinó al desarrollo de la industria y a la reconstrucción de los Estados, se ha ido conformando hacia una planificación estratégica con una fuerte impronta empresarial, más dinámica acorde a los cambios en la coyuntura y a las necesidades de los tomadores de decisión. Tendencia que no tardó en trasladarse al ámbito público, donde la aplicación de métodos o herramientas propias de la empresa o del juego del mercado, son seleccionadas con mayor fuerza para encarar el desarrollo de planes de acción de gobierno y realizar el seguimiento de la puesta en marcha de las políticas públicas seleccionadas, considerando cada vez más el rol de los diferentes actores dentro del proceso social, como así también el poder del planificador y las necesidades de la población destinataria.

Prueba de esto se observa en las convenciones internacionales de derechos humanos, salud y diversas áreas donde desde fines del siglo pasado se vienen proyectando debates en torno a la importancia de la planificación estratégica para potenciar las acciones de los gobiernos, y la necesidad de sistematizar procesos tendientes a monitorear las políticas que proporcionen un desarrollo sostenible a escala mundial, con mediciones a través de sets de indicadores definidos según el tipo de políticas a evaluar y el nivel de gobierno donde se aplicarán. Esto se refleja en algunos de los requerimientos de los organismos internacionales de crédito donde se impone a los gobiernos solicitantes como contrapartida del financiamiento, la elaboración de planes de acción alineados las estrategias mundiales, con la ejecución de instancias de seguimientos y auditorías externas, cuyos reportes periódicos deben dar cuenta del estado de salud de la población, el crecimiento económico alcanzado y los niveles sociopolíticos donde se invierten esos.

Argentina, siendo parte de esos Estados miembros que participan en las convenciones, donde las implicancias de las reuniones de Estados, tales como principios, recomendaciones y alcances, rigen también en el ámbito local y de la Ciudad, con el adicionamiento de ser parte del grupo de países que acceden al financiamiento externo de los organismos debe cumplir las indicaciones respecto a los planes de gobierno.

De manera similar, la Ciudad de Buenos Aires, y todo el aparato gubernamental, también debe responder a los lineamientos internacionales. En tal sentido se puede mencionar los diversos

acuerdos realizados entre la Secretaria de Gobierno de Salud (el Ex Ministerio de Salud de la Nación) y el Ministerio de salud de CABA junto con organismos de financiamiento externo para el fortalecimiento de diversos planes sanitarios: en el marco del Proyecto “Proteger” destinado a la protección de población vulnerable contra las Enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNTs) aún vigente, el proyecto Funciones Esenciales de Salud Pública FESP”(última edición 2018) que motoriza las acciones de promoción de la salud, el Proyecto REDES (3° Edición en curso) (que incluye al Programa REMEDIAR de acceso a los medicamentos) destinado al fortalecimiento de las redes de servicios en el primer nivel de atención y a mejorar la calidad de la atención brindada, y por último el Proyecto SUMAR (inicialmente Plan Nacer) que brinda un coseguro de asistencia a las provincias por prestaciones brindadas y seguimiento de la línea de cuidado materno infantil y a determinadas patologías crónicas incorporadas recientemente.

Las enfermedades crónicas se caracterizan por ser patologías de larga duración cuya evolución es generalmente lenta, son responsables de gran parte de las muertes prematuras en adultos, y son causantes de los elevados índices de discapacidad en todo el mundo: 3 de cada 4 muerte en América responde a alguna ECNTs, es decir 1.9 millones de muertes al año. (OPS 2016)<sup>1</sup>.

Abarcan las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades pulmonares crónicas y los cánceres, entre otros. Las enfermedades cardiovasculares representan la primera causa de muerte a nivel mundial causando el 33% de las mismas, y le siguen los canceres con el 21%. (OPS 2017)<sup>2</sup>.

El aumento de la expectativa de vida, los cambios en los hábitos de consumo y conductas más sedentarias junto con el aumento del uso de dispositivos móviles, las pantallas y demás artefactos tecnológicos de fácil acceso, han ido incrementando los factores de riesgo de las ECNTs en las últimas décadas. Año tras año cada vez más personas son afectadas por alguna ECNTs o por algún factor de riesgo, sin embargo, se cuanta con evidencia que con la incorporación de pequeños cambios en el estilo de vida y con modificaciones en los hábitos cotidianos (conductas alimenticias, estilos de vidas más activos) se podría modificar esta peligrosa tendencia.

---

<sup>1</sup> Datos obtenidos desde el portal web de la Organización Panamericana de la Salud.

<sup>2</sup> Datos obtenidos desde el portal web de la Organización Panamericana de la Salud.

Entre los Factores de Riesgo podemos encontrar los condicionantes clínicos tales como la hipertensión arterial, el colesterol elevado y la obesidad, pero existen otros factores relacionados con el comportamiento y el estilo de vida adoptados por la sociedad actual como una alimentación inadecuada, la inactividad física, el consumo de tabaco y alcohol, y por último determinantes sociales que se incluyen los problemas regulatorios o de prohibición de alimentos y sustancias, el sistema productivo acorde a la sociedad, condiciones de acceso a alimentos más saludables y a la atención sanitaria.

Siendo enfermedades prolongadas, la carga de enfermedad genera costos sanitarios crecientes en los gobiernos. Debido al deterioro de la calidad de vida de la población mayores recursos son destinados a la internación o a la atención de complicaciones, una proporción creciente de los presupuestos se destinan a provisión de medicación, a lo que se le debiera adicionar las pérdidas económicas por la baja productividad que se genera como consecuencia de los altos índices de discapacidad (es considerada como una causa subestimada de la pobreza de miles de familias y un posible impedimento para el desarrollo económico de muchos países). Ejemplos de esto se muestran en las proyecciones de algunos de los países más grandes de la región como México que, de elevarse el número de las pacientes con complicaciones en los próximos años, los presupuestos en salud deberían incrementarse entre un 5 y 7%. (OPS 2017)<sup>3</sup>.

Este tipo de enfermedades amplían las brechas de las desigualdades sociales generando mayores inequidades: el 80% de la población mundial que padece alguna enfermedad crónica o presenta algún factor de riesgo vive en poblaciones de riqueza media o baja y solo el 20 en países de ingresos altos, y como corolario de ello, el 30% de las muertes sucede en el 20% sector más pobre, y el 13% de las muertes en el 20% más rico.

Es en este estrato de la sociedad más vulnerable donde se evidencia que las conductas alimenticias y cuestiones de accesibilidad a alimentos de mayor calidad nutricional repercuten de forma negativa, la pérdida de poder adquisitivo genera un aumento del consumo de alimentos procesados más económicos, de alto contenido calórico, ricos en grasas, azúcar y sal, a la par de una disminución en el consumo de frutas y verduras. De forma paralela, la falta de acceso a servicios básicos como la atención médica, la disponibilidad agua potable, electricidad para refrigeración de alimentos y demás necesidades, empeoran la salud de esta población. Estos cambios en los hábitos

---

<sup>3</sup> Datos obtenidos desde el portal web de la Organización Panamericana de la Salud.

de ingesta de alimentos que suelen estar acompañados de una disminución de la actividad física, disminución de la movilidad autónoma, dan como resultado una epidemia alarmante de sobrepeso y obesidad tanto en adultos como niños y adolescentes.

Según las estimaciones regionales en Latinoamérica entre un 50% y 60% de los adultos, más de un tercio de los adolescentes, y entre 7% y 12% de los menores de 5 años, tienen un peso excesivo (IMC >25) o son obesos (IMC >30). El escenario de 360 millones con sobrepeso (58% de la población) y 140 millones con obesidad (23% de la población), subirá rápidamente en los próximos años. (BBC 2017<sup>4</sup>).

Esta alarmante situación de escala global plantea la necesidad de prever y comprender la relevancia de las enfermedades crónicas y generar estrategias planificadas de intervención, con metas específicas para detener el avance de estas ECNTs, con dirigentes que estén en condiciones de reforzar las actividades de prevención de la salud y propiciar acciones que mejoren la calidad de vida de la población sana, de un poder de gobernanza que prevea un marco regulatorio de protección hacia la población vulnerable en cuanto al etiquetado o calidad de los productos que se consumen y la prohibición de sustancias o de publicidad de hábitos desfavorables.

De forma paralela, es necesario atender las demandas de la población que padece alguna de estas enfermedades con efectores y servicios acordes a estas patologías, con un abordaje integral del paciente que contemple los condicionantes de su entorno y familia o grupo conviviente para asegurar la efectiva adherencia al tratamiento y fomentar prácticas de cuidado ambulatorio o autocuidado. Asimismo, es necesario el reordenamiento dentro de los servicios y la articulación de las redes de cuidados, que, siendo oportunos y con conceptualización local, puedan potenciar las acciones dentro de la comunidad, apoyados con promotores sanitarios propios de cada región y con la interoperatividad de efectores públicos y privados en sintonía con los lineamientos de salud pública internacional.

Se puede entonces pensar, que resultaría altamente beneficioso para la salud pública y para los presupuestos de los países o gobiernos locales, que los administradores elaborasen un plan de acción integral, con el diseño de una corriente a seguir en el mediano y largo plazo, donde la planificación de objetivos bien definidos tengan metas a cumplir preestablecidas considerando los

---

<sup>4</sup> Nota periodística en portal web de la BBC para América Latina.

valores estándares o alcanzables, con una definición de responsables de acciones y mapa de actores involucrados, con plazos de cumplimiento y resultados de salud pública de impacto que potencien las intervenciones de salud definidas como prioritarias. En ellas debieran encausarse las líneas de acción de todos los niveles de gobierno, en post de reducir la discapacidad por ECNTs y la morbilidad prematura por ECNTs y FRs, a la par de brindar información útil para la toma de decisiones a fin a la selección de nuevas trayectorias o propuestas alternativas de gestión ante cambios políticos o de la coyuntura internacional.

Entendiendo este panorama mundial y las responsabilidades de los Estados, la motivación que subyace el presente trabajo es la de formalizar mediante un documento las distintas instancias para la elaboración, evaluación y monitoreo de las políticas públicas en el ámbito de la Unidad de promoción de la salud y control de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles (UECNTS) dependiente de la Dirección de Planificación Operativa, siendo esta el área que coordina diversas estrategias para lograr la reducción de las discapacidades o comorbilidad causadas por las ECNTs y sus FRs en el Ministerio de Salud de la CABA, y es aquella dependencia que tiene la responsabilidad de articular con diversas áreas de gobierno y de otros organismos públicos las acciones de promoción de hábitos y estilo de vida más saludables en aquella población sana.

Se considera entonces de alto impacto en la salud de la población que vive o reside en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la elaboración del Plan Sanitario que contenga la formulación de las líneas estratégicas de acción para los años siguientes, focalizando las necesidades sanitarias en el primer nivel de atención, considerando en especial aquella población con cobertura pública exclusiva, con una perspectiva de derechos y territorialidad. Además, un desarrollo metodológico que permita instancias de revisión, controles de seguimiento y reformulación de políticas destinadas a reducir la prevalencia de ECNTs y FRs, y las comorbilidades asociadas.

Para llevar a cabo este proyecto, se propone un documento técnico estructurado en torno a los momentos de la planificación estratégica donde se respondan las siguientes preguntas *¿Dónde estamos? (momento explicativo)*, *¿Hacia dónde queremos ir? (un momento normativo)*, *¿Cómo podemos llegar? (un momento estratégico)*, y *¿Cómo se están haciendo las cosas? (El momento táctico- operacional)*. El estudio de la literatura referida a la administración estratégica, la gestión de la calidad y formulación de políticas, brindarán el soporte metodológico más acorde al nivel local, que será completado con datos epidemiológicos de fuente propia del Ministerio de salud de la CABA, fuentes de datos del órgano nacional y de organismos internaciones.

En la selección del estado del arte para el armado del marco teórico, se parte de las actas y asambleas de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, que surgieron como respuesta a la problemática sanitaria mundial, para luego finalizar con las normativas sancionadas en Argentina que fueron incorporadas en la legislación de la ciudad tendientes a la de promoción de la salud y control de ECNTs. En esa sección además se describirá de forma breve y concisa conceptos relacionados al proceso de planificación, breve descripción de los sistemas de gestión y de la incorporación de la calidad de los servicios públicos, que aportarán a la formalización del plan.

Por último, y a modo de cierre, en las reflexiones finales se hablará de la relevancia de la planificación de los servicios públicos para mejorar el acceso y calidad de la atención brindada, como un mecanismo que sirva para responder a las demandas de una población con mayores necesidades y cada vez más participativa, y se refleje la importancia de la evaluación como análisis de la situación, el cumplimiento o grado de avance de los objetivos y como instrumento que ayuda a diseñar los escenarios posibles y trayectoria a seguir.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las ECNTs son patologías prevenibles, se cuenta con evidencia consistente sobre la efectividad en términos de costos sanitarios de las intervenciones de promoción, prevención y tratamiento, que justifican llevar a cabo acciones de política pública específicas y de desarrollo de dispositivos de atención en red que permitirían cambios conductuales redundantes en estilo de vidas más saludables. Según la Organización Mundial de la Salud (2016)<sup>5</sup> si se generaran estrategias de salud tendientes a eliminar o reducir los principales factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónicas, se podría prevenir cerca de tres cuartas partes de la carga atribuible a las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes de tipo 2, y un 40% de los casos de cáncer.

Acompañando estas estrategias se requiere trabajar para un cambio en la concepción médico-paciente, paciente-sistema de salud. Se necesita de un abordaje multidisciplinario que contemple como acción principal la comunicación en salud, entendida como el acceso a los nuevos conocimientos en materia sanitaria por parte de la sociedad, una capacitación continua de los profesionales sanitarios en la sensibilización de los factores de riesgo y las complicaciones asociadas, y un desarrollo de investigaciones clínicas y de nuevas tecnologías. También resulta clave el empoderamiento del paciente crónico y de su núcleo familiar mediante la difusión de la salud para adquirir habilidades, mejorar la capacidad de automanejo de su enfermedad, lograr mayor adherencia al tratamiento y mejorar su calidad de vida. A la par de estas acciones es menester generar una estrategia de concientización accesible, oportuna, para la comunidad sana a fin de prevenir enfermedades futuras, que daría como resultado una notable reducción de costos y una eficaz utilización de los recursos destinados a la atención sanitaria.

Los últimos datos de la organización Mundial de la Salud, demuestran que no sólo es alarmante el aumento del número de personas con ECNTs sino que en su gran mayoría se padece más de una ECNTs o FRs, lo que complicaría aún más el panorama. Se estima que muchos millones de habitantes más estarán expuestos a padecerlas en los próximos 5 años.

---

<sup>5</sup> Datos obtenidos desde el portal web de la Organización Mundial de la Salud.

Se considera deseable entonces, delimitar el curso de acción de los gobiernos sanitarios en el corto y mediano plazo para hacer frente a esta epidemia y mejorar la gestión de las políticas sanitarias que se desarrollan. De igual forma es de gran importancia generar sistemas de información de aquellas acciones que se desarrollan en el área de influencia confiables y accesibles. Esta sistematización traducida en un plan estratégico de salud replicable en el tiempo, preferentemente de público conocimiento, permitiría un manejo de los recursos humanos, económicos y financieros en tiempo real y de forma oportuna, con el agregado de ser un insumo para brindar respuesta a auditorías externas y reportes necesarios para la toma de decisiones y/o solicitudes de créditos de financiamiento externos, como así también brindar mayor flexibilidad a la gobernanza en momentos de gran incertidumbre.

## **OBJETIVOS DEL PROYECTO DE TESIS**

### **Objetivo general:**

Mejorar la vigilancia, monitoreo, promoción, prevención y control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus factores de riesgo en la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires mediante la utilización de herramientas de planificación estratégica y sistemas de gestión de calidad a fin de reducir la prevalencia de estas enfermedades y las comorbilidades asociadas.

### **Objetivos específicos:**

1. Elaborar un plan estratégico de la UECNT para el mediano y largo plazo.
2. Elaborar el plan operativo anual del UECNT-DGPLO y su correlato en la estructura presupuestaria para el año 2020.
3. Elaborar un Cuadro de Mando Integral de la UECNT-DGPLO para el seguimiento y monitoreo de la gestión y de vigilancia epidemiológica.

## **HIPÓTESIS**

La implementación de procesos que forman parte de la planificación estratégica empresarial aplicada a servicios públicos de salud, a través de la formalización del plan estratégico para la UECNTS que establezca líneas de acción prioritarias para detener el avance de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, permitiría una selección de aquellas posibilidades de gestión tendientes a maximizar los recursos disponibles hacia la prevención y control de las enfermedades crónicas, y brindar atención integral de mejor calidad, junto con información oportuna para la toma de decisiones ante posibles desvíos respecto de las políticas deseables.

# MARCO TEÓRICO

## 1. MARCO NORMATIVO

### 1.1. Marco Normativo como respuesta a la problemática sanitaria de ECNTs.

En el año 2004 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la “Estrategia Mundial OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud”, como descripción de medidas necesarias para respaldar las dietas sanas y la actividad física periódica en los países miembros, a fin de mejorar las dietas y los hábitos de actividad física en la población.

La Ley Nacional N° 26.396/2008 de Prevención y control de Trastornos alimentarios, Obesidad, bulimia y anorexia nerviosa, declara de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios.

Mediante Resolución 1083/2009 se aprueba la Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no transmisibles y el plan Nacional de Argentina Saludable. Donde se establecen las bases políticas tendientes a reducir la prevalencia de factores de riesgo y muerte por enfermedades crónicas no transmisibles en la población, mediante la promoción de la salud, reorientación de los servicios de salud y vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y Factores de Riesgo.

La Ley Nacional N° 26.905/2013 promueve la reducción del consumo de sodio en la población.

En las Reuniones de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre las ECNTs de 2011 y 2014 se estableció como meta reducir las muertes prematuras en un 33% para el año 2030 mediante la prevención y el tratamiento. En esa línea, la OMS elaboró el Plan de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Para América Latina la OPS elaboró el Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013-2019, teniendo en cuenta iniciativas y contextos, con una mirada regional y subregional.

En septiembre de 2000 líderes de 189 países firmaron el documento Objetivos de desarrollo del Milenio ODM (2000)<sup>6</sup> de las Naciones Unidas, con ocho objetivos cuantitativos a alcanzar para el 2015 tendientes a eliminar o reducir las brechas de inequidades en el mundo que limitan el desarrollo o crecimiento de los países y vulneran los derechos de los habitantes.

En 2016 con algunas metas alcanzadas, los ODM fueron reemplazados por los Objetivos de desarrollo sostenible ODS<sup>7</sup>, impulsaron una agenda a nivel mundial para el desarrollo sostenible hacia el año 2030. La firma del documento por 193 países comprometieron el logro de 17 objetivos, que incorporaban las lecciones aprendidas en los años anteriores y los conocimientos adquiridos en materia de gestión, desarrollo y medio ambiente, crecimiento económico, ciudades sostenibles, etc.

A diferencia de los primeros Objetivos, con los ODS se explicita la importancia de contener el avance de las ECNTs y el rol clave en materia prevención de los FRs. Mediante una serie de indicadores se espera el cumplimiento de metas de los gobierno locales y jurisdiccionales en la reducción de la carga de mortalidad de enfermedades cardiovascular, reducción del consumo de tabaco, reducción de muertes y discapacidad causada por la diabetes y los cánceres.

## **1.2. Marco Normativo en Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre la problemática sanitaria**

Ley Básica de Salud N° 153/99 prevé una salud integral vinculada a una concepción más amplia de salud, considerada entonces como el bienestar psicosocial, por lo que la misión del Ministerio de Salud es brindar acceso y utilización equitativa de recursos y servicios que compensen las desigualdades sociales y den respuesta las necesidades sanitarias locales. Asimismo prevé una organización y desarrollo de redes y niveles de atención entorno a la Estrategia de Atención Primaria, priorizando el primer nivel de atención.

La Ley N° 337/00, crea el Programa de Prevención y Asistencia de la Diabetes en CABA, adhiriendo al régimen de la Ley Nacional N. 23.753 (modificada por Ley N. 26.914) y a su reglamentación aprobada por Decreto número 1.271-98.

---

<sup>6</sup> ODM, documento firmado en septiembre de 2000 en la Cumbre del Milenio en sede de la ONU, Nueva York, EE.UU.

<sup>7</sup> ODS, firmado en enero de 2016, en la Reunión Plenaria de Alto Nivel en sede de la ONU, Nueva York, EE.UU

La Ley N° 1799/05 CABA de Control del Tabaco, y modificatoria N° 3718/2010, regula aspectos relativos al consumo, comercialización y publicidad del tabaco en todo el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a los fines de prevención y asistencia de salud pública de sus habitantes.

La Ley N° 3704/2010 de Alimentación Saludable en Escuelas de CABA, tiene por finalidad promover la alimentación saludable variada y segura de los niños, niñas y adolescentes en edad escolar a través de políticas de promoción y prevención de la salud.

La Ley N° 4077/11 de CABA sanciona la obligatoriedad de contar con un desfibrilador externo automático (DEA) en lugares de concurrencia masiva.

### **1.3. Marco Normativo en Ciudad Autónoma de Buenos Aires sobre la función pública**

La Ley N° 70/98 de Sistemas de gestión, administración financiera y control del sector público de la CABA comprende el conjunto de organismos, normas y procedimientos que hacen posible la obtención de recursos públicos y su aplicación para el cumplimiento de los objetivos del Estado.

La Ley N° 3304/09 de Modernización de la Administración Pública, que crea el Plan de modernización del Estado, entre sus lineamientos principales tiene como objetivo mejorar la gestión pública articulando la toma de decisiones cotidianas, el planeamiento estratégico, el proceso de programación presupuestaria, la reingeniería de procesos, el monitoreo de gestión y la rendición de cuentas por resultados.

La Ley N° 310/99 crea el Consejo de Planeamiento estratégico, y lo designa como los responsables de elaborar y proponer planes estratégicos consensuados para el gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El Decreto 363/2015 y modificatorias, reordena la estructura orgánica funcional del Ministerio de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

## 2. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y HÁBITOS SALUDABLES

Durante la primera Conferencia Internacional sobre promoción de la salud realizada en la Ciudad de Ottawa en el año 1986, en el marco del objetivo “Salud para todos en el año 2000”, los Estados participantes emitieron una carta como respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción en salud. La salud se entendería entonces con una definición más amplia, aquella definida *como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*

Considerando como línea de partida la declaración de Alma Ata<sup>8</sup>, junto con los progresos alcanzados en la atención sanitaria y esta nueva concepción de la salud se abrió en debate la necesidad de contar con una intervención efectiva en la promoción de la salud y educación sanitaria, debido que la promoción de la salud proporciona a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.<sup>9</sup>

Promocionar una buena salud en este sentido, es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social, dado que los factores políticos, económicos, sociales y culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos intervienen de diversas formas en favor o en detenimiento de nuestra salud. Se entiende que, adoptar estrategias de fomento de la salud, y educación para la salud, son elementos esenciales de la aplicación de los lineamientos de la estrategia de atención primaria por parte de los gobiernos sanitarios.

La Carta de Ottawa como corolario de la conferencia planteó cinco claves para promocionar la salud de forma efectiva:

➤ Formulación de políticas públicas saludables. La promoción de la salud implica instancias adicionales al mero cuidado de la salud. Se requiere que los decisores políticos y espacios legislativos pongan en agenda la promoción de la salud como instrumento de concientización de toda la sociedad. Para ello se deben considerar articulaciones de diversos enfoques que incorporen sistemas tributarios, medidas fiscales, legislación y cambios organizacionales para asegurar la

---

<sup>8</sup> *Declaración de Alma Ata* Primera conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Ex URSS Septiembre 1978.

<sup>9</sup> *Carta de Ottawa*, documento elaborado por la OMS durante la Primera Conferencia Internacional sobre promoción de la salud en Ottawa Canadá 1986.

existencia de bienes y servicios más sanos, una mayor higiene en los servicios públicos, y un ambiente más grato y sano.

➤ Creación de entornos saludables. Los cambios en los estilo de vida, la forma en cómo se organiza el trabajo, y los momentos de ocio, determinan nuestra salud. Es por tanto necesario que se considere el impacto que los cambios en los ambientes producen en la salud, en especial en los sectores de la tecnología, el trabajo, la energía, la producción y el urbanismo.

➤ Fortalecimiento de la acción de la comunidad. La promoción de la salud requiere de una participación efectiva y concreta de la comunidad. Para determinar prioridades, redistribuir recursos y para la toma de decisiones a la hora de elaborar las políticas. En última instancia, el desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con los que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias.

➤ Desarrollo de aptitudes personales para la vida. El empoderamiento de la sociedad respecto a su enfermedad surge luego de procesos de educación sanitaria y de brindar información para mejorar aptitudes de la vida cotidiana. De esta forma el ciudadano, puede ejercer un mayor control sobre su salud y sobre el ambiente donde se desenvuelve, optando por acciones que le brinden salud. Es esencial brindar los medios para que la población pueda afrontar las distintas etapas de la vida, y las posibles enfermedades y factores crónicos asociados.

➤ Reorientación de los servicios en salud. Los gobiernos sanitarios no solo deben proveer asistencia y servicios médicos, sino que estos deben considerar las necesidades propias de la comunidad a la que están destinados. La promoción de la salud, tiene como corolario que dichos servicios deben que ser sensibles y respetar las necesidades culturales. Además deben favorecer a la adopción de estilos de vidas más sanos

En los años posteriores, se continuaron esfuerzos internacionales para visibilizar la importancia de establecer principios y acuerdos en materia de la promoción de la salud. Hasta el momento se realizaron 9 conferencias mundiales relacionadas a la promoción de la salud donde se expusieron en agenda diversos temas. A modo de síntesis se describe los grandes temas tratados en cada conferencia:

- Se describió la promoción de la salud en el contexto general de la globalización (Ottawa, 1986, Bangkok, 2005).
- Se examinó la formulación de políticas públicas saludables (Adelaida, 1988) y la creación de entornos propicios (Sundsvall, 1991).
- Se planteó la creación de capacidad para la promoción de la salud y su función a la hora de abordar los determinantes de la salud (Yakarta, 1997, y México, 2000).
- Se analizaron las evidencias y su aplicación concreta en el desarrollo de la salud (Nairobi, 2009) (Helsinki, 2013).
- Se examinaron las experiencias en relación al enfoque “La salud en todas las políticas” y acciones concretas para el cumplimiento de Objetivos para el desarrollo sostenible (Shanghái 2016).

### 3. COMUNICACIÓN EN SALUD

La Organización Mundial de la Salud, define a la comunicación en salud como todas las líneas de trabajo comunicaciones que abarcan desde estudios de casos hasta el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar sobre las decisiones del individuo y su comunidad que mejoren su salud. Entendiendo a ésta como un elemento indispensable para la prevención de enfermedades, la incorporación de hábitos más saludables y para la adherencia del paciente a recomendaciones clínicas o formas terapéuticas.<sup>10</sup>

Esta herramienta de acceso a la información masifica los conocimientos de salud entre la población, aumentando la concientización sobre aspectos propios de la salud individual a la vez que pone de manifiesto aspectos colectivos de la salud y la importancia de un bienestar social para el crecimiento económico de los pueblos.

Mediante diversas campañas de comunicación, el órgano sanitario pone al alcance un conocimiento para la modificación de actitudes que pudiesen ser perjudiciales para la salud, además tiene la posibilidad de fomentar estilos de vida más saludables y poner en agenda pública los problemas que afectan a la salud de la población.

---

<sup>10</sup> Marco estratégico de las OMS para comunicaciones eficaces, documento en portal de la organización.

En este sentido, el responsable de elaborar las políticas públicas debe establecer y planificar diversas acciones de comunicación según el tipo de mensaje que se quiere enviar, eligiendo el canal de comunicación más efectivo según grupo etario y patología, optando por un lenguaje adecuado y entendible, y la repetición, ya que el mensaje debe ser enviado de forma reiterada para reforzar el impacto que pueda generar en la audiencia.

Cabe destacar que dentro del análisis de la comunicación en salud, se debe contemplar el uso de la comunicación interna para el logro efectivo de los objetivos de organizaciones y la importancia de comunicar o visibilizar las acciones que se vienen realizando, habida cuenta de que la falta de ella o la existencia de una comunicación insuficiente podría ser un obstáculo para que las instituciones alcancen sus metas. En el concepto de comunicación interna, se engloban distintos fines como el de informar, compartir, recordar, motivar, explicar, persuadir, conversar, por lo que se debe contemplar a la comunicación interna como la sumatoria de todos los procesos de comunicación que se desarrollan al interior de una empresa u organización.

Cuando lo que se busca es informar al personal acerca de lo que realiza la empresa, el intercambio de información resulta ser descendiente desde los directivos a los súbditos. Si existe un proceso bidireccional de la comunicación, donde se intenta incluir a los distintos empleados y hacerlos partícipes de la comunicación de lo que hace la empresa, se produce un intercambio de información entre los distintos niveles. (Capriotti 1998)<sup>11</sup>

En un sector tan especial como el de la salud, donde la excelencia técnica, la calidad de atención, y el sentido de pertenencia a un efector son tan fuertes, es necesario un plan de comunicación para transparentar los valores y misiones, que pudiese reducir la incertidumbre en sus empleados, facilitar el diálogo entre las autoridades y los empleados permitiendo evacuar dudas, e incluir propuestas de mejora. También ayuda a reforzar el significado de pertenencia y potenciar la identidad, y para así retener el talento mediante la valoración del capital humano y la sociabilización de la información susceptible. Permite además innovar en nuevas estrategias y en la utilización de medios de rápido alcance a la población o plataformas tecnológicas, de la mano de muestras de los logros para el aumento de seguidores e incorporación de nuevos empleados.

#### 4. LA PLANIFICACIÓN

---

<sup>11</sup> Capriotti, P. (1998). Artículo publicado en Reporte C&D – Capacitación y Desarrollo (Argentina).

El proceso de planificar es una práctica sistemática y formal que consiste en desarrollar análisis dinámicos de la realidad a partir diagnósticos razonables, que son útiles para diseñar cursos de acción factibles de realizar. Independientemente del tipo de planificación que se establece (normativa-estratégica) esta sistematización posee los siguientes elementos (Jiménez 1982)<sup>12</sup>:

- 1) Un Diagnóstico de situación o análisis situacional inicial desde donde se parte el estudio.
- 2) Delimitación de objetivos y metas a cumplir, con responsables, plazos de cumplimiento, metas medibles y comparables con estándares o puntos de referencia.
- 3) Plan de acción con los detalles de acciones y actividades que se realizarán para cumplir con los objetivos previamente delimitados.
- 4) Asignación de recursos económicos, financieros, humanos, que serán necesarios y junto con un estimativo del momento en que se van a utilizar.
- 5) Ejecución y puesta en marcha del plan según cronogramas o secuencia de acciones.
- 6) Control, seguimiento y monitoreo del curso de acción a través de indicadores.

#### **4.1. Revisión histórica de la Planificación de los servicios públicos**

La planificación en América latina y el Caribe se desarrolló en varias fases, de acuerdo a los acontecimientos políticos y económicos que fueron afectando a la región. Estas etapas reflejaron los distintos cursos de acción que tomaron las políticas de los países latinoamericanos en términos de desarrollo, crecimiento y reducción de inequidades. (Chorny 1998)<sup>13</sup>

Hubo una primera etapa durante la posguerra que se puede considerar la antesala de la planificación. Los planes políticos y los esfuerzos que eran destinados a desarrollar procesos de sustitución de importaciones, dieron lugar a una planificación tendiente a responder a métodos de control productivo. En Argentina aparecen los primeros planes de gobierno, de la mano de la creación de las de áreas y cuadros técnicos destinados a la planificación en el sector público.

Durante los años 60-70 se genera a nivel mundial una fuerte inversión en la formación de “planificadores”. Con desarrollos metódicos explícitos de racionamiento de inversiones y de

---

<sup>12</sup> Jiménez C. W. (1982). *Introducción al estudio de la teoría administrativa*, México; FCE.

<sup>13</sup> Chorny, A (1998) *Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes*.

formulación de políticas permitieron la obtención de crédito internacional, se produjo una ola de planificadores hacia a la región. A este momento histórico que coincide con los periodos desarrollistas latinoamericanos se lo conoce como *la etapa de la planificación Normativa*.

En estas dos décadas se crean las principales instituciones y agencias planificadoras, se elaboran los primeros planes de desarrollo, por sectores y con características territoriales, principalmente en los países geográficamente más extensos. Es en esta etapa que se planteó el crecimiento económico como la gran meta, y para ello se requirió de una planificación con preponderancia de las características técnicas y bases institucionales muy sólidas.

El proyecto CENDES/ OPS<sup>14</sup> o modelo de planificación normativa<sup>15</sup>, establecía las bases racionales de la eficiencia en el uso de recursos mediante el análisis de costo-beneficio de cada intervención como requisito para determinar qué políticas priorizar y seleccionar los cursos de acción. La característica principal de esta forma de planear era la de distinción de etapas de secuencia continua: diagnóstico, elaboración del plan, ejecución, por último la evaluación.

En los años 70, con el documento “Formulación de políticas de Salud” (PPT/1975), la OPS incorpora la dimensión política y social de las acciones de planificación y las eleva al mismo nivel que las económicas, e incorpora las acciones de coordinación de servicios y ampliación de cobertura para la población beneficiaria. Se da así comienzo a los primeros esbozos en la literatura de la planificación estratégica.

Durante los años 80, época donde la coyuntura interna y externa mostraba señales más duras de episodios de elevada inflación, con desequilibrios fiscales recurrentes, una fuerte ausencia de financiamiento externo, con aumentos de las tasa de desempleo y con el empeoramiento de los determinantes sociales, los planes de gobierno y las áreas de planificación estaban enfocadas a reducción de los déficit fiscales para mejorar las variables económicas y restablecer el financiamiento externo. Aquí se produce un retroceso en términos de desarrollo metodológico de la planificación. La visión estratégica y de carácter prospectivo daría paso al predominio de un enfoque financiero con objetivos de corto plazo, y al “saber hacer” en tiempos de incertidumbre.

---

<sup>14</sup> Método de racionalidad” científica que permitía establecer prioridades de acuerdo a un cálculo de una función directamente proporcional a la enfermedad (disponibilidad de recursos, causantes de enfermedades, etc.) y se procedía a la maximización de la utilidad y disminución de causantes de enfermedades, sin considerar la participación del planificador.

A fines de los 80 e inicio de los 90, con un contexto internacional diferente respecto al crédito, *se inicia la etapa de Planeación estratégica*. Esta se presenta como una respuesta para retomar las tasas de crecimiento, pero a merced de las directivas del mercado. El rol del Estado programador de bienes y servicios quedó relegado a ser el de facilitar de condiciones para el desarrollo del mercado para contener la demanda y el consumo.

En esta etapa, dentro de la corriente estratégica, se incorpora la planificación situacional. Autor representativo de esta época es Mario Testa, quien en su libro *Pensamiento estratégico y lógica de programación*, determinaba que la planificación se debía desarrollar en dos aspectos, uno político de distribución del poder y otro estratégico que reflejara las formas de poner en práctica el poder técnico, administrativo y político. Se piensa entonces que, para el logro de la planificación debía existir coherencia plena entre los propósitos políticos del estado, los métodos aplicados y el accionar de las organizaciones o instituciones. (Testa 1990)<sup>16</sup>

Desde mitad de la primera década del 2000 varios países han vuelto a replantearse el papel de la planificación como herramienta para el desarrollo sostenible. La mejora en la gestión pública ha sido fundamental para este replanteo, de la mano de las mejoras en los procesos de planificación presupuestaria y la incorporación de la lógica de gestión por resultados, se produjo un saneamiento de las finanzas del Estado (mayor transparencia del ejercicio fiscal, la eficiencia del gasto y rendición de cuentas), hubo un mejoramiento en la ejecución del presupuesto y se redujo el coeficiente de la deuda pública. Todos estos acontecimientos, sumados al buen desempeño económico, han permitido a los países mirar más allá del corto plazo, pudiendo volver a focalizar parte de su interés en la planificación económica y social de mediano y largo plazo.

Con la firma del acuerdo Los Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>17</sup> (ODM) (ONU 2000) se instó a que los gobiernos firmantes ordenaran sus cuentas y planificaran sus acciones siguiendo sus metas prefijadas junto con el establecimiento de procesos de seguimiento y monitoreo. Esta circunstancia, retomó la idea del liderazgo por parte del Estado como planificador y puso nuevamente la importancia de una visión de largo plazo. Esta reformulación conceptual de la planificación entendida como un acto político, permitió la articulación efectiva entre el Estado y el

---

<sup>16</sup> Testa, M. (1990) *Pensamiento estratégico y lógica de programación*. El caso de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud

<sup>17</sup> ODM Documento firmado por 189 países en Septiembre de 2000 en la sede central de la Naciones Unidas

mercado para reducir las inequidades y las brechas sociales que impiden el crecimiento económico de la región.

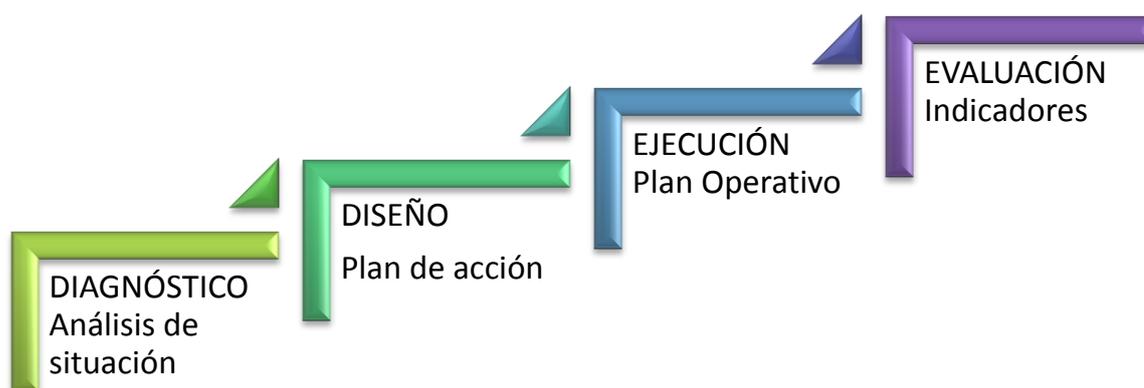
#### 4.2. La Planificación Normativa

Con el inicio del Método CENDES se promovía en Latinoamérica una planificación basada en un planificador externo que podía establecer de forma objetiva las bases técnicas de la programación, mediante el análisis de costo beneficio y la búsqueda de la eficiencia en la utilización de los recursos. Se encausaban así los esfuerzos para introducir un cambio social con el foco puesto en los fines y los recursos necesarios para obtenerlos.

La planificación normativa, como fuera descrita en párrafos anteriores, presentaba etapas características bien definidas, con estructuras debidamente explicitadas y con una secuencia pasos o procesos a seguir bien marcada. En esas etapas se analizaban lógicamente y cuidadosamente un conjunto de problemas y se proponían soluciones a mediano y largo plazo.

Los procesos que conforman la planificación quedaban así delimitados:

1. *El Diagnóstico inicial:* Análisis de situación, donde se debe caracterizar el contexto sobre el cual se lleva la planificación. Se requiere identificar las necesidades de salud, los recursos con los que se cuenta y con qué se va a responder a las demandas.
2. *El Diseño del plan:* Se deben establecer las prioridades o temas prioritarios de salud surgidos del análisis, de acuerdo a la importancia para las políticas de salud pública y la sensibilidad que los mismos representan para la sociedad.
3. *La Ejecución del plan:* Es la puesta en marcha de los objetivos y acciones, allí se establecerán con un grado de detalle los fines o metas que se pretenden cumplir de acuerdo al plan o programa de salud determinado.
4. *Evaluación, seguimiento y monitoreo:* Se realiza un control de gestión y el grado de avance del plan mediante indicadores seleccionados. Se procede a realizar modificaciones de acuerdo al cumplimiento o no de los objetivos.



Esta metodología con una mirada centrada en las manos de cuerpos técnicos, tenían reglas y normas muy rígidas para orientar el rol estatal. Sin embargo, con su carácter autoritario, con escaso o nula participación de los encargados de ejecutarla, y debido a la falta de análisis de los diversos factores del contexto, llevaron a su progresiva reformulación.

#### 4.3. Planificación estratégica.

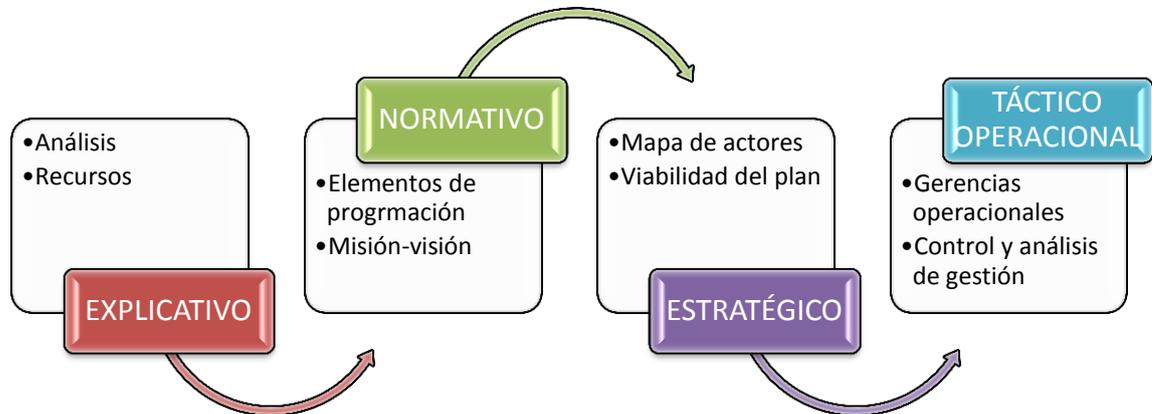
La planificación estratégica representa la metodología administrativa más utilizada en la actualidad por los decisores y administradores de los servicios, para reducir la incertidumbre y lograr la efectividad en las políticas de la organización pública o privada. Esta nueva mirada difiere del enfoque tradicional o normativo al incorporar criterios y demandas de los usuarios y/o los actores involucrados, al asimilar las características propias de la región o área de influencia donde se planifica, y al permitir la participación continua de actores comunitarios y de la sociedad por fuera del órgano planificador. (Armijo 2011)<sup>18</sup>

La incorporación de la concepción estratégica plantea una sistematización favorecedora de la articulación dinámica y flexible de cuatro momentos, sin necesidad de un orden secuencial fijo o

---

<sup>18</sup> Armijo, M (2011). *Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público*. Serie Manuales N° 69. CEPAL. Naciones Unidas

rígido que se repite de manera constante, adaptables a las circunstancias cambiantes, sin principio ni fin definidos<sup>19</sup>:



i. *Momento explicativo*: Es donde se determina lo que fue, es o tiende a ser.

Se identifica como el momento analítico de la planificación, es una instancia de identificación de problemas u obstáculos a resolver, en el que se realiza una análisis situacional.

ii. *Momento Normativo*: Es el diseño de cómo debe ser.

Este momento definido como proyectivo, corresponde con el diseño de objetivos de gestión o de administración y los medios para alcanzarlo. Aquí se definen la visión, misión, valores y ejes estratégicos del área. Incluye además el diseño de programas o proyecto para llevar a cabo las políticas.

iii. *Momento estratégico*: En este momento se articula el deber ser con el poder ser.

Denominado como el momento constructivo, se utilizan diversas herramientas de planificación para poner de manifiesto los roles y poderes de los actores involucrados en las acciones, permite un análisis de la viabilidad de los proyectos. Entre las herramientas más utilizadas están el análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA), los diagramas de flujos, el Diagrama de Gantt o cronogramas, etc.

iv. *Momento táctico operacional*: Es el momento del hacer.

<sup>19</sup> Ministerio de Salud de la Nación (2010) *Herramientas para la planificación y programación local*. Módulo 4.

Este momento incluye dos instancias, la de organización de las tareas a operativizar o planificación operativa, y otra posterior que es la de evaluación y monitoreo del plan operativo y líneas estratégicas. Este momento es uno de los más importantes y donde se producen las mayores fallas debido a la falta de desarrollo por parte de los gestores, o por una cultura organizacional de no revisar lo que se realiza mientras está sucediendo.

Este tipo de planificación plantea un horizonte de mediano-largo plazo, donde componentes como la visión y misión del área u organismo delimitan el quehacer operativo. Como puntos a destacar se puede mencionar que este horizonte solo es viable con el compromiso constante de todo el personal, y es clave la capacidad del planificador para organizar el trabajo y poder involucrarse en los procesos de seguimiento, como también tener la capacidad de establecer alternativas dinámicas y flexibles ante los cambios en las unidades de trabajo.

Otro aspecto relevante es conocer el entorno donde se desarrolla la actividad junto con un diagnóstico de situación para luego poder establecer las acciones consideradas prioritarias. Se considera vital conocer los actores involucrados tanto internos como externos que pudiesen alentar o boicotear los programas políticos, de igual forma es menester saber el destino y distribución de los recursos, como así también escuchar las necesidades de la población beneficiaria y comunidad para vehicular de manera efectiva los ejes de acción optados.

Al momento del armado de los planes estratégicos, sobre todo en el sector de la salud, no existe un cuerpo único conceptual establecido, por lo que habilita a la utilización de diversas herramientas en las distintas etapas. A modo de resumen éstos son los mecanismos más utilizados:

➤ **Matriz o Análisis FODA** por sus siglas **Amenazas y oportunidades**: Las oportunidades derivan de aquellos factores de carácter externo a la organización, que representan una ocasión de potencial desarrollo. En el polo opuesto están las amenazas que aglutinan aquellos aspectos que pueden suponer algún problema para la empresa. En ambos casos se trata de cuestiones no controlables por la organización, pero que ésta debe identificar con el fin de protegerse o beneficiarse. **Debilidades y fortalezas**: Las fortalezas constituyen los puntos fuertes de la empresa que se deben detectar y potenciar con el fin de diferenciarse de la competencia. Por el contrario, los puntos débiles también deben conocerse ya que limitan las posibilidades de aprovechar las oportunidades que brinda el sector, por lo que debe combatirlos.

- Diagrama de Gantt o cronogramas. Es un esquema gráfico de la ejecución de acciones o actividades en paralelo a través de una serie determinada de tiempo, donde se puede visualizar la duración y avance de cada actividad.
- Flujograma o diagrama de flujo. Es una herramienta de diagrama secuencial que se utiliza para mostrar procedimientos detallados para la realización de una tarea.
- Mapa de actores. Esta herramienta se utiliza para describir los actores involucrados, junto con el rol y la influencia que ejercen en la ejecución del plan. Incluye actores que contribuyen de forma directa o indirecta al plan de acción, y los usuarios tanto internos como externos a la organización.

A diferencia de la planificación tradicional o normativa, con un fuerte predominio de indicadores de carácter financieros o de utilización de recursos que servían para seleccionar las acciones más eficientes desde un orden superior, en esta metodología el planificador no se encuentra separado de la órbita de la gestión, sino que es parte del proceso. Esto le permitiría readecuar los cursos de acción hacia una mejor atención sanitaria que posicione a los profesionales de la salud y a los equipos tratantes, además que se organicen los centros sanitarios acorde a las necesidades de la población destino y que se respete la cultura organizacional.

Es relevante como potenciador de las políticas, la construcción de núcleos de educación permanentes con difusión de logros alcanzados, junto con reportes de experiencias y sugerencias para ser incorporados en plan de comunicación interna. Esto permitiría visibilizar las acciones que realiza una organización, y motivar a los actores a que participen de los procesos a fin de obtener mejores resultados.

## **5. MONITOREO, EVALUACIÓN, RETROALIMENTACIÓN**

Todo plan estratégico para que resulte eficiente como insumo en la formulación de políticas públicas, requiere como condición que exista una instancia de evaluación y de revisión, tanto de los objetivos establecidos como de los cursos de acción seleccionados. Esto facilita la incorporación de conocimiento y evidencia para la práctica diaria. De manera simultánea, un control de las acciones facilitaría la introducción de mejoras en la efectividad de las intervenciones, ya que promueve la equidad en prácticas asistenciales y brinda un mayor control sobre los recursos invertidos.

Tanto el monitoreo y la evaluación de la gestión, como el control de la calidad, son procesos necesarios para generar un impacto positivo en la salud y calidad de vida de los ciudadanos, pero corresponde ser empleados en tiempo oportuno y de forma correcta. Esta debiera ser una práctica sistémica y continua realizada por los cuerpos técnicos o los gestores de la salud, siendo tan importante como la fase preliminar de delimitación de los ejes estratégicos, muchas veces en la labor entre la emergencia sanitaria o la urgencia de determinados sucesos, queda inconclusa o se produce en demora. En este contexto quedan reducidas las potencialidades de un programa político exitoso, que responda a las necesidades de los administradores y de la población objetivo.

En la práctica se utilizan diversos tipos de indicadores, y no hay un límite establecido en la cantidad a emplear. La literatura al respecto establece que el set de indicadores a elegir por la organización puede ser variado, el armado dependerá del evaluador y de lo que se desee a evaluar, por lo que cada área o instancia podría tener una serie de indicadores cualitativos-cuantitativos propios, siendo estos únicos y específicos para cada unidad.

A grandes rasgos, se puede delimitar dos tipos de evaluaciones necesarias durante la planificación estratégica (Armijo, M. 2011)<sup>20</sup>, aquella destinada a medir la actuación de los gestores en cuanto a la generación de productos y donde los indicadores más utilizados son los del tipo insumos, de procesos, de productos, de resultados finales, etc. , y otra instancia que brindará información acerca del desempeño de las actuaciones afines a los objetivos como indicadores de eficacia, eficiencia, calidad, economía:

A) Clasificación básica del tipo a indicador: estructura-procesos-resultados

Los indicadores de **estructura**, responde a los recursos, dotación y a la relación que éstos tienen respecto al logro de objetivos. Por lo general son los que exponen la eficiencia de las políticas. Los indicadores de **procesos** hablan del alcance o cobertura obtenida durante la secuencia de pasos intermedios. Los indicadores de **resultados** o también llamados de **impacto**, son los que dan cuenta de los productos finales obtenidos al cumplirse o no los objetivos específicos.

B) Indicadores complementarios como los de eficiencia-eficacia-economía-calidad:

---

<sup>20</sup> Armijo, M (2011). *Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público*. Serie Manuales N° 69. CEPAL. Naciones Unidas

Los indicadores de **eficacia** muestran el grado de cumplimiento de objetivos sin medir costos. Los de **calidad**, responden a la gestión y al ámbito gubernamental, considerando las oportunidades de mejora, la capacidad para dar respuesta, el nivel de satisfacción de usuarios del sistema público, etc. Los indicadores de **eficiencia** muestran la relación entre los recursos invertidos y los resultados logrados. Y por último los indicadores de **economía** reflejan la capacidad de la empresa en movilizar los recursos financieros.

Según el tipo de fórmula empleada, los indicadores se pueden dividir en:

- Tasas: relación entre el número de casos aparecidos en el período de tiempo y el total poblacional.
- Razones o Razones índices: cociente entre magnitudes en la que ningún caso del numerador está incluido en el denominador.
- Proporciones: Razón en la que el numerador está incluido en las Proporciones denominador.
- Incidencia: Frecuencia de aparición de un determinado fenómeno.
- Prevalencia: Proporción de individuos que presentes un determinado fenómeno o trastorno.

A continuación se describen las herramientas más utilizadas para evaluar los distintos indicadores, y el cumplimiento de los objetivos dentro del plan estratégico de área y los planes tácticos. Estos instrumentos que han surgido en el ámbito empresarial, admiten diversas presentaciones según el ámbito en el que se esté evaluando.

En instituciones donde el proceso de evaluación se encuentra más desarrollado, se utilizan aplicativos o software que resumen la información y generan reportes automáticos. Incluso, aparecen los consultores externos o empresas que brinda servicios soporte para el monitoreo. A los fines de este estudio, se optará por gráficos sencillos y tablas surgidas en formato Excel.

## 5.1. Tablero De Control

El tablero de control (TC) o cuadro de mando (CM), es una herramienta que se utiliza en la administración de empresas surgida a fines de los años 90 durante la influencia de la administración estratégica. Esta se destina al monitoreo y seguimiento de los procesos operativos que se llevan a cabo dentro de una área o departamento.

Este se compone por objetivos específicos que serán evaluados mediante el cumplimiento de metas a través de indicadores seleccionados para dar cuenta de lo sucedido en un periodo dado, ello no responde a los objetivos estratégicos del plan de una empresa sino más bien que se conecta a los objetivos elaborados para un determinado año calendario.

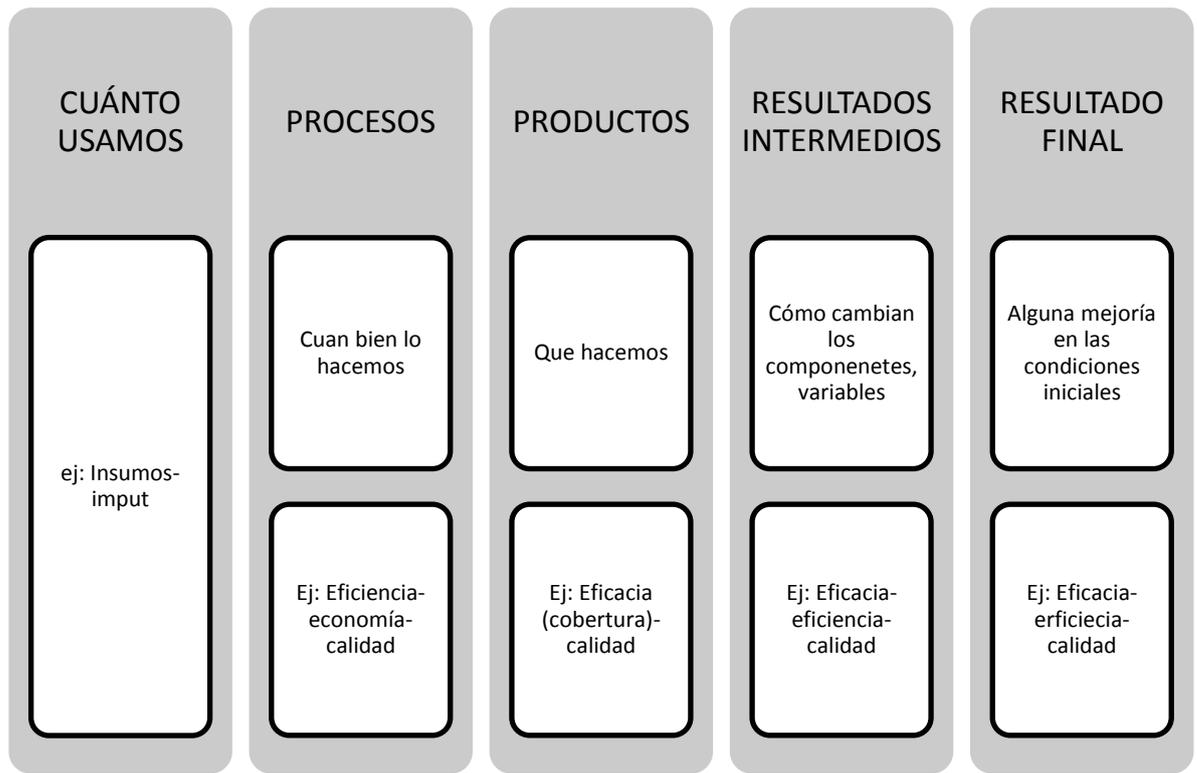
La forma de presentar la información será definida por el planificador y dependerá ante quien se presente, la arquitectura deberá reflejar la necesidad de información y la cultura organizacional. Estos pueden ser gráficos de torta, de barras, como así también cuadros o tablas dinámicas. En lo que refiere a la periodicidad de reporte, esta puede ser semanal, mensual o anual. Este tablero podrá tener distintos niveles de desagregaciones, tablas o matrices subdivisibles, de acuerdo a los servicios o productos analizados.

Asimismo un mejor aprovechamiento del herramental implica contener datos de referencias o estándares a alcanzar, niveles o parámetros de alerta, y fuentes desde donde se provee el dato. Otro aspecto clave es el responsable del monitoreo, este debe estar mencionado, y debe ser el referente a la hora de comunicar los resultados.

A modo de ejemplo se procede ilustrar el cuadro que sirve de guía en el Manual de Planificación Estratégica e indicadores de desempeño de la CEPAL utilizado para la formulación de planificación estratégica en servicios públicos<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Armijo, M (2011). Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público. Serie Manuales N° 69. CEPAL. Naciones Unidas



## 5.2 Cuadro De Mandos Integral o Tablero De Comando

Los cuadros de mando integral (CMI) o Balance Scorecard (BC)<sup>22</sup> representan un sistema de control de gestión utilizado para el planeamiento y monitoreo del plan estratégico de un organismo o empresa. Este tipo de instrumento permite conectar indicadores de desempeño con los resultados obtenidos mediante la identificación de áreas críticas. En los más utilizados se construyen cuatro perspectivas dentro del CMI (Norton Y Kaplan 1992) a fin de evaluar el grado de avance de los objetivos estratégicos del área, permitiendo de esta manera obtener una visión global de la organización de forma rápida y sencilla . Todo ello con el fin de facilitar a la dirección la toma de decisiones estratégicas, ayudando a que, ante cualquier posible desviación detectada, se tomen las medidas oportunas destinadas a corregir y mejorar de forma continua la gestión de la organización. A continuación se definen las cuatro perspectivas:

- *La perspectiva Financiera*, es la que se refiere al desempeño económico y financiero tradicional. Los objetivos de la perspectiva financiera se ocupan generalmente de los siguientes

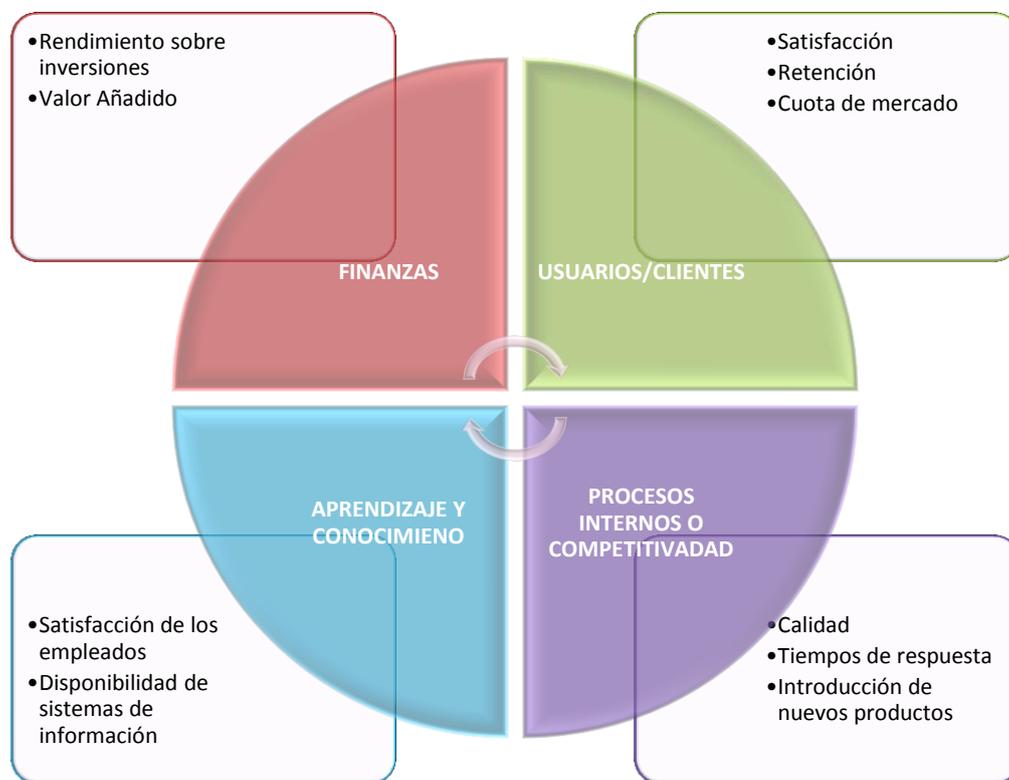
<sup>22</sup> Concepto introducido por primera vez en 1992 en la revista Harvard Business Review por los autores Robert Kaplan y David Norton.

aspectos: ingresos, rentabilidad, estructura financiera, gastos, inversiones, productividad, gestión de activos.

• *La perspectiva Clientes*, indica cuáles de las necesidades de los clientes deben ser satisfechas para alcanzar los objetivos. Se utilizan aquellos indicadores que den cuenta de las necesidades y demandas de los clientes, de las acciones de fidelización y de superioridad ante la competencia según la imagen que proyecta la institución.

• *La perspectiva de Procesos internos o competitividad*, muestra cómo deben ser desarrollados los procesos para ser los mejores en el campo o cómo ser los mejores para los clientes. El análisis de esta perspectiva brinda información sobre liderazgo, excelencia del producto o servicio, gestión administrativa, etc.

• *La Perspectiva de Aprendizaje y conocimiento*, señala qué procesos se deben llevar adelante para evolucionar o cambiar ante las nuevas demandas o una nueva coyuntura. Por tanto, debe incluir la verificación a través del uso de herramientas inductoras del cambio tales como la creatividad y la motivación, el clima organizacional, cultura, sistemas de información, competencias, conocimientos, perfiles profesionales, motivación, formación, salario, incentivos, promoción, gestión del capital intelectual, absentismo laboral.



Fuente: Elaboración propia en base bibliografía de la materia

Para la instancia de evaluación son utilizados diversos indicadores junto con las metas establecidas, que brindan un reporte periódico del área seleccionada. Este reporte que suele ser sencillo, agrupado bajo estas perspectivas, es acompañado con gráficos o semáforos que dan cuenta de la situación de la empresa. Al igual que en el tablero de control, la arquitectura del reporte debe reflejar la necesidad de información específica y la cultura en uso de la empresa

Muchas veces se suele confundir los términos de CMI y TC, y hasta emplearse como sinónimos. Sin embargo existen varias diferencias, estas responden al alcance que engloba a las líneas estratégicas de la empresa, las técnicas de medición empleadas mediante semáforos o gráficos con alertas, por lo que ambos pueden ser utilizados de modo complementario.

## 6. GESTIÓN DE LA CALIDAD

### 6.1. Sistemas de gestión de la calidad

La calidad como concepto ha ido cambiando desde sus inicios de la calidad dentro de la producción industrial hasta llegar al concepto de calidad total o búsqueda de la excelencia. El enfoque inicial que hacía referencia al análisis de las características o las cualidades del producto en la industria manufacturera dio paso a un enfoque más amplio, que abarca los sectores de servicios y procesos complementarios. En la actualidad incorpora como elemento central la participación de los diferentes usuarios y grupos de interés, y la lógica de la planificación para el logro de los resultados de la organización y el aseguramiento de la calidad.

Esta calidad entonces es entendida como *“el conjunto de propiedades y características de un servicio, producto o proceso, que satisface las necesidades establecidas por el usuario, el ciudadano o el cliente de los mismos”*. (Saturno Hernández 2005)<sup>23</sup>

La definición de Sistema de gestión de la calidad se refiere a todas las acciones durante la prestación del servicios que incluye además las instancias previas de planeamiento, aquellas tareas

---

<sup>23</sup> Saturno Hernández P.J. (2005) *Evaluación y mejora de la calidad en los servicios de Salud*. Ed. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

posteriores de control de la calidad, las instancias de aseguramiento, y todo proceso de mejora continua para la satisfacción del cliente, como así también el cumplimiento reglas y normativas respecto al producto o servicio, hasta los controles para mantener la estabilidad y mejorar el rendimiento de la organización.

Al momento de implementar un efectivo sistema de gestión de la calidad se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

- *La Estructura Organizacional*, que define una organización para lograr sus objetivos. Es la manera en la que la organización distribuye su personal, de acuerdo a sus funciones y tareas, definiendo así el papel que ellos juegan en la misma y la responsabilidad que tienen en cada tarea.

- *La Planificación*, que constituye al conjunto de actividades que permiten a la organización trazar un mapa para llegar al logro de los objetivos que se ha planteado. Se deben considerar las políticas, los objetivos y metas para la satisfacción del cliente y para los usuarios internos de la organización.

- *Los Recursos* necesarios para poder alcanzar el logro de los objetivos de la organización (personas, equipos, infraestructura, dinero, etc.).

- *Los Procesos*, entendidos como el conjunto de actividades que transforman elementos de entradas en producto o servicio. Los procesos requieren de recursos, procedimientos, planificación de las actividades, así como sus responsables. Serán incluidas las actividades seguimiento y control para la eficacia de los procesos.

- *Los documentos técnicos*, que sirven para establecer los procedimientos. Se incluyen todos los formularios, registros y cualquier documento que sirva el ordenamiento de los procesos.

En la actualidad existen varias normas internacionales que establecen requisitos para la implementación de un Sistema de Gestión de la Calidad, estos son emitidas por organismos normalizadores. A modo de ejemplo se detallan las siguientes normativas de la Organización Internacional de Normalización (ISO):

- ISO 9001 - Requisitos para un Sistema de Gestión de la Calidad (Aplicable a cualquier organización, sin importar tamaño o sector).
- ISO 10015 - Directrices para la Formación
- ISO 15189 - Requisitos para un Sistema de Gestión de la Calidad en Laboratorios Clínicos.

- ISO/IEC 17025 - Requisitos generales para la competencia de los laboratorios de ensayo y calibración.
- OHSAS 18001 - Sistemas de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
- ISO/IEC 20000-1 - Requisitos para un Sistema de Gestión de (la Calidad de) los Servicios.

## 6.2. La Calidad total o aseguramiento de la calidad

La Calidad Total es una estrategia de gestión que se desarrolló en las décadas de los años 50 y 60 por las industrias japonesas durante la invasión estadounidense. Es una filosofía que no solo concibe a la calidad del producto o servicio, sino a la mejora de todo el aspecto organizacional. Considera a la calidad en base a la satisfacción de los diferentes usuarios (clientes, proveedores, empleados) y tiene una mirada integral de la organización. Esta estrategia que responde al aspecto organizacional y gerencial dentro de una organización, considera a todos los usuarios que intervienen en los procesos, e involucra y compromete a todos en el logro de objetivos, misiones y funciones.

Tal como se mencionara en el punto anterior, que en los inicios del enfoque sobre la gestión de la calidad y por tanto los sistemas de gestión, era referido sobre operaciones industriales o del sector manufacturero, y no se contemplaba la influencia de los procesos indirectos de soporte y de servicios. Estos procesos que quedaban por fuera del análisis de la calidad, en este nuevo modelo se incorporan a modo de coordinar esfuerzos de todas las áreas involucradas para el desarrollo. De esta forma, el aseguramiento de la calidad, pasa de ser un herramienta de control a una estrategia organizacional, la cual al introducir procesos de mejora en toda la organización, reduce los costos de la no calidad (Juran).

Durante los años 80 se incorpora el concepto de administración total de calidad<sup>24</sup> o procesos de mejora continua. Aquella administración tradicional de la calidad que se basaba en planear, organizar, dirigir y controlar, se transforma hacia un proceso con miras al cliente, que junto con la medición, el mejoramiento y el liderazgo como elementos claves sirven para mejorar la competitividad de una empresa.

---

<sup>24</sup> Phillip Crosby, autor referente de esta corriente, incorporó la prevención como eje central para el concepto de Error Cero.

Autor referente de esta corriente fue Phillip Crosby, quien desarrolló un abordaje que incluía una mirada preventiva de la calidad, con el fin de evitar situaciones o efectos negativos para las empresas. En ese sentido, la prevención se logra a través de ejercicios como la capacitación, la disciplina, el ejemplo y el liderazgo, que deben impactar a todos los departamentos de la empresa.

### **6.3. Esquema De Deming. Proceso De Mejora Continua**

El esquema de Deming o ciclo de mejora continua es una sistematización utilizada para la incorporación de mejoras de calidad en los procesos, que surgió bajo el enfoque de la Calidad total. Esta herramienta sencilla es muy utilizada en el ámbito empresarial a través de implementación de sistemas de gestión de la calidad o sistemas de seguridad de la información.

Los resultados de la implementación permiten a las empresas una mejora integral de la competitividad, de los productos y servicios, mejorando continuamente la calidad, reduciendo los costos, optimizando la productividad, reduciendo los precios, incrementando la participación del mercado y aumentando la rentabilidad de la empresa u organización.

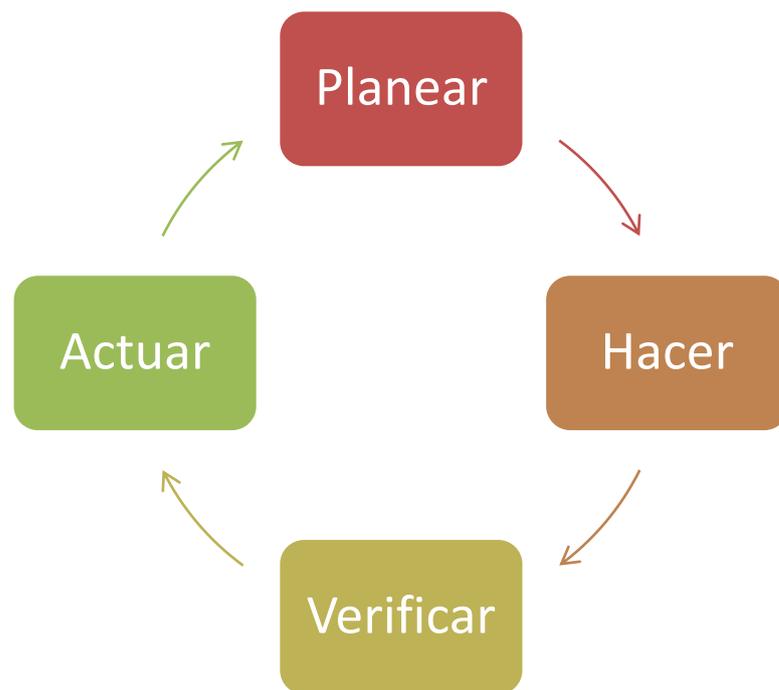
El esquema consta de cuatro etapas o procesos con una secuencia lógica que se deben cumplir para que una organización logre la mejora continua:

*Primer paso: Planear.* Se llevan a cabo acciones de recopilación de datos, análisis de estructura, situaciones. Se define el problema, y se delimitan los objetivos y metas a cumplir para determinar instancias de mejora.

*Segundo paso: Hacer.* Se procede a implementar los cambios considerados para la propuesta de mejora, por lo general se plantea como una prueba piloto del proyecto de mejora a implementar antes de implementar a grande escala.

*Tercer paso: Verificar.* En esta instancia, se procede al análisis de los datos surgidos de la implementación piloto. Se analizan y constatan con las bases establecidas como punto de partida o situación a la que se pretende llegar. Se considera la puesta en funcionamiento de la prueba piloto, y de no cumplirse lo esperado, se procede al ajuste o modificación de las acciones.

*Cuarto paso: Actuar.* También llamado ajuste, se procede a implementar lo aprendido en la fase anterior. También esta instancia que servirá de insumo para la planificación posterior, podrán surgir recomendaciones u observaciones que deben ser tenidas en cuenta para la mejora de la calidad o viabilidad del proyecto. En el caso que los resultados sean satisfactorios se implantará la mejora de forma definitiva, en caso contrario, se realizarán los cambios oportunos o bien se eliminará la mejora.



Se evidenció que la implementación de este ciclo u otras herramientas para la gestión de la calidad, ayuda a identificar los procesos o servicios que son útiles, y eliminar los que no, permitiendo una gestión eficiente de los recursos empleados, a la par que suprime los trabajos innecesarios que no generan beneficios o no agregan valor a la empresa.

#### **6.4. Calidad de los servicios de salud**

Durante los años 60 se inicia el recorrido conceptual de la calidad aplicada a los servicios y atención de la salud por Avedis Donavedian<sup>25</sup> que continua hasta la actualidad. Era un cuerpo metodológico que partía de una concepción técnico social en contraposición a la clásica auditoría y control de la utilización y el gasto surgida en el ámbito contable. Este enfoque plantea un análisis de la calidad a partir de la estructura, los procesos y los resultados, utilizando diferentes indicadores y metas:

a) Los indicadores de estructura responden a los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles en los sitios en los que se proporciona la atención.

b) Los indicadores de proceso dan cuenta de lo que los médicos y proveedores son capaces de hacer por los pacientes, la interrelación con las actividades de apoyo además de las actitudes, habilidades, destreza y técnica con que se lleva a cabo la asistencia.

c) Los indicadores de resultado responden la variación de los niveles de salud y a la satisfacción del paciente por la atención recibida, la cual le otorga una importancia mayor por la necesidad de satisfacer las expectativas del usuario mediante un servicio de mayor calidad.

Desde otra perspectiva, calidad en la atención sanitaria es considerada dependiendo el usuario o receptor y de la función que desempeña en el sistema de salud. Hablamos de la calidad *referida a los actos y procesos asistenciales* en lo que implica a los profesionales y equipos de salud que participan y desarrollan sus actividades con los pacientes. Por el otro lado cuando se hace referencia a la *percepción del usuario o el grado de satisfacción de la calidad brindada* esta se corresponde con usuarios, pacientes y familiares. Por último es la dimensión general la que refiere a todos los procesos de auditoría, control de gestión y como aquel instrumental de evaluación que es llevado a cabo por *los administradores, financiadores o proveedores* de los sistemas de salud. (Saturno Hernández 2005)<sup>26</sup>

Es aquí que el desafío al que se enfrentan los efectores sanitarios no es brindar una atención de calidad, sino la posibilidad de introducir cambios o mejoras que promuevan la intervención en aquel proceso o actividades donde no se obtiene buenos resultados. Para el logro de estos objetivos,

---

<sup>25</sup> Donavenidan A. *Evaluación de la calidad en la atención médica*, documento Publicado por primera vez en 1966 donde el autor realizó una recopilación de toda la literatura referida a la calidad en la atención sanitaria que existía hasta ese momento.

<sup>26</sup> Saturno Hernández P.J. (2005) *Evaluación y mejora de la calidad en los servicios de Salud*. Ed. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.

toman relevancia la capacidad de liderazgo y la motivación de quienes llevan adelante estos procesos de mejoras y la adhesión del resto del área a la concepción de mejoras.

## METODOLOGÍA

El presente trabajo se desarrolla como una investigación acción, brindándose asimismo como una propuesta instrumental para la ejecución de los lineamientos sanitarios de la UECNTS y de los programas integrantes de la Dirección General de Planificación Operativa dependientes del Ministerio de salud de la CABA. El propósito del mismo es mejorar la gestión de las políticas públicas para detener el avance de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, monitorear las actividades realizadas en términos de promoción de la salud para el periodo 2019/2020, ser un cuerpo metodológico y sistemático para la planificación operativa de los próximos años a fin a una mayor accesibilidad de la población que requiere de atención médica creciente, como así también poder brindar servicios de mayor calidad y generar equipos de salud más capacitados.

En Términos generales, el presente proyecto se llevará a cabo de la siguiente manera:

- Acciones de planificación:

1. Se realizará una revisión de la literatura existente para la elección del abordaje metodológico con el que se elaborarán los planes estratégicos, el plan operativo para el periodo establecido, como así también la definición expresa de la misión y visión del área.

2. Se utilizarán los datos epidemiológicos obtenidos a través de la Gerencia de Epidemiología, bases de datos de la OMS, como así también datos provenientes de los programas integrantes en lo que refiere a la población usuaria del sistema público de salud y de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles que requieren tratamiento o seguimiento para la elección de problemáticas de salud consideradas prioritarias a incluir en el plan operativo.

- Acciones de Monitoreo y Seguimiento:

1. Se realizará una revisión de la literatura existente referida a la gestión de la calidad y oportunidades de mejora aplicada a servicios públicos y en la atención sanitaria.

2. Se estudiarán los diversos procesos al interior del área, para el armado de un tablero de control de gestión y seguimiento de los programas intervinientes dentro de la UECNTS.

3. Se pretende el esbozo de un tablero de control para la vigilancia epidemiológica de las enfermedades crónicas. Los indicadores propuestos serán verificados por referentes del área, y el tablero nutrirá de los reportes epidemiológicos de los programas intervinientes, de datos de sistemas de información nacionales y de datos provenientes de la Historia clínica electrónica.

## DESARROLLO

En el presente capítulo se pretende elaborar un documento que refleje la misión y visión UECNTS, los ejes estratégicos de acción, y las actividades necesaria que se llevarán a cabo durante el año 2020 para el logro de los objetivos, que serán consistentes con el plan estratégico del Ministerio de Salud. Se pretende que sea una sistematización de procesos que permita visibilizar la evolución de las políticas implementadas con una mirada prospectiva, lo suficientemente flexible para incorporar los cambios que tendientes a las mejorar la calidad de vida de la población local y detener el avance las ECNTs y sus Factores de riesgo.

La experiencia en el sector público de la salud plantea una incapacidad de los gestores para incorporar procesos de planificación continuos en el tiempo. Esto es debido a una atención de las demandas y urgencias previstas por la estacionalidad de los procesos de enfermedad, de la mano de un modelo médico asistencial hegemónico tendiente a reproducir procesos donde la difusión de acciones de prevención llegan tarde, donde los hospitales se saturan porque inexistentes instancias previa de atención, y donde los recursos están desarticulados, entre otras cosas. Sin embargo, sería deseable y necesario que los administradores desarrollen habilidades para planificar las acciones futuras, que tengan a disposición un herramental para el seguimiento de gestión o se cuente con equipos de profesionales capacitados para el seguimiento de las estrategias de cuidados de población enferma acompañados con canales de difusión de cuidados de salud para prevenir enfermedades futuras.

Asimismo, la delimitación del rumbo de acción debiera coincidir con de la identificación de la población alcanzar, esto se logra mejorando los registros, nominalizando a la población que padece algún tipo de enfermedad y mejorando las condiciones de trabajo de los equipos sanitarios.

Es por todo lo previamente descripto que como propuesta para la sistematización metodológica y formulación del plan de acción de la UECNTS, se considera adecuada la conceptualización de la planificación estratégica, estructurando de esta manera el documento a partir sus momentos, con las características y elementos prioritarios que fueron descriptos en el apartado anterior, mediante una interacción dinámica de momentos más acorde a los tiempos actuales.

El primer momento, el explicativo, corresponde al análisis situacional. Este será comprendido por un diagnóstico de la estructura ministerial de las áreas involucradas, roles y recursos disponibles. La otra parte del análisis responderá a un análisis de la situación epidemiológica de la Ciudad, y de los determinantes socioeconómicos de la misma, información recabada a partir de datos de público conocimiento y fuentes propias del Ministerio de salud de la CABA. Estas conceptualizaciones establecen el punto de partida o delimitan la realidad a transformar o modificar, y permite identificar los problemas sanitarios a incluirlos en la estructura de actividades.

El segundo momento responde al momento normativo. Allí, la visión y misión de la UECNTS se esbozará de forma alineada a los ejes estratégicos del plan de salud estableciendo las prioridades sanitarias o líneas de cuidado priorizadas a considerar en el diseño de las políticas. Será clave la evaluación de procesos sociales y políticos, la consideración de determinantes sociales y conductuales que afectan e inciden en la salud, para determinar las líneas estratégicas de intervención que den respuesta a las problemáticas de salud de la población de CABA.

La tercera etapa, el momento estratégico, es en donde se establecerán los objetivos generales y específicos del ámbito de aplicación. En esta instancia de diseño, se establecerá la trayectoria a cumplimentar y el nivel de cobertura que se pretende proveer, los roles de cada participante, las limitaciones y ventajas. Se determinarán las acciones y actividades que comprenderán el plan operativo de la institución, las metas a cumplir, plazos y recursos, que sirven para lograr los objetivos específicos. El nivel de detalle y división dependerá de la instancia jerárquica, y del nivel de especificidad que se desee, pudiéndose incorporar variables como responsable de acción, diferenciación de recursos, estado de avance.

El último momento será la puesta en marcha del proyecto, el momento táctico operacional. Esta instancia se incluirá la definición de acciones a realizar en un periodo dado, en este caso el 2020, cronograma de actividades e hitos mediante la utilización del Diagrama de Gantt<sup>27</sup>, y una instancia de monitoreo y seguimiento a través de una serie de indicadores. Es necesario que se delimite con anticipación las variables que serán monitoreadas para dar cumplimiento a los objetivos específicos, los indicadores propuestos para evaluar los diversos programas intervinientes y por último realizar una posterior evaluación de gestión de las políticas que fueron diseñadas. Cabe destacar que en esta instancia, en el devenir del accionar, esto permitirá reencauzar los recursos de forma correcta, ante un posible desvío o cambio en las condiciones que se desarrolla el plan.

Dentro del último momento corresponde realizar la evaluación del impacto de las políticas diseñadas y llevadas a cabo por la unidad, o al menos dejar plasmado como se hará el control al finalizar el ciclo. Pese a que el alcance del presente trabajo finaliza con el desarrollo de una propuesta de evaluación, en este punto se debe hacer énfasis, porque es aquel que presenta mayor debilidad en la administración pública, en especial porque es la instancia que debiera tener mayor desarrollo pero paradójicamente es a la que menos importancia se le otorga. La falta de la práctica de evaluación, o una evaluación tardía en el mejor de los casos, equivale a un error en la planificación total. Sin ella, no se podría considerar oportunidades de mejora, establecer nuevas trayectorias de acción ni visibilizar los esfuerzos realizados para la mejora en los cuidados de salud. El impacto de las políticas no puede ser mensurable para brindar información en las posteriores programaciones, ni puede verificar la efectividad de las políticas en su totalidad.

## PLAN ESTRATÉGICO UECNTS

---

<sup>27</sup> Gráfico que se utiliza en la formulación de proyectos, que describe la secuencia en tiempo y etapas de realización de las tareas.

## ¿DÓNDE ESTAMOS?

### *DIAGNÓSTICO INSTITUCIONAL DEL MINISTERIO DE SALUD GCABA*

El 25 de febrero de 1999 se sanciona la Ley N° 153 o Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, cuyo objeto fue *garantizar el derecho a la salud integral dentro del territorio de la Ciudad para todos* sean residentes o no. En dicha normativa, se establecía un Sistema de Salud para la Ciudad integrado por tres subsectores, uno de dependencia estatal, otro de seguridad social y por último uno de dependencia privada.

El subsector estatal se organiza y desarrolla de acuerdo a la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (1978)<sup>28</sup>, mediante la construcción de redes y programas en los diferentes niveles de atención, a través de una descentralización progresiva de la gestión política-técnica. De esta forma, el subsistema estatal se integra por un conjunto de centros asistenciales: 14 hospitales generales de agudos, 2 generales de niños, 19 hospitales especializados, 44 centros de salud, 33 centros médicos barriales, 2 centros de salud mental, 2 centros odontológicos.

Los diversos efectores se organizan de acuerdo a los niveles de complejidad en la atención sanitaria, cada uno con características y alcances propios, pero interconectados entre sí:

\*En el Primer Nivel de atención se llevan a cabo acciones y se estructuran los servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en especialidades básicas y modalidades ambulatorias, con foco en la atención primaria de salud.

Está compuesto por:

- Las Áreas programáticas de los Hospitales Generales de Agudos, que son el eje central para la coordinación y continuidad de cuidados en los distintos niveles de complejidad.

- Los Centros de Salud de salud que dependen de las Áreas programáticas. Son efectores organizados alrededor de las necesidades del territorio y comunidad donde se encuentran, y son responsables de procesos de capacitación, identificación y abordaje de los problemas de salud, derivando en última instancia hacia el próximo nivel cuando no pueda resolverse.

---

<sup>28</sup> Concepto que apareció por primera vez en la Declaración de Alma Ata en la Asamblea de la OMS en 1978 como la estrategia específica para lograr la "Salud para todos en el año 2010" a la cual el Estado Argentino adhirió.

▪ Los Centro Médicos Barriales (CMB). Estos operan como consultorios de médicos de cabecera del antiguo cobertura porteña de salud, que con la implementación del nuevo plan, su rol en el primer nivel será reformulado y unificado al de los centros de salud.

▪ Centros Odontológicos

▪ Centros Ambulatorios de referencia. En la actualidad se encuentra en funcionamiento el CEMAR N° 1, son centros con un nivel superior al anterior, en el que se realizarán estudios complementarios de resolución ambulatoria y especialidades de uso frecuente.

\* En el Segundo Nivel de atención se desarrollan acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieren internación, contiene además a los consultorios externos de los hospitales generales de agudos. Lo integran:

▪ Hospitales especializados o monovalentes

▪ Hospitales Generales de agudos: aquellos que generalmente son la puerta de acceso al sistema público, con guardias de emergencias con profesionales capacitados, y con consultorios preparados para atender la mediana complejidad.

\* Dentro del Tercer Nivel de atención se desarrollan efectores donde se brindan acciones y servicios con alta complejidad médica y tecnológica. Este nivel está compuesto por:

▪ Hospitales de Alta Complejidad: Constituyen los hospitales de cabecera de zonas sanitarias funcionales de la ciudad. Preparados para resolver los casos de alta complejidad diagnóstica y terapéutica. Especialmente como centro de derivación y de atención directa en la red.

▪ Hospitales Especializados, constituyen los hospitales cabecera de especialidades y líneas de cuidado, con asistencia por acceso directo (oftalmológicos, quemados, neurociencias) o por derivación de otros hospitales (Gastroenterológico).

Se prevé la creación de un cuarto nivel de complejidad (proyecto que se encuentra en evaluación) para trasplantes, neurocirugía funcional, cirugía cardiovascular compleja, centro de medicina transfusional, simuladores, etc.

La ley básica de salud define al Ministerio de Salud como la autoridad de aplicación de nivel jerárquico superior, motivo por el cual la visión de dicha organización será la de “garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones

conducentes a tal fin”, que tiene una alcance de vigencia en todo el territorio de la ciudad y con cobertura para residentes y no residentes si excepción<sup>29</sup>.

Dada la fragmentación en los tres subsistemas, público, de obra sociales y privado o prepagas, la existencia de modelos de atención basados en la emergencia y/o urgencia que generan efectores con sobre demanda generando en muchas veces una atención ineficiente, y las diferentes barreras de acceso al sistema de la salud que tiene la población de menores recursos, generó la necesidad de reformular la atención sanitaria y los servicios que brindaba el ministerio hacia un modelo superador, que garantizara cuidados continuos con un mayor poder resolutorio en el primer nivel de atención, organizando los servicios cercanos a la población más vulnerable, y con un mayor poder de gobernanza por parte del ministerio.

Esta situación planteó, con el inicio de la nueva gestión en el año 2016, la reformulación del plan de salud en cuatro ejes estratégicos, que los distintos planes de las direcciones generales dentro del ministerio de Salud deben incorporar en sus planificaciones. Así, el Plan de Salud de la Ciudad de Buenos Aires 2016-2019 es el documento de gestión del Ministerio de Salud consensuado a para *Desarrollar servicios de atención primaria, con acceso universal, equitativo y oportuno, logrando una intervención integral, programada y con participación ciudadana con foco en los problemas de salud y los determinantes sociales.*<sup>30</sup>

Este plan está compuesto por cuatro pilares:

**1) Un Modelo de atención** centrado en la familia, la comunidad y con base en el primer nivel, acompañado de una articulación e integración de iniciativas de promoción de la salud del gobierno local como de otras jurisdicciones.

**2) Articulación y coordinación** con diferentes áreas de gobierno local y de otras jurisdicciones considerando los determinantes sociales, con el fin de integrar la atención sanitaria en el eje Área Metropolitana de la provincia de Buenos Aires (AMBA) para el traslado hacia guardia de emergencias y cuidados críticos, y un aumento en la ejecución de programas de financiamiento externo.

**3) Una ampliación de activos**, mediante hospitales con perfiles complementarios (Plan 2030 hospitales en red), con incorporación de nuevos efectores sanitarios, apoyados con la

---

<sup>29</sup> Ley N° 153/99 Ley básica de salud GCABA.

<sup>30</sup> Plan de Salud 2016-2019, documento técnico de uso interno.

implementación de tecnológicas de información y comunicación mediante la Historia de Salud Integral y otros sistemas de reportes.

**4) Una gestión eficiente** destinada a mejorar la inversión y la calidad de grandes rubros como limpieza, mantenimiento comidas y medicamentos.

Para el desarrollo y puesta en marcha del plan, se reformuló también la estructura organizativa del ministerio<sup>31</sup> (Decreto 363/2015 y modificatorias). Con el inicio de la nueva gestión la organización del ministerio se estructura de acuerdo a cuatro subsecretarías que tienen bajo su órbita las diferentes direcciones generales, muchas de ellas con gerencias operativas y subgerencias que administran los programas, organizan servicios de atención y gestionan los recursos necesarios para llevar a cabo las diferentes operaciones complementarias. A continuación, se describen las cuatro subsecretarías:

- La Subsecretaría de Atención Hospitalaria que organiza y coordina las direcciones generales de hospitales, la Dirección General de Salud Mental y la Dirección General de Emergencias Médicas (SAME).

- La Subsecretaría de Atención Primaria, Ambulatoria y Comunitaria que coordina las acciones en los centros de salud y acciones en territorio o comunidad. Bajo su órbita esta la gestión dentro de los centros de salud y las áreas programáticas de los hospitales a cargo de la Dirección General de Atención Primaria, y también las acciones de los promotores comunitarios bajo la coordinación de la Dirección de Atención Comunitaria.

- La Subsecretaría de Planificación Sanitaria es la encargada de planificar y definir políticas públicas orientadas al desarrollo de iniciativas y proyectos sanitarios. Tiene a su cargo la Dirección General de Planificación Operativa, que integra la Unidad de promoción de la salud y control de enfermedades crónicas no transmisibles, y demás redes y programas, la Dirección General de coordinación, Tecnologías y financiamiento en salud, la Dirección General de Docencia, Investigación y Desarrollo profesional, y la Dirección General de Sistemas de Información.

- La Subsecretaría de Administración del Sistema De Salud, de ella depende la administración de recursos económicos y financiero del presupuesto. Incluye las Direcciones Generales de Abastecimiento en salud, Recursos físicos en salud y la de Administrativo Contables y presupuesto.

Desde el año 2016, año en que puso en marcha el plan de salud hasta la actualidad, se destacan grandes hitos que en la gestión que contribuyeron a mejorar la calidad de la atención

---

<sup>31</sup> Organigrama disponible en portal [https://www.buenosaires.gob.ar/organigrama/min\\_salud.php?menu\\_id=6776](https://www.buenosaires.gob.ar/organigrama/min_salud.php?menu_id=6776)

sanitaria y las condiciones sociales de la población. Para potenciar la labor que venían desarrollando los equipos de salud dentro del territorio, se incorporó a la estrategia de atención primaria el concepto de población a cargo. Cada centro de salud tiene un equipo básico de salud con una población delimitada de familias bajo responsabilidad georeferenciadas (aproximadamente 700 familias).

Esta iniciativa fue trabajada de forma conjunta con el empadronamiento de la población que asistía a los efectores públicos y se incorporaban a la historia de salud integral (HSI). En una primera etapa se procedió al empadronamiento en las guardias de los hospitales de referencia y en los centros de salud para luego continuar en las otras áreas de los establecimientos públicos y de esta forma unirse con los sistemas de base de datos de otras áreas de gobierno.

La informatización de los servicios fue la antesala de la historia clínica electrónica o HSI también introducida con este nuevo plan. Si bien esto está en un estado en funcionamiento, aún está en revisión la incorporación de las bases de datos de otras áreas involucradas como los sistemas integrados de información del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino.

Se mejoraron las condiciones edilicias y se finalizaron obras de los centros de salud. Se incorporó la figura del CEMAR. Actualmente hay uno en funcionamiento dentro del centro 22.

En cuanto al incremento de activos y de fondos disponibles, se incorporó un sistema de facturación de servicios hacia terceros, con la contrapartida devolución hacia los efectores públicos que brindaban las prestaciones a través de la sociedad del estado FACOEP<sup>32</sup>. Asimismo, se firmaron diversos acuerdos como es el caso de REDES, SUMAR, FESPF con la Secretaría de Gobierno de salud (Ex Ministerio de salud de la Nación) a fin de mejorar la ejecución de los fondos provenientes de organismos internacionales tales como el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), la Organización Panamericana de la Salud OPS, etc.

A nivel local fueron establecidas líneas de cuidados priorizadas tendientes a mejorar la accesibilidad al sistema de salud, ofrecer mejores servicios y garantizar una serie de cuidados mínimos para la población local, teniendo en cuenta la ubicación geográfica de los residentes. Los

---

<sup>32</sup> La facturación es realizada mediante una sociedad del estado, creada por la Ley N° 5622/2016. Esta sociedad realiza el recupero de las atenciones de las personas, que teniendo alguna cobertura de salud, se atienden en la Red Integral de Cuidados Progresivos del Subsector Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ejes con prioridad son el cuidado materno infantil, el plan de salud sexual y reproductiva con foco en los adolescentes, el control y seguimiento de enfermedades endémicas como Chagas y tuberculosis, la prevención de la salud a través del calendario de vacunación, y la prevención y control de enfermedad crónicas no trasmisibles y sus factores de riesgo.

La Dirección General de Planificación Operativa ex Dirección General de Redes y Programas de Salud, que depende de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria, es la responsable de la Coordinación de la UECNTS. De acuerdo a sus misiones y funciones tiene la responsabilidad de diseñar e implementar planes de desarrollo de las redes y programas de salud destinados al fortalecimiento de las líneas de cuidados progresivos definidos como prioritarios y mejorar la salud de la población a través acciones de promoción, prevención y educación para la salud.

En correlato a lo antedicho, tiene a su cargo la evaluación y seguimiento de diversas redes y programas de servicios de salud, brinda además asistencia técnica al subsecretario en la elaboración de planes operativos anuales de servicios de hospitales y centros de salud, asiste también a la coordinación de acciones para llevar a cabo la implementación de dichos planes a través de las redes y programas bajo su órbita.

Asimismo tiene a su cargo el desarrollo de nuevos servicios o modificación de servicios de los diferentes efectores con la posterior evaluación del desempeño de los mismos, el rediseño de políticas o implementación de mejoras, como así también la provisión de información útil para la toma de decisiones a través padrones de usuarios.

Otras funciones de la DGPO son aquellas acciones tendientes al diseño, seguimiento y la vigilancia epidemiológica de la CABA, que abarca la construcción de indicadores para el control de gestión en especial de las líneas de cuidados priorizadas del ministerio, y la elaboración de planes destinados al fortalecimiento y capacitación de los equipos de salud.

## ***ANALISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES***

### ***Población Ciudad de Buenos Aires***

De acuerdo a las últimas proyecciones poblacionales (en base al Censo 2010)<sup>33</sup> 3.063.729 ciudadanos viven en CABA, una población que en su mayoría es femenina cuya la relación establecida es de 88 varones cada 100 mujeres (EAH 2017)<sup>34</sup>. Esta población muestra una pirámide poblacional medianamente envejecida, acorde a los parámetros nacionales y mundiales de los últimos tiempos, donde los menores de 15 años son el 19% de la población total de CABA, y la población de 60 años o más representa el 20,9%. La participación de los adultos mayores es más alta en las mujeres (24,1%) en relación a los varones (17,1%).

La edad promedio de los habitantes de Ciudad de Buenos Aires es de 38 años, si se analiza a la población que vive en asentamientos o villas, esa estructura etaria desciende a 24 años en promedio.

El porcentaje de población residente de CABA que tiene cobertura pública exclusiva es del 20%, porcentaje que aumenta en el cordón sur, donde el peso relativo es del 34,6% comparado con el centro que es del 18% y más densamente poblado.

En referencia a esta particularidad, el cordón sur que tiene una densidad media de población, es la región cuyas comunas (4, 8, 7 y 9) tienen una dotación mayor de efectores de salud públicos para asistir a una población con mayores niveles de vulnerabilidad socioeconómica.

Más de una tercera parte de los residentes porteños (37,6%) no nació en la Ciudad. El 12,9% nació en otro país: el 6,9% en un país limítrofe y el 6% en un país no limítrofe. La Comuna 8 registra el porcentaje más alto de nativos de un país limítrofe y la Comuna 3 de nativos de país no limítrofe.

En el último Análisis de Situación de la Salud de la CABA ASIS. (Diciembre 2016)<sup>35</sup> se informó que la tasa de mortalidad general ajustada por edad de la CABA fue de 5,7 muertes/1000 habitante. En sintonía con el resto de los parámetros, comunas de la región Sur (comunas 4, 8 y 9) registraron la mayor mortalidad general, con indicadores que superan el valor de la tasa general

---

<sup>33</sup> Dirección de estadísticas y censos. GCABA, Población proyectada según CENSO 2010.

<sup>34</sup> Dirección de Estadísticas y Censos. GCABA Encuesta Anual de Hogares 2017.

<sup>35</sup> Ministerio de Salud GCABA (2017) *Análisis de situación de la Salud de Buenos Aires 2016*

ajustada de CABA. Las enfermedades cardiovasculares, los tumores y las enfermedades respiratorias constituyen las principales causas de mortalidad.

En el año 2016 hubo 38.971 nacidos vivos, 19.088 mujeres y 19.883 varones (MSGC 2017) La tasa global de fecundidad (promedio de hijos por mujer en edad fértil) fue de 1,7. En líneas generales, en los grupos etarios jóvenes la tasa de fecundidad tendió a descender mientras que en los grupos etarios mayores se observó una tendencia en ascenso.

Respecto a la tasa de embarazo adolescente que se calcula en mujeres entre 10 y 19 años, las comunas 1, 4 y 8 mostraron los picos más altos, por encima de 20 embarazos cada mil adolescentes, distanciándose del resto de las comunas y de la tasa de la ciudad (12,9). Esta tendencia se replica si se analiza la tasa de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años. Las comunas 2, 13 y 14 muestran las tasas más bajas.

Las tasas de embarazo en adolescentes se explican mayormente por la fecundidad de las mayores de 15 años. Sin embargo debe considerarse el riesgo de un embarazo entre los 10 y los 14 años. Solo en 2016 se registraron 32 embarazos en menores de 15 años, la mitad de los cuales se concentraron en la comuna 1 y 4.

### *Las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo en números.*

De acuerdo a los datos de la 4° *Encuesta Nacional de factores de riesgo (ENFR), principales resultados*<sup>36</sup>, donde a través de un cuestionario de autoreporte a 29.224 personas, se le hicieron mediciones físicas a 16.557 y pruebas bioquímicas a 5.331 personas, se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Si se considera exceso de peso (obesidad + sobrepeso) se mantiene la relación 6 de cada 10 individuos que reportaban en la ENFR 2016, sin embargo hubieron cambios significativos en el indicador obesidad que aumentó del 22% respecto del 2013 y un 74% del 2005, mientras que el indicador de sobrepeso no evidenció cambios significativos.

---

<sup>36</sup> Dirección Nacional de Promoción de la Salud y control del Enfermedades crónicas no trasmisible. 4° *Encuesta de Factores de Riesgo principales Resultados*, La versión final se presentará en septiembre de 2019.

2. En cuanto a prácticas de consumo, el promedio diario de porciones de frutas o verduras consumidas fue de 1,9 por persona, muy por debajo de las 5 porciones recomendadas como saludables, situación que no presentó cambios significativos de un periodo a otro. Solo el 6% de la población cumplió con la recomendación de consumo diario. En lo que refiere al consumo de sal, entre 2009 y 2018 disminuyó significativamente el porcentaje de población que agrega siempre sal a las comidas después de la cocción o al sentarse a la mesa, del 25,3% al 16,4%.

3. La prevalencia de glucemia elevada o diabetes por autoreporte evidenció un aumento significativo respecto a las etapas anteriores, alcanzó un 12,7%. Se registró un 8,4% de la población con glucemia capilar elevada en las mediciones bioquímicas. Cabe destacar que de aquellos individuos que no declararon tener glucemia elevada o diabetes por autoreporte, el 5% tuvieron registros elevados.

4. La prevalencia de consumo de tabaco es de 22,21% encontrándose diferencias significativas respecto a los relevamientos anteriores (29,7% en 2005 y 27,1% en 2009, 25,1% 2013). Sin embargo, en esta última encuesta se incorporó al cuestionario la utilización del uso de cigarrillo electrónico, un 1,1%. La exposición habitual al humo de tabaco ajeno tanto en hogar como en el trabajo descendió progresivamente entre las encuestas. En el hogar paso de 33,9% en 2009, 27,6% en 2013 y 25,1% en 2018. La exposición en lugares de trabajo bajó del 34% en 2009, 25,0% en 2013 y 21,8% 2018.

5. La baja actividad física aumentó respecto de los años anteriores donde la proporción era 1 de cada 2 personas, alcanzó a 6 de cada 10. Este incremento se condice con el aumento de inactividad física que se evidencia en América latina y el caribe.

6. La prevalencia de presión elevada por autoreporte entre quienes se midieron alguna vez en la vida es de 34,6%, situación estable a lo largo de las diferentes encuestas. Si se considera la población con medición objetiva, el número asciende a 40,6%. 6 de cada 10 que por autoreporte indicaron ser hipertensos tuvieron registros de presión elevada, y 3 de 10 que no lo indicaron registraron presión alta.

Según el documento “Sobrepeso y Obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la salud, 2013” del Ex Ministerio de

Salud de la Nación<sup>37</sup>, el 10% de los niños del mundo en edad escolar tienen un exceso de grasa corporal con un riesgo aumentado de desarrollar enfermedades crónicas. Un cuarto de estos niños tienen obesidad y algunos tienen múltiples factores de riesgo para desarrollar diabetes tipo 2, enfermedad cardíaca y otras comorbilidades antes o durante la adultez temprana. En Argentina, 1 de cada 10 preescolares presenta obesidad. En CABA la prevalencia de obesidad en niños de 6 meses a 5 años es de 9,6% (7,6-12,2).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Primera Encuesta Alimentaria y Nutricional de la Ciudad de Buenos Aires “EAN-CABA 2011”, identificó que la prevalencia de sobrepeso en niños de 5 a 12 años es 23,6%, en adolescentes de 13 a 18 años es 19,7%, en mujeres en edad fértil de 10 a 49 años (sobrepeso y obesidad) es 37% y en adultos mayores de 60 años es 43,2%. La obesidad central es un factor de riesgo del síndrome metabólico. El 8,9% presenta un contorno de cintura mayor al P90 (para varones >102 cm. y para mujeres >88cm) asociado a mayor riesgo cardiovascular, de esas personas el 71,2% son obesos y el 6,5% tienen sobrepeso. La obesidad severa tiene una prevalencia de 3,9% en niños de 5 a 12 años, 0,8% en adolescentes hasta 18 años. Existe mayor prevalencia de obesidad en hogares pobres, con necesidades básicas insatisfechas, menores ingresos, de bajo nivel educativo y en hijos de madres con bajo nivel de instrucción.

Tanto en Argentina como a nivel mundial, el cáncer se encuentra entre las principales causas de muerte. Es un tema de interés cada vez más creciente en las agendas de discusión de problemas sanitarios en todos los países del mundo. Argentina se encuentra dentro del rango de países con incidencia de cáncer media-alta. A nivel local, de acuerdo informes del Ministerio de Salud de la CABA (2016-2017)<sup>38</sup> en varones residentes, la tasa de mortalidad de acuerdo a los tres primeros sitios tumorales fue: cáncer de pulmón (30,5%), el de colon-recto (15,3) y próstata (11,6), y en la población femenina: mama (19,6), pulmón (12,8) y colon-recto. (9,1)

## ¿HACIA DÓNDE QUEREMOS IR?

---

<sup>37</sup> *Sobrepeso y Obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la salud, 2013.*

<sup>38</sup> Boletín Epidemiológico N° 45 Año II | Información hasta SE 24 | 30 de junio de 2017, Ministerio de Salud GCABA.

## ***UNIDAD DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y CONTROL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES (UECNTS)***

La UECNTS que fue creada mediante Resolución Ministerial N°1922 en el año 2016, surgió como respuesta sanitaria a la necesidad de establecer estrategias jurisdiccionales de prevención, atención y seguimiento de enfermedades crónicas con un abordaje integral que incluyera los factores de riesgo y los determinantes sociales del entorno. Inicialmente fue creada para garantizar la implementación del Proyecto Nacional para la Protección de Población Vulnerable contra ECNTs “PROTEGER”, siendo la contrapartida jurisdiccional y la referente dentro del ministerio de salud para articular todas las acciones de promoción de la salud, como así también la responsable planificar y operativizar con las diversas áreas de gobierno las estrategias locales para el control de esta epidemia. Como se describió previamente esta Unidad se encuentra bajo la órbita de la Dirección de Planificación Operativa, y es debido a la gravedad de la problemática sanitaria por avance de estas enfermedades, los costos sanitarios que se generan a partir de la atención médica de las complicaciones, y la consecuente discapacidad que provocan en los pacientes, que se encuentran dentro de las líneas de cuidado priorizadas en el plan de salud.

Entonces la resultante Misión del área será la de *Reducir la prevalencia de enfermedades crónicas, la morbilidad y/o la discapacidad asociada, a ellas y a sus factores de riesgo, como así también la mortalidad prematura en la Ciudad de Buenos Aires, a través una red de cuidados progresivos con base en el primer nivel de atención, que incluye diversas prácticas de calidad para el diagnóstico temprano de ECNTs y FRs, control y seguimiento durante tratamiento, junto con el desarrollo de diversas acciones tendientes a prevenir la aparición de estas enfermedades en la población sana.*

### **\* Principios rectores:**

Esta área cumple sus funciones a través de la labor de un equipo multidisciplinario y organiza sus funciones de acuerdo cuatro principios rectores que se van retroalimentando entre sí para el logro de los objetivos estratégicos acordes al plan del ministerio de salud:

#### **A. Un Modelo de atención integral**

La unidad articula los programas de la Dirección General de Redes y Programas de Salud que componen la atención de las ECNTs y sus FRs, creados en distintas instancias históricas, algunos

cuentan con partida presupuestaria propia, algunas con acto administrativo de creación y otras en procesos. En su mayoría estos programas desarrollan sus actividades en el primer nivel de atención, pero de manera coordinada con efectores del segundo nivel.

Los programas o redes que integran la Unidad son los siguientes:

- El Programa de Prevención y control del tabaquismo, Resolución 2187/GCABA/MSGC/2008.
- El Programa Nutricional, Resolución 2060/MSGC/07.
- El Programa de prevención y asistencia a la Diabetes, Decreto 279/00.
- Programa de actividad física y salud, resolución en trámite.
- Programa de prevención de Detección Precoz del cáncer génito mamario, Decreto 517/GCABA/2011.
- Programa de Prevención del Cáncer Color rectal, Resolución N° 1738/GCABA/MSGC/2007.
- Programa de EPOC, resolución en trámite.

El trabajo coordinado de los programas dentro de una misma unidad, permite el diseño de estrategias que posibilitan un cuidado integral del paciente. Apoyados en un sistema con fuerte predominio de la atención en centros de salud y junto con las tareas de los promotores comunitarios, se desarrollan tareas tanto en la detección, control y seguimientos de pacientes con ECNTs, como así las acciones de promoción de la salud y concientización para evitar las complicaciones de los FRs.

### ***B. Articulación interministerial***

Estos programas, que son atravesados por los ejes priorizados o líneas de cuidados delimitadas como esenciales en el Plan Sanitario de la CABA 2016-2019 requieren de la participación de otras áreas dentro del ministerio para la ejecución de sus políticas:

➤ El Programa de Salud Escolar cuya función entre otras es la del control de salud en alumnos de gestión estatal, es en muchos casos la puerta al sistema de salud. Este además tiene su área de influencia en las áreas programáticas y en los centros de salud para el tratamiento y seguimiento de patologías detectadas en el screening o evaluación inicial, y es el generador de talleres en la comunidad.

➤ El Programa de Salud para adultos mayores, dado que la población que padece ECNTs en su mayoría se ubican en el rango etario de más de 60 años y demandan más cuidados sanitarios, para evitar complicaciones se establecen acciones conjuntas para el control integral.

➤ El departamento Materno Infantil que brinda asistencia al niño desde la concepción hasta los primeros años de vida, a la par de atender los requerimientos y cuidados que necesitan las madres para poder criar a los hijos, posibilitan acciones de prevención en los primeros años de vida y brinda la oportunidad de cambiar hábitos en las madres, que suelen ser las portadoras de las concepciones de salud al interior de las familiar.

➤ La Red de Oncología que brinda asistencia en los consultorios externos del segundo nivel de atención para el tratamiento de cánceres.

Existen otras áreas del ministerio que son eslabones claves para el desarrollo de los objetivos de la UECNTs, entre ellos está la **Gerencia Operativa de Programas Financiados por Terceros** que incorpora los procedimientos y requisitorias de los programas nacionales de protección para población vulnerable (Proteger-Fesp-Sumar-Redes), **Dirección General de Atención Primaria** que articula las acciones que se llevan a cabo en los centros de salud y facilitan el contacto ente los equipos de salud territoriales y el ministerio, por último la **Dirección General de Salud Comunitaria** que reúne todas las actividad que se realizan en la comunidad y genera instancias de entrenamiento para los promotores de salud comunitarios.

### ***C. Articulación por fuera del ministerio***

Al ser el referente de las acciones de promoción de la salud y control de enfermedades crónicas, este nivel participa de mesas de trabajo con áreas significativas en la temática para promover las condiciones para entornos más saludables : Junto con el Ministerio de Educación en lo que refiere a la elaboración de entornos escolares, pliegos de menú y regulación de alimentos y publicidad dentro de kioscos en escuelas; junto con Ministerio de Ambiente y Espacio Público se trabaja para la dotación de equipamiento para realizar actividad física en plazas. Con Secretaría de Desarrollo Ciudadano para coordinar acciones conjuntas de promoción de la salud con Estaciones saludables y su derivación a efectores, y con Mi Escuela Saludable para generar estrategias contra la obesidad y el sobrepeso infantil en el ámbito escolar.

### ***D. Gobernanza: alianzas estratégicas***

Entre las gestiones más importantes del área se puede citar la firma de un acuerdo con el Ministerio de Salud de la Nación para la adhesión al Proyecto de “Protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles” a través del programa PROTEGER, con el fin de obtener financiamiento del Banco Interamericano de Desarrollo para mejorar la calidad de las prestaciones brindadas (Mayo 2016).

De forma similar, el Ministerio de salud de CABA en el marco de los Objetivos del Milenio acordados por la Organización de Naciones Unidas (ONU), y con la participación del Ministerio de Salud de Nación, firmó la adhesión al proyecto de Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) como representante jurisdiccional y responsable de las funciones esenciales de salud pública.

Hubieron 2 etapas de este último acuerdo: A diferencia del FESP I donde el panorama sanitario enfatizaba el abordaje de las enfermedades transmisibles, el FESP II acentúa las Funciones Esenciales para evitar retrocesos en los logros de las condiciones de salud y en la reducción de la carga de enfermedades cardiovasculares prevenibles, cáncer, diabetes e hipertensión.

Otros programas de nivel nacional con financiamiento externo son el Programa Sumar y el Programas Redes, estas iniciativas se vinculan a la unidad de manera transversal. A partir de la creación de la Cobertura universal, se trabajarán los programas PROTEGER-SUMAR Y REDES de forma conjunta. Esto se debe a que tanto a nivel local como nacional las ECNTs representan un desafío en materia sanitaria que debe ser abordado desde las distintas áreas:

- Programa Sumar (Ex Plan Nacer) es una estrategia nacional que busca brindar cobertura a población materno infantil, a niños y a adolescentes entre 6 y 19 años, a hombres y mujeres hasta los 64 años mediante un seguro de salud como incentivo por nominalizar a la población y por proporcionar cobertura efectiva y de calidad considerados en una set de prestaciones. Entre las líneas de cuidados que tiene alcance se encuentra el eje materno infantil, la detección precoz y el seguimiento de los pacientes con cáncer de cuellos de útero y mama en población femenina, y cáncer de colon en especial en población masculina.
- REDES (Que incluye el programa REMEDIAR) es el gobierno sanitario nacional que promueve los servicios de salud fortaleciendo la calidad de los mismos a través de tres estrategias: 1) fortalecimiento de redes integradas de salud; 2) Fortaleciendo las competencias de los equipos tratantes; 3) supervisión y acompañamiento de las gestiones.

En este sentido se prioriza la atención en el primer nivel de atención y los cuidados de pacientes con diabetes e hipertensión.

- La certificación Ciudad activa es parte de la iniciativa internacional Global Active Cities, conformada por una red de “ciudades activas”, que promueven el bienestar en sus comunidades. Forman parte de esta red las ciudades de Liverpool, Richmond, Lausanne, entre otras. Para lograrlo, BA Ciudad Activa engloba acciones que, desde distintos frentes (actividad física, deporte, alimentación, salud, espacio urbano, educación, transporte), promueven estilos de vida activos y saludables, y potencian la calidad de vida de los ciudadanos. Se apunta a garantizar así la oferta de oportunidades adecuadas y de un entorno apropiado, para que cada vecino incorpore hábitos saludables en su vida diaria. La UECNTs como parte de esta alianza estratégica brindar asistencia técnica y formula los principios tendientes a reducir la obesidad infantil y fomentar la realización de actividad física para reducir la prevalencia de ECNTs y FRs tanto en la población infantil como en los adolescentes.

## ***VISION***

La visión de área, propuesta como formulación resultante de este trabajo, plantea un rumbo acción traducido en seis objetivos estratégicos:

**I. Fortalecer la atención en el primer nivel de atención** mediante la adquisición de insumos, acciones de capacitación y actualización profesional de los equipos tratantes para el abordaje integral de la población con alguna ECNTs o FRs.

**II. Coordinar acciones conjuntas con los programas o redes de salud** incluidos en la Unidad, y planificar acciones con diversas áreas del ministerio para el desarrollo de tareas en los centros de salud y en espacios comunitarios.

**III. Articular acciones en toda la red de servicios para brindar una atención especializada,** a fin de garantizar los cuidados continuos en todos los niveles de atención, y aumentar el nivel de cobertura de la población vulnerable.

IV. **Genera acuerdos interministeriales** como el referente jurisdiccional para promover estilos de vidas más saludables y actividades que mejoren la calidad de vida de los que transitan por la ciudad.

V. **Brindar asistencia técnica** a comisión legislativas y generar estrategias de abogacía con sociedad científicas que permitan sensibilizar a la población sobre el avance de esta epidemia.

VI. **Fortalecer las acciones de informatización del sistema de salud**, y desarrollar estrategias que permitan la **vigilancia epidemiológica** de las ECNTS, y el monitoreo de los programas dependientes de la Unidad.

Habiéndose recopilado de diversas fuentes los determinantes de salud de la población de CABA, a partir de datos extraídos de informes epidemiológicos y análisis de situación provenientes de áreas del ministerio que trabajan articuladamente con esta Unidad, se procede a la identificación de los problemas sanitarios más importantes presentados de forma sistematizada en el cuadro que se encuentra a continuación.

La identificación de los temas sanitarios permitirá la selección de acciones a seguir y en una instancia posterior, los indicadores necesarios para medir el cambio en la salud de la población

<b>LÍNEAS DE CUIDADO PRIORIZADAS</b>			
<b>Problema/tema</b>	<b>Identificación de la población afectada</b>	<b>Último dato disponible</b>	<b>Fuente y año</b>
<b>Obesidad infantil</b>	Niños menores de 6 años, escolarizados	42.2% de niños de CABA con obesidad, 37.7% de niños no alcanzan los 60 minutos de actividad física.	Encuesta Alimentaria y Nutricional de CABA, 2011.

<b>Diabetes</b>	Diabetes tipo 2, diabetes gestacional	10% de la población Argentina lo padece, en muchos casos, desconociéndolo.	3ª Encuesta de Factores de Riesgos 2013; Boletín Epidemiológico de Factores de Riesgo 2016;
<b>Incorporación de alimentación saludable e incremento en el consumo de frutas y verduras,</b>	Población adulta. 30 a 70 años	3 de 4 muertes por enfermedades crónicas es explicada por los factores de riesgo. 48% de la población adulta de CABA con sobrepeso u obesidad. Consumo promedio de frutas y verduras es 2.1	3ª Encuesta de Factores de Riesgos 2013
<b>Reducción del sedentarismo y promoción de la actividad física</b>	Población adulta 30 a 70 años	3 de 4 muertes por enfermedades crónicas es explicada por los factores de riesgo. 53.2% de adultos tiene un bajo nivel de actividad física.	3ª Encuesta de Factores de Riesgos 2013; Boletín Epidemiológico de Factores de Riesgo 2016;
<b>Prevención y disminución del consumo de tabaco</b>	Población general, tabaquistas y ex tabaquistas	3 de 4 muertes por enfermedades crónicas es explicada por los factores de riesgo 21% es fumadora está expuesta al humo	3ª Encuesta de Factores de Riesgos 2013; Boletín Epidemiológico de Factores de Riesgo 2016;

<b>Cáncer cérvico uterino y cáncer de mama</b>	Mujeres en edad fértil. Mama: 50-70 años	Cáncer es la 2da causa de muerte en Argentina. El cáncer de mama representa el 16.8%	3ª Encuesta de Factores de Riesgos 2013; Boletín Epidemiológico de Factores de Riesgo 2016, Boletín Epidemiológico de la CABA
<b>Cáncer Colo-rectal</b>	Adultos mayores de 50 y población con factor de riesgo	Más de 90% se produce en personas de más de 60 años, representa el 12% del total de muertes por tumores.	Relevamiento en hospitales públicos de CABA.
<b>ACV y Enfermedades cardiovasculares + HTA</b>	Población general	3 de 4 muertes por enfermedades crónicas es explicada por los factores de riesgo	3ª Encuesta de Factores de Riesgos 2013; Boletín Epidemiológico de Factores de Riesgo 2016;

Fuente: Elaboración propia, considerando las líneas de cuidados priorizadas.

PROBLEMA	POBLACIÓN	PRIORIDAD	INCIDENCIA	SUMATORIA (P+I)	SELECCIÓN
Obesidad Infantil	Niños menores De 6 años Escolarizados	3	3	6	1°

Sobrepeso Obesidad	Adulta 30-70 años	3	3	6	1°
Actividad física Insuficiente	Adulta 30-70 años	2	3	5	2°
Consumo de Tabaco	Adulta 30-70 años	3	2	5	2°
Hipertensión Arteria-RCV	Adulta 30-70 años	2	2	4	3°
Cáncer cuello + cáncer mama	Mujeres 20-39 Mujeres 50-70	2 2	3	5	2°
Diabetes	Adulta 30-70 años	3	3	6	1°
Cáncer colo-rectal	Adulta 40-70 años	1	3	4	3°
EPOC	Adulta de >50	2	2	4	3°

PRIORIDAD	INCIDENCIA
1: Baja	<b>1: Baja</b>
2: Media	<b>2: Media</b>
3: Alta	<b>3: Alta</b>

## D.T.N° 1 RESUMEN LÍNEAS DE CUIDADO PRIORIZADAS

PROBLEMA DE SALUD	PRIORIDAD (IMPORTANCIA +RELEVANCIA)	INDICADOR (Prevalencia)	INDICADOR BASE	AÑO REPORTE	PERIODICIDAD ANUAL			
					META 2019	FECHA evaluación	META 2020	FECHA evaluación
Sobrepeso								
Obesidad								
Obesidad infantil								
Sobrepeso infantil								
Diabetes T1								
Diabetes T2								
Hipertensión arterial								
ACV								
Cáncer de cuello de útero								
Cáncer de mama								
Cáncer colon rectal								
Población fumadora								
EPOC								
ERC								

### **DOCUMENTO TECNICO N° 1 RESUMEN LÍNEAS DE CUIDADO PRIORIZADAS**

El D.T. N° 1 Resumen líneas de cuidados priorizadas es un documento que servirá para análisis global de la implementación de las políticas, considerado para ser utilizado al final de cada año calendario o como insumo para el diagnóstico de situación al finalizar la próxima gestión.

Se propuso incluir como indicador la prevalencia de las enfermedades no trasmisibles y los factores de riesgo, considerando datos poblacionales que estén disponibles y proyecciones que pudiesen resultar dentro del plan estratégico.

### **MATRIZ FODA**

Tal como se indicara anteriormente, existen diversos instrumentos de gestión que brindan un conocimiento más amplio del estado de situación, en esta instancia se utilizará la matriz de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA), lo que permitirá considerar las características internas del sistema de salud pública y tener en cuenta los condicionamientos externos para poder elaborar así un plan con viabilidad política, acorde a la estructura ministerial.

En el estudio de caso durante la primera etapa de la planificación, es decir durante el diagnóstico de situación, se identificaron dificultades respecto a la gestión al interior de la red de programas, surgieron observaciones de acuerdo a la articulación de las actividades dentro de los centros de salud y las políticas desarrollados por el Ministerio, y fueron consideradas las siguientes cuestiones:

**DOCUMENTO TECNICO N° 2 MATRIZ FODA**



Fuente: Elaboración propia, en base a literatura existente.

Se considera que esta matriz sea realizada conforme se realicen los planes operativos del área, complementada y/o reemplazada por otros instrumentos de análisis tal como matriz de marco lógico o árbol de problemas, etc de acuerdo a la evolución de los planes.

## ¿CÓMO PODEMOS LLEGAR?

En esta instancia del trabajo como respuesta a la problemática planteada, se establece el Plan de gestión de la Unidad consistente con el plan ministerial.

El estado sanitario actual requiere de una intervención de los gobiernos proporcionando las condiciones deseables para generar entornos más saludables, proveyendo además de una instancia básica de oportunidades para todos los ciudadanos y la posibilidad de accesibilidad a hábitos más saludables sin importar la condición social y capacidad económica de los mismos.

Asimismo, la participación de los gobiernos como promotores del cambio cultural hacia estilos de vida más saludables, pone de manifiesto la gravedad de la problemática sanitaria a nivel mundial y la necesidad de generar espacios de intercambio con otros sectores para lograr la efectividad de las políticas públicas y la adhesión a estas iniciativas tendientes al bienestar de la población en su conjunto, junto con el desarrollo económico y social.

*Por todo lo expuesto, el objetivo general del plan de la UECNT es reducir la prevalencia de las ECNTs y sus factores de riesgo en los próximos cuatro años (2020-2023) en la población que reside en CABA y así contener la morbilidad y discapacidad asociada mediante la planificación estratégica de acciones de prevención, promoción de la salud y el cuidado oportuno basado en la estrategia de atención primaria de la salud.*

A partir del diagnóstico de situación y de las líneas definidas de los problemas sanitarios priorizados se describen los objetivos estratégicos del área.

1. Mejorar las condiciones de los efectores de salud de atención ambulatoria para brindar servicios de alta calidad en las ECNTs para los grupos de población vulnerables, niños y adolescentes, basados en modelos de atención que favorezcan la promoción de la salud y el empoderamiento del paciente con una fuerte participación comunitaria .

2. Facilitar el acceso de servicios mediante reorientación de los mismos acordes a las características propias de la comunidad donde se desarrollan, atendiendo a las necesidades de los mismos, promoviendo una cobertura universal y equitativa, y favorecer un acceso a la provisión de

medicamentos y tecnología necesarias para la atención de estas patologías a todos los usuarios con cobertura pública exclusiva.

3. Desarrollar e Implementar un plan de capacitación específico para cada integrante del proceso de atención (profesionales y equipos de salud, a promotores comunitarios y a la población general) que impliquen distintas instancias de educación, capacitación y evaluación con el fin de prepararlos para identificar las necesidades, enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios de la salud pública y evaluar adecuadamente las acciones de la política sanitaria. Asimismo, definir los requisitos para la acreditación de profesionales de la salud y adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad.

4. Desarrollar un plan estratégico de promoción de la salud que contenga acciones de fomento de los cambios en los modos de vida y las condiciones del entorno para impulsar el desarrollo de una cultura de la salud y el desarrollo de acciones educativas y de comunicación dirigidas a promover modos de vida, comportamientos y ambientes saludables especialmente en entornos escolares y laborales.

5. Generar alianzas estratégicas intra e interministeriales mediante el desarrollo de la abogacía para incidir en las concepciones respecto a las ECNTs y las comorbilidades asociadas a los Factores de riesgo, para el compromiso de actores claves en políticas sanitarias, donde además se incluya las acciones que permitan la participación de la sociedad civil y sociedades científicas.

6. Diseñar e Implementar un sistema de Vigilancia, monitoreo e investigación de las ECNT y sus factores de riesgo, con atención a las desigualdades existentes entre los distintos grupos poblacionales, a la par de un manejo de estadísticas vitales y análisis de situación de grupos de riesgo. Se pretende además la recolección y sistematización de información para la evaluación de desempeño de los servicios y la evaluación del impacto de políticas públicas para la toma de decisiones futuras.

### ***PROGRAMA DE TRABAJO. PLANIFICACIÓN OPERATIVA ANUAL (POA)***

La formulación del plan operativo describe los objetivos específicos del área, las acciones seleccionadas de acuerdo a los determinantes de salud que impactan en el avance de las ECNTs y

sus FRs, y la secuencia de actividades para concretar esos objetivos. La población en la que se espera focalizar la mayoría de las políticas es aquella con cobertura pública exclusiva que se atiende en los centros de salud y efectores de la red pública, es decir un 20% de los residentes priorizando las zonas más vulnerables que responden al cordón sur de la ciudad. Sin embargo, las acciones en vía pública, o aquellas políticas de prevención de la salud extramuros pretenden sensibilizar a la población sin distinción de su cobertura de salud.

Para el ordenamiento de las actividades se propone seguir los lineamientos de la OPS y de la Secretaria de gobierno de salud de Nación, que establece como aspectos claves para combatir el avance de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo tres estrategias:

*1. Fortalecimiento de servicios para brindar asistencia oportuna y de calidad:*

El fortalecimiento y la reorientación de servicios se lograrán mediante diversas acciones que se llevarán a cabo en los centros de salud lideradas y coordinadas por la UECNTS por la articulación de forma coordinada con los programas REDES-SUMAR-PROTEGGER. Estas actividades abarcan desde el aprovisionamiento de materiales para el abordaje integral de personas con enfermedades crónicas, la formación continua del equipo de salud interviniente en la atención sanitaria y las acciones que reflejen la interoperabilidad con los programas integrantes de la Unidad.

*2. Promoción de la salud y hábitos saludables, que incluye la formulación de políticas saludables.*

Tal como se indicara en los apartados anteriores, se considera la conceptualización de la Carta de Ottawa (OMS 1986) para identificación de áreas claves en la promoción de la salud, que interconectadas entre sí, generan cambios significativos en el comportamiento de los individuos, modificaciones sustanciales en los entornos y estimulan la participación ciudadana. A partir de allí se propone el desarrollo de las diversas actividades de promoción, prevención y educación para la salud para la CABA considerando prioritarios la atención hacia los tres principales factores de riesgos como el consumo o exposición al humo de tabaco, la alimentación inadecuada e ineficiente actividad física. Abarcarán acciones tales como talleres o jornadas en centros de salud, eventos en vía pública, campañas de difusión masiva, acciones varias en la comunidad.

*3. Vigilancia epidemiológica*

Para detener el avance de las enfermedades crónicas y en sintonía con los desarrollos del ministerio en materia de informatización de los registros, la implantación de la historia de salud integral y las mejoras en la calidad de las bases de datos, la UECNTS liderará los procesos para la

obtención de datos epidemiológicos actualizados, en tiempo y formas adecuados, llevará acciones tendientes a la capacitación del equipo de salud para el correcto registro de la población que padece o podría padecer alguna ECNTs. Con igual ímpetu, liderará los procesos para la obtención indicadores de gestión y de atención sanitaria, articulando con las diversas áreas dentro del organismo.

A continuación se detallan líneas de trabajo propuestas en el POA de la UECNTS, como instrumento de presentación, se propone un cuadro sencillo para ser utilizado en Formato Excel, representado en el documento técnico D.T N° 3 PLANIFICACIÓN OPERATIVA ANUAL. Allí además de la descripción del objetivo, la acción y la actividad a desarrollar, se deberá indicar el responsable de llevar a cabo esa acción, y los requerimientos necesarios.

### ***FORTALECIMIENTO DE SERVICIOS (Objetivos 1, 2, 3, 4,5)***

➤ **Objetivo 1.** Implementar un plan de capacitación para profesionales del primer nivel de atención en la sensibilización sobre la prevención de ECNTS y diagnóstico oportuno de los factores de riesgo.

#### **Acción 1.1. Capacitación de profesionales del primer nivel de atención sobre detección precoz, atención y derivación oportuna, seguimiento de personas incluidos en grupos de mayor riesgo.**

Actividad 1.1.1. Curso Modelo de Atención de pacientes con Enfermedades Crónicas (MAPEC) modalidad virtual

Actividad 1.1.2. Curso Modelo de Atención de pacientes con Enfermedades Crónicas (MAPEC) modalidad presencial

#### **Acción 1.2. Capacitación periódica programas**

Actividad 1.2.1. Jornadas de Actualización del programa Nutricional para los equipos de Salud de los centros de salud

Actividad 1.2.2. Curso anual Abordaje Interdisciplinario de Tabaquismo.

Actividad 1.2.3. Curso de Postgrado en Actividad Física y Salud

#### **Actividad 1.3 Capacitaciones específicas en articulación con Programas de Financiamiento externo (REDE-SUMAR-PROTEGER)**

Actividad 1.3.1. Capacitación de nuevo protocolo de atención, Curso de Insulinización en Primer Nivel de Atención

Actividad 1.3.2. Curso de cuidados en pie diabético.

Actividad 1.3.3. Curso de Fortalecimiento de la Redes Integrales de servicios de salud.

➤ **Objetivo 2.** Dotar a los centros de primer nivel de equipamiento básico para el screening y tamizaje general de ECNTs y factores de riesgo.

**Acción 2.1. Difusión de guías de práctica clínica y protocolos validados, para uso de los profesionales de la salud en el portal de APS del Ministerio de Salud**

Actividad 2.1.1. Elaboración de Guías de Práctica Clínica y diseño de protocolos varios

Actividad 2.1.2. Distribución en portal APS

**Acción 2.2. Entrega de equipamiento para kit screening, control y seguimiento**

Actividad 2.2.1. Proceso de compra y adquisición de equipamiento médico para el seguimiento de pacientes (tensiómetro, glucómetro con tiras reactivas, monofilamentos, cinta métrica, balanza)

Actividad 2.2.2. Entrega de equipamiento médico para el primer nivel de atención.

Actividad 2.2.3 Compra y Adquisición de KIT para el fomento de la actividad física y reducción del sedentarismo (Colchonetas+pelotas+mancuernas)

Actividad 2.2.4. Entrega de KIT para el primer nivel de atención.

Actividad 2.2.5 Compra y Adquisición de Kit Recreo Activo en escuelas para el fomento de la actividad física y reducción del sedentarismo.

Actividad 2.2.6. Entrega de Kit Recreo Activo en escuelas para el fomento de la actividad física y reducción del sedentarismo.

**Acción 2.3. Circuitos de entrega de insumos para diabetes gestacional en maternidades**

Actividad 2.3.1. Desarrollo de protocolo de entregas para incrementar la provisión de insumos

Actividad 2.3.2. Puesta en marcha del proyecto, seguimiento y monitoreo.

**Acción 2.4. Prueba de tolerancia a la glucosa en niños con obesidad en el primer nivel de atención**

Actividad 2.4.1. Compra de insumos y equipamiento necesarios para la muestra en centro de salud

Actividad 2.4.2. Distribución de requerimientos en centros de salud. Prueba piloto priorizados  
Proteger

➤ **Objetivo 3.** Conformar mesas intersectoriales para el abordaje integral de ECNT y fomentar la articulación interministerial para reducir la prevalencia de ECNT y desarrollar acciones tendientes a prevenir los FR.

### **Acción 3.1. Participación en mesas de trabajo**

Actividad 3.1.1. Reunión semestral Jurisdicciones Proteger + Plan Nacional de obesidad infantil

Actividad 3.1.2. Mesas Interministeriales periódicas: Iniciativa gubernamental Proyecto Ciudad Activa

Actividad 3.1.3. Reunión con referentes de PRODIABA, para el tratamiento de pacientes diabéticos en AMBA

➤ **Objetivo 4.** Generar estrategias para formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel.

### **Acción 4.1. Seguimiento de Equipos de salud**

Actividad 4.1.1. Reuniones de seguimiento con facilitadores de salud y equipo, equipo de UPE-HCE

Actividad 4.1.2. Reuniones semanales con equipos de programas de financiamiento externo, DG Atención primaria, DG. Salud comunitaria

Actividad 4.1.3. Reuniones cuatrimestrales con Coordinadores Programas Unidad de ECNTS

### **Acción 4.2 Prueba piloto abordaje integral pacientes diabéticos**

Actividad 4.2.1. Reuniones de trabajo para implementación de proyecto con Red de Diabetes, y Referentes de programas REDES, SUMAR, PROTEGER.

Actividad 4.2.2. Relevamiento diagnóstico de situación

Actividad 4.2.3. Compra de insumos requeridos

Actividad 4.2.4. Lanzamiento prueba piloto en centros seleccionados, monitoreo, seguimiento.

### **Acción 4.3 Prueba piloto abordaje integral pacientes con cáncer de cuello de útero.**

Actividad 4.3.1. Reuniones de trabajo para implementación de proyecto con Red de ginecología y Referentes de programas REDES, SUMAR, PROTEGER

Actividad 4.3.2. Relevamiento diagnóstico de situación

Actividad 4.3.3. Compra de insumos requeridos

Actividad 4.3.4. Réplica de prueba piloto en otros efectores (implementación 2da etapa)

#### **Acción 4.4 Pesquisa de detección precoz de cáncer de colon**

Actividad 4.4.1. Desarrollo, Implementación y seguimiento de modelo de pesquisa para detección de cáncer de colon. (Modelo de atención Hospital Carlos Durand)

Actividad 4.4.2. Compra de insumos y equipamiento necesarios para la muestra en efectores

Actividad 4.4.3. Distribución de requerimientos en efectores. Prueba piloto en algunos servicios

Actividad 4.4.4. Campaña de sensibilización en efectores de salud con entrega de material informativo; difusión en redes sociales

➤ **Objetivo 5.** Generar estrategias para el uso eficiente de los recursos provistos (medicación, insumos, etc.) a fin de asegurar el acceso oportuno, adecuado y suficiente a las prácticas de calidad requeridas para mujeres en edad reproductiva, recién nacidos, niños y niñas a la par de un seguimiento en el tratamiento de los usuarios diagnosticados con ECNTS.

#### **Acción 5.1. Desarrollo de seguimiento y monitoreo de medicación e insumos biomédicos en el primer nivel**

Actividad 5.1.1. Análisis de situación y elaboración propuesta de mejora

Actividad 5.1.2. Puesta en marcha y seguimiento

#### **Acción 5.2. Adquisición de análogos para pacientes diabéticos**

Actividad 5.2.1 Análisis de situación

Actividad 5.2.2. Proceso de compra y adquisición

#### ***PROMOCIÓN Y DIFUSIÓN (Objetivos 6, 7, 8, 9,10)***

➤ **Objetivo 6.** Generar Campañas masivas de comunicación y /o estandarización de materiales de difusión (cartillas, juegos, folletería) para ser utilizados por los distintos programas intervinientes o para la difusión de acciones en la comunidad sobre promoción de hábitos saludables, prevenciones de ECNTs y FRs.

### **Acción 6.1. Campaña de sensibilización**

Actividad 6.1.1. Campaña de sensibilización y concientización de los efectos nocivos del consumo de tabaco, actividades de consejería breve en espacios públicos y privados.

Actividad 6.1.2. Comunicación en redes sociales del Ministerio sobre servicios y efectores públicos de atención y noticias relevantes en políticas sanitaria.

Actividad 6.1.3. Difusión de videos informativos y de sensibilización sobre los factores de riesgo para ser utilizados en salas de espera de centros y efectores de salud.

Actividad 6.1.4. Difusión de mapa georreferencial de la oferta de actividad física disponible en polideportivos, núcleos deportivos, plazas activas y espacios públicos en redes sociales, portales y aplicativos móviles.

### **Acción 6.2. Materiales gráficos**

Actividad 6.2.1. Estandarización del circuito de solicitud de materiales para promoción de salud

Actividad 6.2.2. Elaboración y/o reimpresión de material de prevención, autocuidado y diagnóstico precoz de factores de riesgo y enfermedades crónicas.

Actividad 6.2.3. Distribución de material de prevención, autocuidados y diagnóstico precoz de factores de riesgo y enfermedades crónicas.

➤ **Objetivo 7.** Implementar un cronograma de Talleres sobre la prevención de los factores de riesgo: alimentación saludable en Centros de salud; adquisición de habilidades y destrezas para el autocuidado de pacientes crónicos y su familia (ej. Diabetes)

### **Acción 7.1. Fortalecimiento de acción de la comunidad**

Actividad 7.1.1. Taller/jornada sobre hábitos saludables y prevención de factores de riesgo en diversos espacios comunitarios a definir

Actividad 7.1.2. Taller/jornada sobre hábitos saludables y prevención de factores de riesgo en diversas estaciones saludables

Actividad 7.1.3 Curso de promoción de la salud destinado a la capacitación de promotores comunitarios en enfermedades crónicas y factores de riesgo.

➤ **Objetivo 8.** Implementar acciones de sensibilización considerando las efemérides de salud. Eventos: Día Mundial de la Diabetes, Semana de la DBT en odontología; Día Mundial Sin

Tabaco y Día Internacional del Aire Puro, Día Mundial del Corazón, Mundial de la Salud, Día Mundial de la Actividad Física.

### **Acción 8.1. Acciones en la comunidad**

Actividad 8.1.1. Postas sanitarias (incluye eventos y efemérides de salud), sobre factores de riesgo donde se realice consejería de hábitos saludables con toma de glucosa capilar, peso, talla y screening de factores de riesgo cardiovascular con derivación oportuna.

Actividad 8.1.1. Taller de cocina saludable en centros de salud y/o comedores comunitarios, con consejería y recetas para la elaboración de comidas y snacks, dividido por grupo etario.

### **Acción 8.2. Difusión en redes sociales y medios**

Actividad 8.2.1. Posteo en medios digitales y redes sociales de consejos para incorporar hábitos y estilos de vidas más sanos donde se incluya el fomento a la actividad física, consejería de cesación tabáquica y adherencia a diversos tratamientos.

### **Acción 8.3. Acciones en efectores**

Actividad 8.3.1. Talleres/jornadas con temáticas específicas destinadas a pacientes con enfermedades crónicas y a su grupo familiar, para la incorporación de estrategias de automanejo, incentivos a la adherencia del tratamiento, pautas de alarmas que eviten lesiones o complicaciones con base en el primer nivel de atención.

Actividad 8.3.2. Taller de movimiento para personas con ECNTS a cargo de profesores de actividad física, jornadas de acondicionamiento físico para personas con ECNTS a cargo de kinesiólogos, y diversas Actividades (caminatas) a cargo del Programa Culturalmente saludable

➤ **Objetivo 9.** Conformar espacios de debate académicos sobre la importancia de la problemática sanitaria de la CABA y a nivel nacional, e integrar mesas en los distintos entornos donde se requiera asistencia técnica para la elaboración de políticas y desarrollo de normativa destinadas a promover entornos saludables, reducción de consumo de bebidas y alimentos de baja calidad nutricional y alto contenido calórico.

### **Acción 9.1. Formulación de políticas saludables**

Actividad 9.1.1. Participación periódica en las Comisiones Nacionales de alimentación, sodio, etc.

Actividad 9.1.2. Participación de mesas de trabajo con comisión de salud de la Legislatura, asistencia técnica.

### **Acción 9.2. Creación de entornos saludables**

Actividad 9.2.1. Asistencia técnica en el armado de pliegos de menús infantiles para escuelas de gestión estatal.

➤ **Objetivo 10.** Desarrollar acciones de abogacía a fin de sensibilizar a actores claves para el compromiso hacia estilos de vida más saludables, y a fin de poner en agenda política los temas relevantes de la problemática sanitaria mundial.

### **Acción 10.1. Formulación de políticas saludables**

Actividad 10.1.1. Acompañamiento a iniciativas parlamentarias del Gobierno Nacional en materia de rotulado, etiquetado frontal de alimentos y regulación de publicidad de alimentos ultra procesados y bebidas para niños.

Actividad 10.1.2. Implementación de proyecto: 1000 días del niño que establezca líneas de cuidados desde la concepción hasta 2 años de vida, y como complemento la modificatoria de la Ley de Lactancia en CABA.

Actividad 10.1.3. Elaboración de convenios y/o acuerdos con universidades y profesorado de educación física para rotación de profesionales en centros de salud.

Actividad 10.1.4. Elaboración de convenios y/o acuerdos con verdulerías, ferias itinerantes para el fomento del consumo de frutas y verduras.

Actividad 10.1.5. Fortalecimiento de fiscalización y control de la ley antitabaco mediante capacitación a empleados del 147 y acuerdos con AGC.

### **Acción 10.2. Creación de entornos saludables**

Actividad 10.2.1. Certificación de entornos (laboral, educativo) saludables en espacios públicos y privados que incluyen una consejería breve.

Actividad 10.2.2. Monitoreo de los espacios certificados.

Actividad 10.2.3. Jornada de fomento de hábitos saludables con foco en la alimentación saludable, actividad física, en centros de primera infancia, jardines maternos y organismos públicos.

Actividad 10.2.4. Acuerdos interministeriales para el desarrollo de estrategia PAUSA ACTIVA para empleados de GCABA.

## ***VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA (Objetivos 11, 12, 13)***

➤ **Objetivo 11.** Propiciar acciones para la registración de datos de la población de CABA, mejorar la calidad del registro y provisión de información útil para la toma de decisiones y para el logro efectivo de nominalización de la población con alguna ECNTs o FRs que se atiende en el primer nivel a partir de la Historia Clínica Electrónica.

### **Acción 11.1. Capacitación en Historia de Salud Integral HSI para mejorar la calidad del dato y el registro oportuno**

Actividad 11.1.1. Capacitación de equipo de salud en modo de registración y uso de HSI

Actividad 11.1.2. Seguimiento -feedback con equipos que ya registran

### **Acción 11.2. Capacitación en Vigilancia Epidemiológica**

Actividad 11.2.1. Jornadas de actualización profesional referida a la vigilancia epidemiológica

### **Acción 11.3. Nominalización de usuarios Registración en sistemas informáticos de vigilancia Nacional**

Actividad 11.3.1. Mesa de trabajo con referentes de efectores sanitarios para proponer propuesta de implementación+feedback

Actividad 11.3.2. Implementación de los registros informáticos creados por el Instituto Nacional del cáncer (SITAM, RITA)

Actividad 11.3.3. Capacitación+Seguimiento de la implementación

Actividad 11.3.4. Mesa de trabajo con referentes de efectores sanitarios para proponer propuesta de implementación+feedback

Actividad 11.3.5. Implementación del registro y monitoreo en el Registro Nacional PAIER

Actividad 11.3.6. Capacitación + Seguimiento de la implementación

➤ **Objetivo 12.** Desarrollar estrategias para la elaboración de un tablero de control de ECNTs a nivel jurisdiccional, con la posibilidad de reportes epidemiológicos establecidos.

### **Acción 12.1. Implementación de TC de ECNT para disminuir la prevalencia de ECNT y FR en la CABA**

Actividad 12.1.1 Mesa de trabajo de referentes de los programas para selección de indicadores

Actividad 12.1.2. Puesta en marcha del proyecto, seguimiento y monitoreo semestral.

➤ **Objetivo 13.** Generar instancias de investigación en el ámbito de las ECNTs, como desarrollo metodológico de relevancia para los profesionales tratantes, y fomentar la investigación y/o participación de los distintos programas en congresos de actualización profesional.

### Acción 13. 1. Congresos ECNTS

Actividad 13.1.1. Participación y presentación de trabajos en congresos nacional referidos a la temática

### Acción 13.2. Proyectos de investigación

Actividad 13.2.1. Participación en proyectos de investigación de ECNT

A posterior se propone un cuadro de seguimiento de las acciones y actividades que se pretende realizar para el cumplimiento de objetivos.

## *DOCUMENTO TÉCNICO N° 3 PLANIFICACIÓN OPERATIVA ANUAL*

### D.T. N° 3 PLANIFICACIÓN OPERATIVA AÑO XX

EJE	OBJETIVO	ACCION	ACTIVIDAD TAREA	INCIDENCIA	RELEVANCIA	RESPONSABLE	RECURSOS	CRONOGRAMA														
								E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
Fortalecimiento de servicios	Objetivo f.1	Acción f.1																				
	Objetivo f.2	Acción f.2																				
	Objetivo f.n	Acción f.n		ALTA	ALTA																	
Promoción de la Salud	Objetivo p.1	Acción p.1		MEDIA	MEDIA																	
	Objetivo p.2	Acción p.2		BAJA	BAJA																	
	Objetivo p.n	Acción p.n																				
Vigilancia Epidemiológica	Objetivo v.1	Acción v.1																				
	Objetivo v.2	Acción v.2																				
	Objetivo v.n	Acción v.n																				

Fuente: Elaboración propia

Dicho cuadro, que completo con el detalle de las acciones seleccionadas para el ejercicio 2020 es acompañado de un gráfico de Gantt o cronograma para mejor visualización de los plazos y actividades pendientes, por cuestiones gráficas se resume las actividades por cuatrimestres, pero en la presentación puede ser mensual como el gráfico anterior.

D.T. N° 3 PLANIFICACIÓN OPERATIVA 2020											
EJE	OBJETIVO	ACCIÓN	ACTIVIDAD / TAREA	INCIDENCIA	RELEVANCIA	RESPONSABLE	RECURSOS	1 TRIM	2 TRIM	3 TRIM	4 TRIM
FORT. DE SERVICIOS	Objetivo 1. Implementar un plan de capacitación para profesionales del primer nivel de atención para la sensibilización sobre la prevención de ECNT y diagnóstico oportuno de los factores de riesgo.	1.1. Capacitación de profesionales del primer nivel de atención sobre detección precoz, atención y derivación oportuna, seguimiento de personas incluidos en grupos de mayor riesgo.	1.1.1. Curso Modelo de Atención de pacientes con Enfermedades Crónicas (MAPEC) modalidad virtual	Alta	Alta	UECNT-PROTEGER	Certificados - coffeee break entrega de diplomas	X		X	
	Objetivo 1. Implementar un plan de capacitación para profesionales del primer nivel de atención para la sensibilización sobre la prevención de ECNT y diagnóstico oportuno de los factores de riesgo.	1.1. Capacitación de profesionales del primer nivel de atención sobre detección precoz, atención y derivación oportuna, seguimiento de personas incluidos en grupos de mayor riesgo.	1.1.1. Curso Modelo de Atención de pacientes con Enfermedades Crónicas (MAPEC) modalidad presencial	Alta	Alta	UECNT-PROTEGER	Certificados - coffeee break entrega de diplomas		X		X
	Objetivo 1. Implementar un plan de capacitación para profesionales del primer nivel de atención para la sensibilización sobre la prevención de ECNT y diagnóstico oportuno de los factores de riesgo.	1.2. Capacitación periódica programas	1.2.1. Jornadas de Actualización del programa Nutricional para los equipos de Salud de CeSACs	media	baja	Prog. Nutricional	Espacio para jornada-certificados - coffee break	X	X	X	X
	Objetivo 1. Implementar un plan de capacitación para profesionales del primer nivel de atención para la sensibilización sobre la prevención de ECNT y diagnóstico oportuno de los factores de riesgo.	1.2. Capacitación periódica programas	1.2.2. Curso anual Abordaje Interdisciplinario de Tabaquismo.	Media	Media	Prog. Cy t. Tabaquismo	Certificados - coffeee break entrega de diplomas	X	X	X	X

Objetivo 1. Implementar un plan de capacitación para profesionales del primer nivel de atención para la sensibilización sobre la prevención de ECNT y diagnóstico oportuno de los factores de riesgo.	1.2. Capacitación periódica programas	1.2.3. Curso de Postgrado en Actividad Física y Salud	Alta	Media	Prog. Actividad física y salud	Certificados - coffee break entrega de diplomas	X	X	X	X
Objetivo 1. Implementar un plan de capacitación para profesionales del primer nivel de atención para la sensibilización sobre la prevención de ECNT y diagnóstico oportuno de los factores de riesgo.	1.3 Capacitaciones específicas en articulación con Programas de Financiamiento externo (REDE-SUMAR-PROTEGER)	1.3.1. Capacitación de nuevo protocolo de atención, Curso de Insulinización en Primer Nivel de Atención.	media	Media	UECNT-PROTEGER	Espacio para jornada-certificados - coffee break		X		
Objetivo 1. Implementar un plan de capacitación para profesionales del primer nivel de atención para la sensibilización sobre la prevención de ECNT y diagnóstico oportuno de los factores de riesgo.	1.3 Capacitaciones específicas en articulación con Programas de Financiamiento externo (REDE-SUMAR-PROTEGER)	1.3.2. Curso de cuidados en pie diabético	media	Media	UECNT-PROTEGER	Espacio para jornada-certificados - coffee break			X	
Objetivo 1. Implementar un plan de capacitación para profesionales del primer nivel de atención para la sensibilización sobre la prevención de ECNT y diagnóstico oportuno de los factores de riesgo.	1.3 Capacitaciones específicas en articulación con Programas de Financiamiento externo (REDE-SUMAR-PROTEGER)	1.3.3. Curso de Fortalecimiento de la RISS.	media	baja	UECNT-PROTEGER	Espacio para jornada-certificados - coffee break			X	
Objetivo 2. Dotar a los centros de primer nivel de equipos básicos para el screening y tamizaje general de ECNT y factores de riesgo	2.1. Difusión de guías de práctica clínica y protocolos validados, para uso de los profesionales de la salud en el portal de APS del Ministerio de Salud	2.1.1. Elaboración GPC y diseño de protocolos	Alta	Alta	UECNT	no requiere		X		
Objetivo 2. Dotar a los centros de primer nivel de equipos básicos para el screening y tamizaje general de ECNT y factores de riesgo	2.1. Difusión de guías de práctica clínica y protocolos validados, para uso de los profesionales de la salud en el portal de APS del Ministerio de Salud	2.1.2. Distribución en portal APS	Alta	Alta	UECNT	no requiere	X	X	X	X
Objetivo 2. Dotar a los centros de primer nivel de equipos básicos para el screening y tamizaje general de ECNT y factores de riesgo	2.2. Entrega de equipamiento para kit screening, control y seguimiento	2.2.1. Proceso de compra y adquisición de equipamiento médico para el seguimiento de pacientes (tensiómetro, glucómetro con tiras reactivas, monofilamentos, cinta métrica, balanza)	Alta	Alta	UECNT-PROTEGER	Presupuesto disponible de PROTEGER	X			

Objetivo 2. Dotar a los centros de primer nivel de equipos básicos para el screening y tamizaje general de ECNT y factores de riesgo	2.2. Entrega de equipamiento para kit screening, control y seguimiento	2.2.2. Entrega de equipamiento médico para el primer nivel de atención.	Alta	Alta	UECNT-PROTEGER	Presupuesto disponible de PROTEGER		X	X		
Objetivo 2. Dotar a los centros de primer nivel de equipos básicos para el screening y tamizaje general de ECNT y factores de riesgo	2.2. Entrega de equipamiento para kit screening, control y seguimiento	2.2.3 Compra y Adquisición de KIT para el fomento de la actividad física y reducción del sedentarismo (Colchonetas+pelotas+mancuernas)	media	Media	UECNT-PROTEGER	Presupuesto disponible de PROTEGER		X			
Objetivo 2. Dotar a los centros de primer nivel de equipos básicos para el screening y tamizaje general de ECNT y factores de riesgo	2.2. Entrega de equipamiento para kit screening, control y seguimiento	2.2.4. Entrega de KIT para el primer nivel de atención.	media	Media	UECNT-PROTEGER	móvil para logística			X	X	
Objetivo 2. Dotar a los centros de primer nivel de equipos básicos para el screening y tamizaje general de ECNT y factores de riesgo	2.2. Entrega de equipamiento para kit screening, control y seguimiento	2.2.5 Compra y Adquisición de KIT RECREO Activo en escuelas para el fomento de la actividad física y reducción del sedentarismo.	media	Media	UECNT-PROTEGER	Presupuesto disponible de PROTEGER		X			
Objetivo 2. Dotar a los centros de primer nivel de equipos básicos para el screening y tamizaje general de ECNT y factores de riesgo	2.2. Entrega de equipamiento para kit screening, control y seguimiento	2.2.6. Entrega de Kit Recreo Activo en escuelas para el fomento de la actividad física y reducción del sedentarismo.	media	Media	UECNT-PROTEGER	móvil para logística		X	X	X	
Objetivo 2. Dotar a los centros de primer nivel de equipos básicos para el screening y tamizaje general de ECNT y factores de riesgo	2.3. Circuitos de entrega de insumos para diabetes gestacional en maternidades	2.3.1. Desarrollo de protocolo de entregas incrementar la provisión de insumos	media	Media	UECNT-DTO. MATERNO INFANTIL	no requiere	X				
Objetivo 2. Dotar a los centros de primer nivel de equipos básicos para el screening y tamizaje general de ECNT y factores de riesgo	2.3. Circuitos de entrega de insumos para diabetes gestacional en maternidades	2.3.2. Puesta en marcha del proyecto, seguimiento y monitoreo.	media	Media	UECNT-DTO. MATERNO INFANTIL	Insumos-móvil para logística		X			
Objetivo 2. Dotar a los centros de primer nivel de equipos básicos para el screening y tamizaje general de ECNT y factores de riesgo	2.4. Prueba de tolerancia a la glucosa en niños con obesidad en el primer nivel de atención	2.4.1. Compra de insumos y equipamiento necesarios para la muestra en centro de salud	media	Media	UECNT-DTO. MATERNO INFANTIL	presupuesto disponible		X			
Objetivo 2. Dotar a los centros de primer nivel de equipos básicos para el screening y tamizaje general de ECNT y factores de riesgo	2.4. Prueba de tolerancia a la glucosa en niños con obesidad en el primer nivel de atención	2.4.2. Distribución de requerimientos en centros de salud. Prueba piloto priorizados Proteger	media	Media	UECNT-DTO. MATERNO INFANTIL	Insumos-móvil para logística				X	
Objetivo 3. Conformar mesas intersectoriales para el abordaje integral de ECNT y fomentar la articulación interministerial para reducir la prevalencia	3.1. Participación de mesas de trabajo	3.1.1. Reunión semestral Jurisdicciones Proteger	Alta	Alta	UECNT-PROTEGER	viáticos	X	X	X	X	

de ECNT y desarrollar acciones tendientes a prevenir los FR.											
Objetivo 3. Conformar mesas intersectoriales para el abordaje integral de ECNT y fomentar la articulación interministerial para reducir la prevalencia de ECNT y desarrollar acciones tendientes a prevenir los FR.	3.1. Participación de mesas de trabajo	3.1.2. Mesas Interministeriales periódicas: Iniciativa gubernamental Proyecto Ciudad Activa	media	Alta	UECNT	no requiere	X	X	X	X	
Objetivo 3. Conformar mesas intersectoriales para el abordaje integral de ECNT y fomentar la articulación interministerial para reducir la prevalencia de ECNT y desarrollar acciones tendientes a prevenir los FR.	3.1. Participación de mesas de trabajo	3.1.3. Reunión con referentes de PRODIABA, para el tratamiento de pacientes diabéticos en AMBA	Alta	Alta	UECNT	no requiere	X	X	X	X	
Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.1. Seguimiento Equipo de salud	4.1.1. Reuniones de seguimiento con facilitadores de salud y equipo, equipo de UPE-HCE	media	Media	UECNT-PROTEGER	viáticos	X	X	X	X	
Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.1. Seguimiento Equipo de salud	4.1.2. Reuniones semanales con equipos de programas de financiamiento externo, DG Atención primaria, DG. Salud comunitaria	Alta	Alta	UECNT-PROTEGER	no requiere	X	X	X	X	
Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.1. Seguimiento Equipo de salud	4.1.3. Reuniones cuatrimestrales con Coordinadores Programas Unidad de ECNTS	Alta	Media	UECNT	Espacio para jornada-certificados - coffee break	X	X	X	X	
Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.2 Prueba piloto aborda integral pacientes diabéticos	4.2.1. Reuniones de trabajo para implementación de proyecto con red de Diabetes, y Referentes de programas redes, sumar proteger	Alta	Alta	UECNT-Programas Financiamiento externo	no requiere	X	X	X	X	

Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.2 Prueba piloto aborda integral pacientes diabéticos	4.2.2. Relevamiento diagnóstico de situación	Alta	Alta	Red diabetes	no requiere	X				
Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.2 Prueba piloto aborda integral pacientes diabéticos	4.2.3. Compra de insumos requeridos	Alta	Alta	UECNT-PROTEGER	Insumos-móvil para logística	X				
Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.2 Prueba piloto aborda integral pacientes diabéticos	4.2.4. Lanzamiento prueba piloto en centros seleccionados, monitoreo, seguimiento	Alta	Alta	UECNT	Pieza de comunicación para Difusión en redes		X			
Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.3 Prueba piloto aborda integral pacientes con cáncer de cuello de útero.	4.3.1. Reuniones de trabajo para implementación de proyecto con red de ginecología y Referentes de programas redes, sumar proteger	Alta	Alta	UECNT	no requiere	X	X	X	X	
Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.3 Prueba piloto aborda integral pacientes con cáncer de cuello de útero.	4.3.2. Relevamiento diagnóstico de situación	Alta	Alta	Programa Cáncer de cuello	no requiere	X				
Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.3 Prueba piloto aborda integral pacientes con cáncer de cuello de útero.	4.3.3. Compra de insumos requeridos	Alta	Alta	UECNT	Insumos-móvil para logística	X				
Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.3 Prueba piloto aborda integral pacientes con cáncer de cuello de útero.	4.3.4. Replica de prueba en otros efectores (implementación 2da etapa)	Alta	Alta	UCNET	Pieza de comunicación para Difusión en redes		X	X	X	
Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el	4.4 Pesquisa de detección precoz de canceres de colon	4.4.1. Análisis de modelo de pesquisa para detección de cáncer de colon. (Modelo de atención hospital Durand). Reuniones mesa de trabajo	media	Alta	UECNT	no requiere			X		

	segundo nivel											
	Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.4 Pesquisa de detección precoz de canceres de colon	4.4.2. Reuniones de trabajo para implementación de proyecto con red de ginecología y Referentes de programas redes, sumar proteger	media	Media	UECNT- Programas Financiamiento externo	no requiere				X	X
	Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.4 Pesquisa de detección precoz de canceres de colon	4.4.3.. Relevamiento diagnóstico de situación	Alta	Alta	Programa cáncer colo rectal	no requiere				X	
	Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.4 Pesquisa de detección precoz de canceres de colon	4.4.4. Compra de insumos y equipamiento necesarios para la muestra en efectores	Alta	Alta	UECNT- Programas Financiamiento externo	Insumos- móvil para logística					X
	Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.4 Pesquisa de detección precoz de canceres de colon	4.4.5. Distribución de requerimientos en efectores. Prueba piloto en algunos	Alta	Alta	UECNT	móvil para logística					X
	Objetivo 4. Generar estrategias formalizar la red de profesionales y servicios para el abordaje integral y realizar una efectiva referencia y contrareferencia con el segundo nivel	4.4 Pesquisa de detección precoz de canceres de colon	4.4.6. Campaña de sensibilización en efectores de salud con entrega de material informativo; difusión en redes sociales	Alta	Alta	UECNT	Pieza de comunicación para Difusión en redes					X
	Objetivo 5. Generar estrategias para el uso eficiente de los recursos provistos (medicación, insumos, etc.) a fin de Asegurar el acceso oportuno, adecuado y suficiente a las prácticas de calidad requeridas para mujeres en edad reproductiva, recién nacidos, niños y niñas a la par de un seguimiento en el tratamiento de los usuarios diagnosticados con ECNT.	5.1. Desarrollo de seguimiento y monitoreo de medicación e insumos biomédicos en el primer nivel	5.1.1. Análisis de situación y elaboración propuesta de mejora	media	baja	UECNT	no requiere				X	

	Objetivo 5. Generar estregarías para el uso eficiente de los recursos provistos (medicación, insumos, etc.) a fin de Asegurar el acceso oportuno, adecuado y suficiente a las prácticas de calidad requeridas para mujeres en edad reproductiva, recién nacidos, niños y niñas a la par de un seguimiento en el tratamiento de los usuarios diagnosticados con ECNT.	5.1. Desarrollo de seguimiento y monitoreo de medicación e insumos biomédicos en el primer nivel	5.1.2. Puesta en marcha y seguimiento	media	baja	UECTN	no requiere				X
	Objetivo 5. Generar estregarías para el uso eficiente de los recursos provistos (medicación, insumos, etc.) a fin de Asegurar el acceso oportuno, adecuado y suficiente a las prácticas de calidad requeridas para mujeres en edad reproductiva, recién nacidos, niños y niñas a la par de un seguimiento en el tratamiento de los usuarios diagnosticados con ECNT.	5.2. Adquisición de análogos para pacientes diabéticos	5.2.1 Análisis de situación	media	Media	UECNT- Programas Financiamiento externo	no requiere	X			
	Objetivo 5. Generar estregarías para el uso eficiente de los recursos provistos (medicación, insumos, etc.) a fin de Asegurar el acceso oportuno, adecuado y suficiente a las prácticas de calidad requeridas para mujeres en edad reproductiva, recién nacidos, niños y niñas a la par de un seguimiento en el tratamiento de los usuarios diagnosticados con ECNT.	5.2. Adquisición de análogos para pacientes diabéticos	5.2.2. Proceso de compra y adquisición	media	Media	UECNT- Programas Financiamiento externo	compra de medicación	X			
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 6. Generar Campaña masiva de comunicación y /o estandarización de materiales de difusión (cartillas, juegos, folletería) para ser utilizados por los distintos programas intervinientes o para la difusión de acciones en la comunidad sobre promoción de hábitos saludables,	6.1. Campaña de sensibilización	6.1.1. Campaña de sensibilización y concientización de los efectos nocivos del consumo de tabaco, actividades de consejería breve en espacios públicos y privados	media	Media	Prog. Cy t. Tabaquismo	reimpresión de Afiches-folletos	X			

	prevenciones de ECNT y FR.											
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 6. Generar Campaña masiva de comunicación y /o estandarización de materiales de difusión (cartillas, juegos, folletería) para ser utilizados por los distintos programas intervinientes o para la difusión de acciones en la comunidad sobre promoción de hábitos saludables, prevenciones de ECNT y FR.	6.1. Campaña de sensibilización	6.1.2. Comunicación en redes sociales del Ministerio sobre servicios y efectores públicos de atención y noticias relevantes de políticas sanitaria.	media	baja	Prensa MSGC	no requiere	X	X	X	X	
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 6. Generar Campaña masiva de comunicación y /o estandarización de materiales de difusión (cartillas, juegos, folletería) para ser utilizados por los distintos programas intervinientes o para la difusión de acciones en la comunidad sobre promoción de hábitos saludables, prevenciones de ECNT y FR.	6.1. Campaña de sensibilización	6.1.3. Difusión de videos informativos y de sensibilización sobre los factores de riesgo para ser utilizados en sala de espera de centros y efectores de salud.	media	baja	Prensa MSGC	no requiere		X	X	X	
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 6. Generar Campaña masiva de comunicación y /o estandarización de materiales de difusión (cartillas, juegos, folletería) para ser utilizados por los distintos programas intervinientes o para la difusión de acciones en la comunidad sobre promoción de hábitos saludables, prevenciones de ECNT y FR.	6.1. Campaña de sensibilización	6.1.4. Difusión de mapa georreferencia de oferta de actividad física disponible en polideportivos, núcleos deportivos, plazas activas y espacios públicos en redes sociales, portales y aplicativos móviles.	media	Media	Prensa MSGC	no requiere		X		X	
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 6. Generar Campaña masiva de comunicación y /o estandarización de materiales de difusión (cartillas, juegos, folletería) para ser utilizados por los distintos programas intervinientes o para la difusión de acciones en la comunidad sobre promoción de hábitos saludables, prevenciones de ECNT y FR.	6.2. Materiales gráficos	6.2.1. Estandarización del circuito de solicitud de materiales para promoción de salud	media	baja	UECNT	no requiere	X				

	saludables, prevenciones de ECNT y FR.										
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 6. Generar Campaña masiva de comunicación y /o estandarización de materiales de difusión (cartillas, juegos, folletería) para ser utilizados por los distintos programas intervinientes o para la difusión de acciones en la comunidad sobre promoción de hábitos saludables, prevenciones de ECNT y FR.	6.2. Materiales gráficos	6.2.2. Elaboración y/o reimpresión de material de prevención, autocuidados y diagnóstico precoz de factores de riesgo y enfermedades crónicas.	media	Media	Prensa MSGC	folletos impresos	X	X	X	X
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 6. Generar Campaña masiva de comunicación y /o estandarización de materiales de difusión (cartillas, juegos, folletería) para ser utilizados por los distintos programas intervinientes o para la difusión de acciones en la comunidad sobre promoción de hábitos saludables, prevenciones de ECNT y FR.	6.2. Materiales gráficos	6.2.3. Distribución de material de prevención, autocuidados y diagnóstico precoz de factores de riesgo y enfermedades crónicas.	media	Media	UECNT	móvil para logística	X	X	X	X
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 7. Implementar un cronograma de Talleres sobre la prevención de Los factores de riesgo: alimentación saludable en Centros de salud; y adquisición de habilidades y destrezas para el autocuidado de pacientes crónicos y su familia (ej. Diabetes)	7.1. Fortalecimiento de acción de la comunidad	7.1.1. Taller/jornada sobre hábitos saludables y prevención de factores de riesgo en diversos espacios comunitarios a definir	Alta	Alta	UECNT	folletos impresos; Pieza comunicación de difusión	X	X	X	X
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 7. Implementar un cronograma de Talleres sobre la prevención de Los factores de riesgo: alimentación saludable en Centros de salud; y adquisición de habilidades y destrezas para el autocuidado de pacientes crónicos y su familia (ej. Diabetes)	7.1. Fortalecimiento de acción de la comunidad	7.1.2. Taller/jornada sobre hábitos saludables y prevención de factores de riesgo en diversas estaciones saludables	Alta	Alta	UECNT	folletos impresos; Pieza comunicación de difusión		X		X

PROM. DE LA SALUD	Objetivo 7. Implementar un cronograma de Talleres sobre la prevención de Los factores de riesgo: alimentación saludable en Centros de salud; y adquisición de habilidades y destrezas para el autocuidado de pacientes crónicos y su familia (ej. Diabetes)	7.1. Fortalecimiento de acción de la comunidad	7.1.3 Curso de promoción de la salud destinado a la capacitación de promotores comunitarios en enfermedades crónicas y factores de riesgo	Alta	Media	UECNT			X	X		
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 8. Implementar acciones de sensibilización en vía pública, en puntos estratégicos de concurrencia masiva considerando las efemérides de salud: Eventos: Día Mundial de la Diabetes, Semana de la DBT en odontología; Día Mundial Sin Tabaco y Día Internacional del Aire Puro, Día Mundial del Corazón, Mundial de la Salud, Día Mundial de la Actividad Física	8.1. Acciones en la comunidad	8.1.1. Posta sanitarias (incluye eventos y efemérides de salud), sobre factores de riesgo donde se realice consejería de hábitos saludables,	Alta	Alta	UECNT	Kit de pyp nivel central	X	X	X	X	
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 8. Implementar acciones de sensibilización en vía pública, en puntos estratégicos de concurrencia masiva considerando las efemérides de salud: Eventos: Día Mundial de la Diabetes, Semana de la DBT en odontología; Día Mundial Sin Tabaco y Día Internacional del Aire Puro, Día Mundial del Corazón, Mundial de la Salud, Día Mundial de la Actividad Física	8.1. Acciones en la comunidad	Actividad 8.1.2. Taller de cocina saludable en centros de salud y/o comedores comunitarios, con consejería y recetas para la elaboración de comidas y snacks, por grupo etario.	Alta	Alta	UECNT- Nutricional	Utensilios cocina, cocinera, elementos			X		X
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 8. Implementar acciones de sensibilización en vía pública, en puntos estratégicos de concurrencia masiva considerando las efemérides de salud: Eventos: Día Mundial de la Diabetes, Semana de la DBT en odontología; Día Mundial Sin Tabaco y Día Internacional del Aire Puro, Día Mundial del Corazón, Mundial de la Salud, Día Mundial de la Actividad Física	8.2. Difusión en redes sociales y medios	Actividad 8.2.1. Posteo en medios digitales y redes sociales de consejos para incorporar hábitos y estilos de vidas más sanos donde se incluya el fomento a la actividad física, consejería de cesación tabáquica y adherencia a diversos tratamientos.	Alta	Alta	Prensa MSGC	Pieza de comunicación para Difusión en redes	X	X	X	X	

PROM. DE LA SALUD	<p>Objetivo 8. Implementar acciones de sensibilización en vía pública, en puntos estratégicos de concurrencia masiva considerando las efemérides de salud: Eventos: Día Mundial de la Diabetes, Semana de la DBT en odontología; Día Mundial Sin Tabaco y Día Internacional del Aire Puro, Día Mundial del Corazón, Mundial de la Salud, Día Mundial de la Actividad Física</p>	8.3. Acciones en efectores	<p>Actividad 8.3.1. Talleres/jornadas con temáticas específicas destinadas a pacientes con enfermedades crónicas y a su grupo familiar, para la incorporación de estrategias de automanejo, incentivos a la adherencia del tratamiento, pautas de alarmas que eviten lesiones o complicaciones con base en el primer nivel de atención.</p>	Alta	Alta	UECTN	folletos impresos; Pieza comunicación de difusión		X	X		
PROM. DE LA SALUD	<p>Objetivo 8. Implementar acciones de sensibilización en vía pública, en puntos estratégicos de concurrencia masiva considerando las efemérides de salud: Eventos: Día Mundial de la Diabetes, Semana de la DBT en odontología; Día Mundial Sin Tabaco y Día Internacional del Aire Puro, Día Mundial del Corazón, Mundial de la Salud, Día Mundial de la Actividad Física</p>	8.3. Acciones en efectores	<p>Actividad 8.3.2. Taller de movimiento para personas con ECNT a cargo de profesores de actividad física, jornadas de acondicionamiento físico para personas con ECNT a cargo de kinesiólogos, y diversas Actividades (caminatas) a cargo del Programa Culturalmente saludable</p>	media	Media	Programa AF y Salud	Pieza de comunicación para Difusión en redes		X	X	X	
PROM. DE LA SALUD	<p>Objetivo 9. Conformar espacios de debate académicos sobre la importancia de la problemática sanitaria de la CABA y a nivel nacional, e integrar mesas en los distintos entornos donde se requiera asistencia técnica para la elaboración de políticas y desarrollo de normativa para promover entonos saludables, reducción de consumo de bebidas y alimentos de baja calidad nutricional y alto contenido calórico.</p>	9.1. Formulación de políticas saludables	<p>9.1.1. Participación de las Comisiones Nacionales de alimentación, sodio, etc.</p>	media	Alta	UECNT-Programas	no requiere	X	X	X	X	

PROM. DE LA SALUD	Objetivo 9. Conformar espacios de debate académicos sobre la importancia de la problemática sanitaria de la CABA y a nivel nacional, e integrar mesas en los distintos entornos donde se requiera asistencia técnica para la elaboración de políticas y desarrollo de normativa para promover entonos saludables, reducción de consumo de bebidas y alimentos de baja calidad nutricional y alto contenido calórico.	9.1. Formulación de políticas saludables	9.1.2. Participación de mesas de trabajo con comisión de salud de la Legislatura, asistencia técnica	Alta	Alta	UECNT-Programas	no requiere	X	X	X	X
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 9. Conformar espacios de debate académicos sobre la importancia de la problemática sanitaria de la CABA y a nivel nacional, e integrar mesas en los distintos entornos donde se requiera asistencia técnica para la elaboración de políticas y desarrollo de normativa para promover entonos saludables, reducción de consumo de bebidas y alimentos de baja calidad nutricional y alto contenido calórico.	9.2. Creación de entornos saludables	9.2.1. Asistencia técnica en el armado de pliego de menús infantiles para escuelas de gestión estatal.	Alta	Alta	UECNT-P. Nutricional	no requiere	X			X
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 10. Desarrollar acciones de abogacía a fin de sensibilizar a actores claves para el compromiso hacia estilos de vida más saludables, y a fin de poner en agenda política los temas relevantes de la problemática sanitaria mundial.	10.1. Formulación de políticas saludables	10.1.1. Acompañamiento a iniciativas parlamentarias del Gobierno Nacionales en materia de rotulado, etiquetado frontal de alimentos y regulación de publicidad de alimentos ultra procesados y bebidas para niños.	Alta	Alta	UECNT-Prog. Nutricional	no requiere	X	X	X	X
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 10. Desarrollar acciones de abogacía a fin de sensibilizar a actores claves para el compromiso hacia estilos de vida más saludables, y a fin de poner en agenda política los temas relevantes de la problemática sanitaria mundial.	10.1. Formulación de políticas saludables	10.1.2. Implementación de proyecto: 1000 días del niño que establezca líneas de cuidados desde la concepción hasta 2 años, y como complemento la modificatoria Ley de Lactancia en CABA	Alta	Alta	UECNT-DTO. MATERNO INFANTIL	no requiere		X		

PROM. DE LA SALUD	Objetivo 10. Desarrollar acciones de abogacía a fin de sensibilizar a actores claves para el compromiso hacia estilos de vida más saludables, y a fin de poner en agenda política los temas relevantes de la problemática sanitaria mundial.	10.1. Formulación de políticas saludables	10.1.3. Elaboración de convenios y/o acuerdos con universidades y profesorado de educación física para rotación de profesionales en centros de salud.	media	baja	UECNT	no requiere				X	
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 10. Desarrollar acciones de abogacía a fin de sensibilizar a actores claves para el compromiso hacia estilos de vida más saludables, y a fin de poner en agenda política los temas relevantes de la problemática sanitaria mundial.	10.1. Formulación de políticas saludables	10.1.4. Elaboración de convenios y/o acuerdos con verdulerías, ferias itinerantes para el fomento del consumo de frutas y verduras	baja	baja	UECNT	no requiere		X			
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 10. Desarrollar acciones de abogacía a fin de sensibilizar a actores claves para el compromiso hacia estilos de vida más saludables, y a fin de poner en agenda política los temas relevantes de la problemática sanitaria mundial.	10.1. Formulación de políticas saludables	10.1.5. Fortalecimiento de fiscalización y control de la ley antitabaco mediante capacitación a empleados del 147 y acuerdos con AGC	media	Media	UECNT-Tabaco	folletos-kits disponibles		X	X	X	
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 10. Desarrollar acciones de abogacía a fin de sensibilizar a actores claves para el compromiso hacia estilos de vida más saludables, y a fin de poner en agenda política los temas relevantes de la problemática sanitaria mundial.	10.2. Creación de entornos saludables	10.2.1. Certificación de entornos (laboral, educativo) saludables en espacios públicos y privados	media	Alta	UECNT	Folletería-afiches-certificados-cofeebreak entrega de diplomas	X	X	X	X	
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 10. Desarrollar acciones de abogacía a fin de sensibilizar a actores claves para el compromiso hacia estilos de vida más saludables, y a fin de poner en agenda política los temas relevantes de la problemática sanitaria mundial.	10.2. Creación de entornos saludables	10.2.2. Monitoreo de los espacios certificados	media	baja	UECNT	no requiere			X	X	

PROM. DE LA SALUD	Objetivo 10. Desarrollar acciones de abogacía a fin de sensibilizar a actores claves para el compromiso hacia estilos de vida más saludables, y a fin de poner en agenda política los temas relevantes de la problemática sanitaria mundial.	10.2. Creación de entornos saludables	10.2.3. Jornada de fomento de hábitos saludables con foco en la alimentación saludable, actividad física, en centros de primera infancia, jardines maternos y organismos públicos.	media	Media	UECNT-Programas	folletos-kits disponibles		X		X
PROM. DE LA SALUD	Objetivo 10. Desarrollar acciones de abogacía a fin de sensibilizar a actores claves para el compromiso hacia estilos de vida más saludables, y a fin de poner en agenda política los temas relevantes de la problemática sanitaria mundial.	10.2. Creación de entornos saludables	10.2.4. Acuerdos interministeriales para el desarrollo de estrategia PAUSA ACTIVA para empleados de GCABA	media	Media	UECNT	profesor	X			
VIG. EPIDEMIOLOGICA	Objetivo 11. Propiciar acciones para la registración de datos de la población de CABA, mejorar la calidad del registro y población de información útil para la toma de decisiones, provenientes de la asistencia en el primer nivel de atención mediante HCE.	11.1. Capacitación en HSI para mejorar la calidad del dato y el registro oportuno	Actividad 11.1.1. Capacitación de equipo de salud en modo de registración y uso de HCE	Alta	Alta	UPE HCE	no requiere	X		X	
VIG. EPIDEMIOLOGICA	Objetivo 11. Propiciar acciones para la registración de datos de la población de CABA, mejorar la calidad del registro y población de información útil para la toma de decisiones, provenientes de la asistencia en el primer nivel de atención mediante HCE.	11.1. Capacitación en HSI para mejorar la calidad del dato y el registro oportuno	Actividad 11.1.2. Seguimiento - feedback con equipos que ya registran	Alta	Alta	UPE HCE	no requiere		X		X
VIG. EPIDEMIOLOGICA	Objetivo 11. Propiciar acciones para la registración de datos de la población de CABA, mejorar la calidad del registro y población de información útil para la toma de decisiones, provenientes de la asistencia en el primer nivel de atención mediante HCE.	11.2. Capacitación en Vigilancia Epidemiológica	11.2.1. Jornadas de actualización profesional referida a vigilancia epidemiológica	baja	baja	GO Epidemiológica	Certificados - coffeee break entrega de diplomas			X	

VIG. EPIDEMIOLOGICA	Objetivo 11. Propiciar acciones para la registraci3n de datos de la poblaci3n de CABA, mejorar la calidad del registro y poblaci3n de informaci3n 3til para la toma de decisiones, provenientes de la asistencia en el primer nivel de atenci3n mediante HCE.	11.3. Registraci3n en sistemas inform3ticos de vigilancia Nacional	11.3.1. Mesa de trabajo con referentes de efectores sanitarios para proponer propuesta de implementaci3n+feedback	media	Media	UECNT-Programas-GO Estadísticas	no requiere	X	X	X	X
VIG. EPIDEMIOLOGICA	Objetivo 11. Propiciar acciones para la registraci3n de datos de la poblaci3n de CABA, mejorar la calidad del registro y poblaci3n de informaci3n 3til para la toma de decisiones, provenientes de la asistencia en el primer nivel de atenci3n mediante HCE.	11.3. Registraci3n en sistemas inform3ticos de vigilancia Nacional	11.3.2. Implementaci3n de los registros inform3ticos creados por el Instituto Nacional del c3ncer (SITAM, RITA)	media	Media	UECNT-Programas-GO Estadísticas	no requiere			X	
VIG. EPIDEMIOLOGICA	Objetivo 11. Propiciar acciones para la registraci3n de datos de la poblaci3n de CABA, mejorar la calidad del registro y poblaci3n de informaci3n 3til para la toma de decisiones, provenientes de la asistencia en el primer nivel de atenci3n mediante HCE.	11.3. Registraci3n en sistemas inform3ticos de vigilancia Nacional	11.3.3.Capacitacion+Seguimeinto de la implementaci3n	media	Media	UECNT-Programas-GO Estadísticas	no requiere				X
VIG. EPIDEMIOLOGICA	Objetivo 11. Propiciar acciones para la registraci3n de datos de la poblaci3n de CABA, mejorar la calidad del registro y poblaci3n de informaci3n 3til para la toma de decisiones, provenientes de la asistencia en el primer nivel de atenci3n mediante HCE.	11.3. Registraci3n en sistemas inform3ticos de vigilancia Nacional	11.3.4. Mesa de trabajo con referentes de efectores sanitarios para proponer propuesta de implementaci3n+feedback	media	Media	UECNT-Programas-GO Estadísticas	no requiere				X
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Objetivo 11. Propiciar acciones para la registraci3n de datos de la poblaci3n de CABA, mejorar la calidad del registro y poblaci3n de informaci3n 3til para la toma de decisiones, provenientes de la asistencia en el primer nivel de atenci3n mediante HCE.	11.3. Registraci3n en sistemas inform3ticos de vigilancia Nacional	11.3.5. Implementaci3n del registro y monitoreo en el Registro Nacional PAIER	media	Media	UECNT-Programas-GO Estadísticas	no requiere			X	

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Objetivo 11. Propiciar acciones para la registraci3n de datos de la poblaci3n de CABA, mejorar la calidad del registro y poblaci3n de informaci3n 3til para la toma de decisiones, provenientes de la asistencia en el primer nivel de atenci3n mediante HCE.	11.3. Registraci3n en sistemas inform3ticos de vigilancia Nacional	11.3.6. Capacitaci3n Seguimiento de la implementaci3n	media	Media	UECNT-Programas-GO Estadísticas	no requiere				X	X
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Objetivo 12. Desarrollar estrategias para la elaboraci3n de un tablero de control de ECNT a nivel jurisdiccional, con la posibilidad de reportes epidemiol3gicos establecidos.	12.1. Implementaci3n de TC de ECNT para disminuir la prevalencia de ECNT y FR en la CABA	12.1.1 Mesa de trabajo de referentes de los programas para selecci3n de indicadores	Alta	Alta	UECNT-GO Estadísticas-GO Epidemiologia-Programas	no requiere	X	X	X	X	X
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Objetivo 12. Desarrollar estrategias para la elaboraci3n de un tablero de control de ECNT a nivel jurisdiccional, con la posibilidad de reportes epidemiol3gicos establecidos.	12.1. Implementaci3n de TC de ECNT para disminuir la prevalencia de ECNT y FR en la CABA	12.1.2. Puesta en marcha del proyecto y seguimiento	Alta	Alta	UECNT-GO Estadísticas-GO Epidemiologia-Programas	no requiere		X			
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Objetivo 13. Generar instancias de investigaci3n en el 3mbito de las ECNT, como desarrollo metodol3gico de relevancia para los profesionales tratasen, y fomentar la investigaci3n y/o participaci3n de los distintos programas en congresos de actualizaci3n profesional.	13. 1. Congresos ECNT	13.1.1. Participaci3n y presentaci3n de trabajos en congresos nacional referidos a la tem3tica	media	baja	UECNT	no requiere		X	X		
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	Objetivo 14. Generar instancias de investigaci3n en el 3mbito de las ECNT, como desarrollo metodol3gico de relevancia para los profesionales tratasen, y fomentar la investigaci3n y/o participaci3n de los distintos programas en congresos de actualizaci3n profesional.	13.2. Proyectos de investigaci3n	13.2.1. participaci3n en proyectos de investigaci3n de ECNT	baja	baja	UECNT	no requiere			X		

Se considera esencial el seguimiento del desarrollo del plan operativo, el grado de cumplimiento de las actividades y de ser necesario, se deberá incluir observaciones sobre la dificultad en la ejecución. Tal como se indicara se propone un reporte de forma trimestral del grado avance, indicado al corte del cada período el estado **EN CURSO-CUMPLIDO-PENDIENTE**, valorizando su importancia dentro del plan estratégico de la Unidad.

Para ello podría resultar útil el siguiente cuadro, que es una versión resumida del anterior

#### **DOCUMENTO TÉCNICO N° 4 MATRIZ CONTROL DE GESTIÓN POA XX**

##### **D.T.N° 4 MATRIZ DE GESTIÓN OPERATIVA**

<b>EJE</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ACCIÓN</b>	<b>PRIORIDAD (Indicencia+relevancia)</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>ESTADO</b>
Fortalecimiento de servicios	Objetivo f.1	Acción f.1			
	Objetivo f.2	Acción f.2			
	Objetivo f.n	Acción f.n			
Promoción de la Salud	Objetivo p.1	Acción p.1			
	Objetivo p.2	Acción p.2	ALTA		<b>Cumplido</b>
	Objetivo p.n	Acción p.n	MEDIA		<b>En curso</b>
Vigilancia Epidemiológica	Objetivo v.1	Acción v.1	BAJA		<b>Pendiente</b>
	Objetivo v.2	Acción v.2			
	Objetivo v.n	Acción v.n			

Fuente: Elaboración propia

## **¿CÓMO SE HACEN LAS COSAS?**

### **Selección de Indicadores para Plan Estratégico y Plan Operativo**

La formulación de los indicadores que se detallan a continuación para el análisis de los objetivos responden a la misma lógica que el plan operativo, es decir van a dar cuenta de los tres ejes: de Fortalecimiento de servicios, de Promoción de la salud y de Vigilancia epidemiológica. Como características adicionales, serán clasificados por enfermedad o factor de riesgo y con el

agregado del tipo de indicador; insumos, estructura, impacto, procesos, resultados. Para su representación se utilizará el D.T.N° 5 INDICADORES DE GESTIÓN.

Los indicadores que den cuenta de la población beneficiaria o población que se encuentra bajo programa, y las prácticas realizadas dentro del subsector público, surgirán de bases de datos de los programas que integran la Unidad y de datos que provengan del empadronamiento y la historia de salud integral. En los casos que no se cuente con registro unificado o no se pueda obtener el padrón de usuarios, se utilizarán los datos poblaciones de prevalencias que informa la Secretaria de Gobierno de Salud o los organismos internaciones como OPS.

Los indicadores de promoción de la salud, responden a actividades que se realizan en centros de salud, en actividades en vía pública o en sitios de concurrencia masiva, se cuantificarán las acciones según la modalidad de llegada es decir jornada, taller, campaña, etc. En las actividades que se pueda medir la cantidad de usuarios, estos a diferencia del primer bloque de indicadores, pueden ser usuario o no del sistema público, es decir que pueden no tener cobertura pública exclusiva.

### *DOCUMENTO TÉCNICO N° 5 INDICADORES DE GESTIÓN*

#### D.T. N° 5 INDICADORES DE GESTIÓN XX

ECNT FR	TIPO	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE	META
	Impacto				
	Estructura				
	Procesos				
	Resultado				
	Insumos				
	Productos				

Fuente: Elaboración propia

ECNT/FR	TIPO	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE	META
<b>Actividad física</b>	Producto	Prescripciones promedio en población con ECNTs y FR	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prescripciones de AF en HCE}}{\text{total de pacientes con ECNT o FR población activa}}$	HSI	Aumento del 25 %
<b>Actividad física</b>	Producto	Prescripciones promedio POBLACION ACTIVA	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prescripciones de AF en HCE}}{\text{población activa en centros de salud}}$	HSI	Aumento del 10%
<b>Actividad física</b>	Estructura	Proporción de centros con espacio físico para AF	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de centros con espacio físico para realizar af}}{\text{total de centros de salud}}$	Programa	80%
<b>Actividad física</b>	Estructura	Proporción de centros con material para realizar AF	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de centros con que disponen de material para realizar af}}{\text{total de centros}}$	Programa	100%
<b>Actividad física</b>	Proceso	Tasa de actividades extramuros	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de actividades comunitarias sobre AF en el Primer Nivel}}{\text{N}^\circ \text{ de actividades comunitarias en el primer nivel}}$	HSI	Aumento del 10%
<b>Actividad física</b>	Proceso	Tasa de actividades intramuros	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de talleres sobre AF en el centros}}{\text{N}^\circ \text{ de actividades comunitarias en el primer nivel}}$	HSI	Aumento del 10%
<b>Actividad física</b>	Resultado	Proporción de Adultos que realizan AF	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de adultos}^{18} \text{ que realizan AF}}{\text{total de población activa en centros de salud mayor a 18}}$	HSI	Aumento del 25%
<b>Actividad física</b>	Resultado	Proporción Adolescentes y niños que realizan AF	$\frac{\text{Personas entre 5 y 17 años que realizan AF}}{\text{total de población activa entre 5 y 17 años}}$	HSI	70%
<b>Actividad física</b>	Proceso	Tasa de INACTIVIDAD adultos	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con activada física deficiente A.F.D: menos de 30 minutos diarios o 150 minutos semanales}}{\text{cantidad población activa centro de salud}}$	HSI	Reducción del 20%
<b>Actividad física</b>	Proceso	Tasa de INACTIVIDAD niños mayores de 5 a 18	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con activada física deficiente A.F.D: menos de 60 minutos diarios o 150 minutos semanales}}{\text{cantidad población activa en centro de salud}}$	HSI	Reducción del 30%
<b>Administración y gestión</b>	Proceso	Reportes programas promedio	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de programas que realizan su reporte de gestión anual}}{\text{total de programas}}$	Programa	100%
<b>Cáncer cérvico uterino</b>	Proceso	Proporción de mujeres con tamizaje para cáncer	$\frac{\text{Proporción de mujeres con tamizaje para cáncer cérvico-uterino de}}{\text{total de mujeres}}$	HSI	Aumento del 25%

		cérvico-uterino de acuerdo a protocolo	acuerdo a protocolo/ total de mujeres población activa		
<b>Cáncer cérvico uterino</b>	Impacto	Prevalencia de mujeres con lesiones de alto grado o carcinoma de cuello uterino	Proporción de mujeres elegibles de 25 a 64 años con lesiones de alto grado o carcinoma de cuello uterino diagnosticados en el último año/ total de mujeres de 25 a 64 población activa	HSI	Reducción del 5%
<b>Cáncer cérvico uterino</b>	Resultado	Proporción diagnóstico precoz cáncer cuello	Mujeres de entre 30 y 64 años con diagnóstico de lesión precancerosa de alto grado o cáncer cervicouterino detectado en estadio temprano/ total de mujeres entre 30 y 64 años con cáncer cervicouterino	HSI	Aumento del 25%
<b>Cáncer cérvico uterino</b>	Proceso	Proporción de mujeres que iniciaron tratamiento por lesión de alto grado o cáncer cérvico uterino	Proporción de mujeres de 25 a 64 años que iniciaron tratamiento por diagnóstico de lesión de alto grado o carcinoma cervicouterino / total de mujeres con lesión de alto grado o carcinoma cervicouterino mismo periodo	HSI	80%
<b>Cáncer cérvico uterino</b>	Proceso	Tasa de Control de prevención HPV	N° de mujeres de 30 años y más, que se les realizan rastreo de cáncer de cuello uterino por test de HPV/cantidad total de mujeres de 30 y más población activa	HSI	50%
<b>Cáncer cérvico uterino</b>	Proceso	Tasa de Control de prevención cuello	N° de mujeres, entre 21 años y 29, que se les realizan rastreo de cáncer de cuello uterino por citología/N° de mujeres de 21/29 años población activa	HSI	50%
<b>Cáncer cérvico uterino</b>	Resultado	Prevalencia de HPV	N° de mujeres de 30 años y más, con test positivo de HPV/n° de mujeres que se realizado control de hpv	HSI/progr ama	Reducción del 10%
<b>Cáncer colo-rectal</b>	Proceso	Proporción de adultos de 50 a 64 años con cobertura pública exclusiva con tamizaje para cáncer	Proporción de adultos de 50 a 64 años con cobertura pública exclusiva con tamizaje para cáncer colorrectal	HSI/ programa	Aumento del 25%

		colorrectal/población activa de 50 a 64 años			
<b>Cáncer colorrectal</b>	Resultado	Proporción diagnóstico precoz de cáncer de colon	Personas de entre 50 y 75 años con diagnóstico de lesiones precancerosas o cáncer colorrectal detectado en estadio temprano/ total de población con cáncer de colon	Programa	Aumento del 25%
<b>Cáncer colorrectal</b>	Resultado	Prevalencia de cáncer de colon con factores de riesgo	N° de pacientes entre 50 y 60 años con cáncer de colon con alguna ECNT o FR/el total población activa con cáncer de colon	HSI	Tasa constante
<b>Cáncer colorrectal</b>	Impacto	Prevalencia de cáncer de colon	N° de pacientes entre 50 y 60 años con cáncer de colon/el total de población activa	HSI	Tasa constante
<b>Cáncer colorrectal</b>	Proceso	Prevalencia Sangre oculta primer nivel	N° de personas de 50 a 75 años sin antecedentes con test de S.O.M positivo/ N° personas de 50 a 75 años que se realizaron el estudio	HSI	Aumento del 25%
<b>Cáncer colorrectal</b>	Proceso	Prevalencia Sangre oculta segundo nivel	N° de personas de 50 a 75 años sin antecedentes con test de S.O.M positivo/ N° personas de 50 a 75 años que se realizaron el estudio	HSI	Aumento del 25%
<b>Cáncer colorrectal</b>	Insumos	Tasa de uso Video colonoscopia	N° de personas de 50 a 75 años sin antecedentes con test de S.O.M positivo que se realizaron la colonoscopia /N° de personas de 50 a 75 años sin antecedentes con test de S.O.M positivo	Programa	Aumento del 15%
<b>Cáncer de mama</b>	Resultado	Proporción diagnóstico precoz de cáncer de mama	Mujeres de entre 50 y 69 años con diagnóstico de cáncer de mama detectado en estadio temprano/ mujeres entre 50 y 69 con cáncer de mama	Programa	Aumento del 25%
<b>Cáncer de mama</b>	Impacto	Prevalencia de cáncer de mama	Proporción mujeres elegibles para el SPS hasta 64 años con diagnóstico de cáncer de mama efectuado en el último año/ total de mujeres hasta 64 población activa	Programa	Tasa constante
<b>Cáncer de mama</b>	Proceso	Proporción de mujeres de 30 a 64 años con	Proporción de mujeres de 30 a 64 años con cobertura pública	Programa	80%

		cobertura pública exclusiva que iniciaron tratamiento por diagnóstico de cáncer de mama (Trazadora 7)	exclusiva que iniciaron por diagnóstico de cáncer de mama/ total de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama detectadas en el mismo periodo		
<b>Cáncer de mama</b>	Producto	Tasa de uso Mamografías	N° de mujeres, entre 50 y 70 años, que se les realizan mamografía cada 2 años/total de mujeres de 50/70 años empadronadas	HSI	80%
<b>Capacitación</b>	Estructura	Proporción de capacitación equipos	n° Equipos de salud de crónicas en centros de salud que realizan capacitaciones en vigilancia epidemiológica/total del profesionales de crónicas	Programa	Aumento del 15%
<b>Capacitación</b>	Estructura	Proporción de centros capacitados	N° de centros con al menos 2 profesionales del equipo capacitados en MAPEC/ total de centros de salud	Programa	100%
<b>Diabetes</b>	Impacto	Prevalencia de diabéticos en CABA	N° de pacientes con diagnóstico de diabetes/total de población	Programa	Tasa constante
<b>Diabetes</b>	Resultado	Prevalencia de diabéticos Residentes en CABA	N° de pacientes con diagnóstico de diabetes residentes/total de población	Programa	Tasa constante
<b>Diabetes</b>	Resultado	Prevalencia de diabéticos en el primer nivel	N° de pacientes diagnósticos con diabetes/ N° Total de población activa	HSI	Reducción del 25%
<b>Diabetes</b>	Resultado	Prevalencia DBT T2 en adultos en primer nivel	N° de mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes tipo 2/ N° total de población activa	HSI	Tasa constante
<b>Diabetes</b>	Resultado	Prevalencia DBT T2 en niños y adolescentes en primer nivel	N° de menores de 18 años con diagnóstico de Diabetes tipo 2/ N° total de población activa	HSI	Tasa constante
<b>Diabetes</b>	Resultado	Prevalencia DBT T1 en adultos en primer nivel	N° de mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes tipo 1/ N° total de población activa	HSI	Reducción del 25%
<b>Diabetes</b>	Resultado	Prevalencia DBT T1 en niños y adolescentes en primer nivel	N° de menores de 18 años con diagnóstico de Diabetes tipo 1/ N° total de población activa	HSI	Reducción del 25%
<b>Diabetes</b>	Resultado	Prevalencia de DBT tipo 1 pregestacional en el primer nivel	N° de embarazadas con Diabetes tipo 1 pregestacional/ N° total de embarazadas	HSI	Tasa constante

<b>Diabetes</b>	Resultado	Prevalencia de DBT tipo 2 pregestacional en el primer nivel	N° de embarazadas con Diabetes tipo 2 pregestacional/ N° total de embarazadas	HSI	Tasa constante
<b>Diabetes</b>	Estructura	Prevalencia de DBT gestacional en el primer nivel	N° de embarazadas con Diabetes gestacional/ N° total de embarazadas	HSI	Reducción del 15%
<b>Diabetes</b>	Proceso	Prevalencia de Rcvg Moderado y Alto con DBT T2	N° de pacientes con Rcvg Moderado y Alto con DBT T2 con al menos un control año/ cantidad total población activa	HSI	Aumento del 15%
<b>Diabetes</b>	Proceso	Tasa de análisis de HbA1c en pacientes diabéticos	N° pacientes diabéticos tipo 2 con al menos un análisis de HbA1C en el último año/ total de diabéticos población activa	HSI	Aumento del 15%
<b>Diabetes</b>	Proceso	Prevalencia de glucemia en ayunas	N° de personas atendidas que se realizan glucemia en ayunas año/ N° total población activa	HSI	Aumento del 15%
<b>Diabetes</b>	Proceso	Prevalencia de glucemia en ayunas población de riesgo	N° de personas atendidas, que se realizan glucemia en ayunas, con GAA o intolerancia a la glucosa anualmente/N° total población activa	HSI	Aumento del 25%
<b>Diabetes</b>	Proceso	Prevalencia glucemia en ayunas población Diabética	N° de personas atendidas, que se realizan glucemia en ayunas, que son diagnosticados como Diabéticos anualmente/N° total población activa	HSI	Aumento del 25%
<b>Diabetes</b>	Proceso	Prevalencia de glucemia en ayunas población Diabética en control	N° de personas diabéticas, en tratamiento, que controlan la glucemia en el último año/N° población activa diabéticos	Programa	Aumento del 25%
<b>Diabetes</b>	Proceso	Proporción de diabéticos con control metabólico	N° personas diabéticas, en tratamiento, con HbA1C < 0= 7 en el último año/n° pacientes diabéticos en tratamiento.	Programa	Aumento del 25%
<b>Diabetes</b>	Insumos	Tasa de cobertura de insulina en DM2	N° de pacientes con DM 2 que reciben tratamiento con insulina/n° de pacientes diabéticos tipo 2 población activa	HSI	90%
<b>Diabetes</b>	Insumos	Tasa de cobertura de medicamentos en	N° de pacientes con DM que reciben tratamiento	HSI	90%

			farmacológico/n° de pacientes diabéticos tipo 2 población activa		
<b>Diabetes</b>	Insumos	Tasa de cobertura de análogos	N° de pacientes con DM1 que requiere análogos lentos y/o ultrarrápidos/ n° total de diabéticos en tratamiento población activa	HSI	90%
<b>Diabetes</b>	Proceso	Proporción de adultos con seguimiento de diabetes tipo 2	N° de adultos de 45 a 54 años con Diagnostico de DBT 2 en tratamiento/adultos diagnosticados con DBT 2		Aumento del 25%
<b>Diabetes</b>	Proceso	Proporción Población de riesgo vacunada	N° de personas diagnosticadas Diabetes con vacuna antigripal y antineumocócica/N° de personas diagnosticadas Diabetes población activa	Programa	80%
<b>EPOC- Enfermedad respiratoria crónica</b>	Resultado	Prevalencia de EPOC en el primer nivel	N° de personas diagnosticada con EPOC/N° Total población activa	Programa	Tasa constante
<b>EPOC- Enfermedad respiratoria crónica</b>	Resultado	Prevalencia de EPOC en el segundo nivel	N° de personas diagnosticada con EPOC en el segundo nivel/N° Total población activa	Programa	Tasa constante
<b>EPOC- Enfermedad respiratoria crónica</b>	Estructura	Proporción de centros capacitados	N° de CeSAC capacitados en 8 meses/N° Total de centros	Programa	80%
<b>EPOC- Enfermedad respiratoria crónica</b>	Producto	Tasa de uso de espirometrías en el primer nivel	N° espirometrías derivadas desde el primer nivel/N° total de espirometrías	Programa	Aumento del 10%
<b>EPOC- Enfermedad respiratoria crónica</b>	Proceso	Relación espirometrías derivadas-espirometrías epoc	Número de espirometrías compatibles con EPOC/Número de espirometrías derivadas.	Programa	Tasa constante
<b>EPOC- Enfermedad respiratoria crónica</b>	Proceso	Índice de epoc detectado	Número de interconsultas solicitadas/Número de EPOC detectados.	HSI	Tasa constante
<b>EPOC- Enfermedad respiratoria crónica</b>	Proceso	Proporción Población de riesgo vacunada	N° de personas con ER o EPOC con vacuna antigripal y antineumocócica/N° de personas	Programa	80%

<b>crónica</b>			con ER o EPOC población activa		
<b>Hipertensión arterial</b>	Resultado	Proporción de HTA en población mayores de 18 años en el primer nivel de atención	N° de personas mayores de 18 con presión arterial elevada con diagnóstico de HTA/ total de población activa mayor de 18	HSI	Reducción del 25%
<b>Hipertensión arterial</b>	Impacto	Proporción HTA en población menores de 18 en el primer nivel de atención	N° de personas menores de 18 con presión arterial elevada con diagnóstico de HTA/ total de población activa menor de 18	HSI	Reducción del 25%
<b>Hipertensión arterial</b>	Impacto	Prevalencia HTA en adultos	N° de personas > = 18 años que presenta niveles elevados de TA anualmente/N° población CABA	ENFR	Tasa constante
<b>Hipertensión arterial</b>	Impacto	Prevalencia HTA en niños	N° de niños de 1 a 13 años que presentan valores elevados de TA (> = PC 90 < PC 95) según edad/N° población caba	ENFR	Tasa constante
<b>Hipertensión arterial</b>	Insumos	Tasa de cobertura medicación HTA	N° de personas hipertensas bajo tratamiento que retiraron medicación/ N° personas hipertensas bajo tratamiento población activa	HSI	90%
<b>Hipertensión arterial</b>	Resultado	Proporción de personas con Riesgo potencia HTA	N° de personas hipertensas empadronadas sin tratamiento de control de Tensión Arterial/N° personas hipertensas población activa	HSI	Reducción del 15%
<b>Hipertensión arterial</b>	Proceso	Tasa de control HTA	N° de personas de 18 -60 años que se realizan control de la HTA anualmente/N° de personas de 18-60 años población activa	HSI	Aumento del 25%
<b>Investigación</b>	Proceso	Índice investigación en crónicas	N° Equipos de profesionales de crónicas de centros de salud que participan de proyecto de investigas/total de profesional de crónicas.)*100	UNIDAD	Aumento del 25%
<b>Promoción de la salud</b>	Producto	Tasa de campañas realizadas	campañas realizadas/N° de campañas planeadas	UNIDAD	80%
<b>Promoción de la salud</b>	Producto	Índice políticas	N° de políticas públicas sancionadas/ N° DE anteproyectos en tratamiento o con asesoría de la	UNIDAD	A definir

UECNT					
<b>Riesgo cardiovascular</b>	Impacto	Prevalencia Colesterol/DISLIPEMIAS	N° de personas, entre 40 y 79 años que presentan valores elevados de lípidos en sangre ( Colesterol total, Lilac y Triglicéridos: un indicador c/u)/ población total activa	HSI	Reducción del 25%
<b>Riesgo cardiovascular</b>	Impacto	Prevalencia RCV	N° de personas, entre 40 y 79 años con HTA y DM que presentan RCVG/ N° total población activa	HSI	Tasa constante
<b>Riesgo cardiovascular</b>	Proceso	Alto riesgo de enfermedad CV	Porcentaje de personas mayores de 40 años con CPE con RCVG mayor de 10, que efectuaron consultas de seguimiento en el último año	HSI	Aumento del 25%
<b>sobrepeso y obesidad</b>	Resultado	Porcentaje de Sobrepeso en la infancia y adolescencia	N° de niños/as y adolescentes <19 años que presentan sobrepeso por IMC (PC 85-97) / N° de niños/as y adolescentes con mediciones antropométricas registradas en la HSI (X100). Total y desagregado por sexo y por grupo etario (<2, 2 a <6, 6 a <14, 14 a <19).	HSI	Reducción del 25%
<b>sobrepeso y obesidad</b>	Impacto	Porcentaje de Obesidad en la infancia y adolescencia	N° de niños/as y adolescentes <19 años que presentan obesidad por IMC (PC > 97) / N° de niños/as y adolescentes con mediciones antropométricas registradas en la HSI (X100). Total y desagregado por sexo y por grupo etario (<2, 2 a <6, 6 a <14, 14 a <19).	HSI	Tasa constante
<b>sobrepeso y obesidad</b>	Resultado	Porcentaje de Sobrepeso en adultos	N° de personas $\geq 19$ años que presentan sobrepeso por IMC ( $\geq 25$ -<30) / N° de personas $\geq 19$ años con mediciones antropométricas registradas en la HSI (X100). Total y desagregado por sexo y por grupo etario (19 a <25, 25 a <35, 35 a <50, 50 a <65, $\geq 65$ ).	HSI	Reducción 15%
<b>sobrepeso y obesidad</b>	Impacto	Porcentaje de Obesidad en adultos	N° de personas $\geq 19$ años que presentan obesidad por IMC (>30) / N° de personas $\geq 19$ años con mediciones antropométricas	HSI	Tasa constante

			registradas en la HSI (X100). Total y desagregado por sexo y por grupo etario (19 a <25, 25 a <35, 35 a <50, 50 a <65, ≥65).		
<b>sobrepeso y obesidad</b>	Resultado	Porcentaje de Sobrepeso en embarazadas	Nº de embarazadas que presentan sobrepeso por IMC/Edad gestacional (1DE - 2 DE) / Nº de embarazadas con mediciones antropométricas registradas en la HSI (X100). Total y desagregado por grupo etario (<19, ≥19).	HSI	Reducción del 15%
<b>sobrepeso y obesidad</b>	Impacto	Porcentaje de Obesidad en embarazadas	Nº de embarazadas que presentan obesidad por IMC/Edad gestacional (>2 DE) / Nº de embarazadas con mediciones antropométricas registradas en la HSI (X100). Total y desagregado por grupo etario (<19, ≥19).	HSI	Reducción del 15%
<b>sobrepeso y obesidad</b>	Producto	Porcentaje de actividades de educación alimentaria	Nº de actividades de educación alimentaria (charlas, talleres) desarrolladas por los equipos de los Centros de Salud Nivel 1 / Nº de actividades comunitarias desarrolladas por los equipos de los Centros de Salud Nivel 1 (X100)	Programa	Aumento del 10%
<b>sobrepeso y obesidad</b>	Producto	Porcentaje de postas con mediciones antropométricas	Nº de postas con mediciones antropométricas desarrolladas por los equipos de los Centros de Salud Nivel 1 / Nº de postas desarrolladas por los equipos de los Centros de Salud Nivel 1 (X100)	Programa	Aumento del 10%
<b>Tabaco</b>	Impacto	Prevalencia consumo de tabaco	Nº de fumadores activos caba /población total caba	ENFR	Tasa constante
<b>Tabaco</b>	Resultado	Proporción Fumadores activos en primer nivel	Nº de fumadores activos /población total activa centros de salud	Programa	Reducción del 15%
<b>Tabaco</b>	Producto	Proporción centros con cesación tabáquica en 1N	Nº de efectores que proveen C.T./total efectores	Programa	Aumento del 30%
<b>Tabaco</b>	Producto	Proporción centros con cesación tabáquica en 2N	Nº de centros que proveen C.T./total centros	Programa	Aumento del 30%

<b>Tabaco</b>	Resultado	Proporción población Bajo tratamiento 1N	N° de fumadores activos bajo tratamiento de cesación tabáquica en el Primer Nivel/fumadores activos de población activa 1N	Programa	Aumento del 25%
<b>Tabaco</b>	Resultado	Proporción población Bajo tratamiento 2N	N° de fumadores activos bajo tratamiento de cesación tabáquica en el segundo Nivel/fumadores activos de población activa 2N	Programa	Aumento del 25%
<b>Tabaco</b>	Insumos	Cobertura medicación tabáquica media	N° de tratamientos de cesación tabáquica (medicación) entregados/tratamientos comprados	HSI	90%
<b>Tabaco</b>	Proceso	Proporción Población de riesgo vacunada	N° fumadores activos con vacuna antigripal y antineumocócica/total fumadora activa población activa	Programa	80%
<b>Tabaco</b>	Producto	Tasa de consejería breve	N° de consulta por consejería breve según relevamiento de HC /número de consultas HC	HSI	Aumento del 10%
<b>Tabaco</b>	Producto	Tasa consulta promedio	N° de consultas de cesación tabáquica/fumadores activos bajo programa	HSI	Aumento del 10%
<b>Tabaco</b>	Producto	Tasa de alta cesación	N° de altas de tratamiento de cesación tabáquica/total de población bajo programa	Programa	Aumento del 25%
<b>Tabaco</b>	Proceso	Tasa de capacitación:	N° de capacitaciones realizadas por el programa/N° de capacitaciones programadas programa	Programa	100%
<b>Tabaco</b>	Producto	Tasa de actividades comunitarias nivel central	N° de actividades comunitarias (charlas, talleres) sobre tabaco y conserjería en el Seguro Nivel/N° de actividades comunitarias en el segundo nivel	HSI	Aumento del 10%
<b>Tabaco</b>	Producto	Tasa de actividades comunitarias primer nivel	N° de actividades comunitarias (charlas, talleres) sobre tabaco y conserjería en el Primer Nivel/N° de actividades comunitarias en el primer nivel	HSI	Aumento del 10%
<b>Tabaco</b>	Producto	Tasa de actividades comunitarias 2N	N° de actividades comunitarias (charlas, talleres) sobre tabaco y conserjería nivel central /N° de actividades comunitarias nivel	HSI	Aumento del 10%

central					
<b>Tabaco</b>	Resultado	Tasa de Exposición al humo	N° de personas con exposición HABITUAL al humo de tabaco ajeno/ total población activa	Programa	Reducción del 25%

### *Indicadores para Cuadro de Mando integral*

La elaboración del CMI debe contener las cuatro perspectivas descritas en el apartado del marco teórico. Sin embargo, luego de un análisis del plan estratégico y considerando las características propias de la unidad organizacional se propone esta variante de la matriz, que considera además los tres elementos claves de la planificación operativa: el fortalecimiento de servicios, la promoción de la salud y la vigilancia epidemiológica. D.T.N° 6 CUADRO DE MANDO INTEGRAL AÑO XXXX

Aquellos indicadores que den cuenta de las acciones fortalecimiento de servicios o perspectiva **gestión de activos** se nutrirán con reportes y base de datos obtenidos del primer nivel de atención, en su mayoría través de información generada por relevamientos desde nivel central o desde los programas.

En lo que refiere a la perspectiva **usuarios**, los indicadores serán construidos a partir de las acciones de empadronamiento de los usuarios en el sistema público de salud y la incorporación de la historia de salud integral que registra la actividad de los usuarios en los diferentes efectores, prácticas y medicación entregada.

Lo indicadores referidos a la perspectiva de **procesos**, responden más a una lógica de gestión al interior de la Unidad como coordinadora de acciones en los equipos integrantes de los centros de salud y de los programas que pertenecen a la unidad. Estas incluyen las acciones de gestión de los equipos, los hitos en materia de promoción de la salud y los nuevos proyectos que están en vigencia.

Por último, la perspectiva **aprendizaje**, refleja el rol de la unidad como promotora de cambios en la sensibilización de las ECNTs y la capacidad de respuesta del Ministerio de Salud ante esta

epidemia, incluye los convenios realizados, la participación en congresos y la capacitación de los equipos tratantes.

**DOCUMENTO TÉCNICO N° 6 CUADRO DE MANDO INTEGRAL**

**D.T.N° 6 CUADRO DE MANDO INTEGRAL AÑO XX**

PERSPECTIVA	EJE	INDICADOR	FÓRMULA	META	OBSERVACIONES
<b>Financiera/ Gestión activos Usuarios Procesos Aprendizaje</b>					

Fuente: Elaboración propia

**D.T.N° 6 CUADRO DE MANDO INTEGRAL AÑO 2020**

PERSPECTIVA	EJE	INDICADOR	FÓRMULA	META	OBS.
<b>Financiera/ Gestión de activos</b>	Equipamiento	Proporción de centros que cuenta con kit Screening básico	N° de centros con que disponen de kit para Screening/total de centros	100%	Acción POA
		Proporción de centros que cuentan con material para realizar AF	N° de centros con que disponen de material para realizar actividad física/total de centros	100%	Acción POA
	Infraestructura	Proporción de Centros con bebederos	N° de centros con que disponen de bebederos en funcionamiento/total de centros	70% de centros con bebederos (en trámite o instalados)	Acción POA
		Proporción de Centros con espacio para AF	N° de centros con que disponen de espacio para realizar actividad física/total de centros	80%	
	Materiales gráficos insumos	Proporción de Centros con material de apoyo actualizado	N° de centros con que disponen de material gráfico /total de centros	Entrega de material en 100% centros, visita a equipos ECNTs	Circuito de solicitud . Acción POA
		Proporción de Programas con material de apoyo actualizado	N° de programas con que disponen de material gráfico /total de programas	100 % programas con material de apoyo actualizado (nuevo o reimpresión)	Circuito de solicitud . Acción POA

<b>Usuarios</b>	Padrón de usuarios	Proporción de hipertensos bajo programa	N° de adultos de 18 a 65 años con HTA tratamiento/adultos diagnosticados con HTA población activa	Aumento del 25%	Acción POA	
		Proporción de adultos con diabetes tipo 2 bajo programa	N° de adultos de 45 a 54 años con Diagnostico de DBT 2 en tratamiento/adultos diagnosticados con DBT 2	Aumento del 25%	Acción POA	
		Proporción población Bajo tratamiento 1N	N° de fumadores activos bajo tratamiento de cesación tabáquica en el Primer Nivel/fumadores activos de población activa 1N	Aumento del 25%		
		Proporción de niños con exceso de peso en niños por derivación de S.E en control	N° de pacientes <=18 años en control por obesidad o sobrepeso detectado por Salud Escolar/N° total de pacientes <= en control por sobrepeso y obesidad población activa	Aumento del 25%		
		Diagnóstico precoz	Alto riesgo de enfermedad CV	Porcentaje de personas mayores de 40 años con CPE con RCVG mayor de 10, que efectuaron consultas de seguimiento en el último año	Aumento del 25%	
			Tasa de control HTA	N° de personas de 18 -60 años que se realizan control de la HTA anualmente/N° de personas de 18-60 años población activa	Aumento del 25%	Acción POA
			Tasa de Control de prevención HPV	N° de mujeres de 30 años y más, que se les realizan rastreo de cáncer de cuello uterino por test de HPV/cantidad total de mujeres de 30 y más población activa	50%	
			Tasa de Control de prevención cuello	N° de mujeres, entre 21 años y 29, que se les realizan rastreo de cáncer de cuello uterino por citología/N° de mujeres de 21/29 años población activa	50%	
			Proporción de adultos de 50 a 64 años con cobertura pública exclusiva con tamizaje para cáncer colorrectal/población activa de 50 a 64 años	Proporción de adultos de 50 a 64 años con cobertura pública exclusiva con tamizaje para cáncer colorrectal	Aumento del 25%	Acción POA
		Cobertura medicación	Tasa de cobertura de insulina en DM2	N° de pacientes con DM 2 que reciben tratamiento con insulina/n° de pacientes diabéticos tipo 2 población activa	90%	Acción POA
Proporción de diabéticos que reciben medicación	N° de pacientes con DM que reciben tratamiento farmacológico/n° de pacientes diabéticos tipo 2 población activa		90%	Acción POA		
Proporción de hipertensos que reciben medicación	N° de personas hipertensas bajo tratamiento que retiraron medicación/ N° personas hipertensas bajo tratamiento población activa		90%			
<b>Procesos</b>	Administración y coordinación	Proporción Participación continua equipo de salud	N° de Coordinadores de programas o red que asistieron a las reuniones /total de coordinadores	Participación continua de referentes de programas (4 reuniones al año, al menos el 50% de asistencia por programa)	Acción POA	

		Proporción de Programas con Referencia y contra referencia	N° programas/red con referentes identificados en el 1 y 2 nivel/ total de programas UECNTs	Nómina de referentes en PNA y SNA; Circuito de referencia y contrareferencia identificado		
		Tasa de Requerimientos técnicos	N° de programas o red que entregaron sus documentos de gestión/total de programas UECNT	100% (de enero a febrero); todos los informes de gestión en enero		
		Creación y designación de coordinadores	N° de programas UECNT con designación de coordinador y acto administrativo de creación/ total de programas	100% con creación y designación del coordinador/equipo		
Promoción de la salud		Efemérides	N° de actividades por efemérides realizadas/ total de días de efemérides	9 eventos en efemérides	Acción POA	
		Campañas	N° de campañas realizadas/N° de campañas planeadas	5 campañas realizadas	Acción POA	
		Proporción Población de riesgo vacunada	N° de personas considerada como población de riesgo vacuna antigripal y antineumocócica/N° de personas consideradas población de riesgo activa	Aumento del 25%		
		Índice de Talleres de ECNT en efectores	N° de actividades en efectores (charlas, talleres) sobre ECNTs en el Primer Nivel/N° de actividades (actividades-talleres) en el primer nivel	Aumentar el 20%	Acción POA	
		Índice de Talleres de ECNT en la comunidad	N° de actividades comunitarias (charlas, talleres) sobre ECNTs en el Primer Nivel/N° de actividades comunitarias en el primer nivel	Aumentar el 20%	Acción POA	
Aprendizaje		Nuevos proyectos	Proyectos Especiales	Numero nuevos proyectos o mejoras de servicios en estado iniciado-en curso/total de nuevos proyectos o mejoras planificadas	4 proyectos realizados	
		Capacitación Equipos	Tasa de capacitación promedio MAPEC (Virtual-presencial)	N° de centros capacitados con al menos 2 personas del equipo / total de centros	80% centros capacitados	Acción POA
			Tasa de capacitación promedio otras temáticas	N° de centros capacitados con al menos 2 personas del equipo / total de centros	50% centros capacitados	Acción POA
			Tasa de capacitaciones realizadas	N° de capacitaciones realizadas/N° de capacitaciones programadas	100% capacitaciones	
		Congresos	Grado de participación en congresos	N° de congresos con participación/ total de congresos	Participación en 3 congresos (SAP-NUTRICION-SADI)	
		Convenios	Porcentaje de suscripción convenios	N° acuerdo suscriptos/ total de acuerdos planeados	A definir	
		Formulación de políticas	Índice políticas	N° de políticas públicas sancionadas/ N° DE anteproyectos en tratamiento o con asesoría de la UECNT	A definir	

## MEJORAS DE LA CALIDAD

Una vez iniciado el proceso de planificación, o una vez que se puso en ejecución el plan operativo, es necesario la incorporación de un análisis complementario referido a la evaluación de la calidad de los procesos que se vienen empleando, para poder detectar áreas críticas y cuestiones relevantes que pudiesen entorpecer la aplicación de las políticas u obtener servicios con de calidad acorde a las necesidades de la población y que sean seguros para los equipos de salud que participan en la atención sanitaria.

Para proceder a esta evaluación, se considera oportuna la utilización del esquema de Deming. Este propone una visualización de las oportunidades de mejoras acorde a la satisfacción de las necesidades de los usuarios considerando las alternativas posibles de solución, y verificando cumplimiento de la calidad acorde a indicadores.

Para esquematizar el proceso de mejora se detallan unas series de pasos o check list del círculo de Deming que facilitan la implementación:

- ✓ Paso 1. Asignar responsabilidades: grupo de personas.
- ✓ Paso 2. Describir el campo de actuación: tipo de cuidados o servicios que se prestan.
- ✓ Paso 3. Identificar los aspectos más importantes de esos cuidados o servicios que se prestan.
- ✓ Paso 4. Identificar los indicadores.
- ✓ Paso 5. Establece estándares para la evaluación.
- ✓ Paso 6. Recogida y organización de los datos
- ✓ Paso 7. Iniciar la evaluación.
- ✓ Paso 8. Realizar acciones basadas en las recomendaciones de las personas que han realizado la evaluación.
- ✓ Paso 9. Asegurar la efectividad de las acciones y mantener el objetivo o, lo que es lo mismo, determinar si las acciones son efectivas mediante la “monitorización” continua.
- ✓ Paso 10. Comunicar los resultados a las personas y grupos relevantes.

## D.T.Nº 7 MEJORAS EN LA CALIDAD

PLANEAR	HACER	VERIFICAR	ACTUAR
Área crítica o problema	Propuesta 1	Indicador 1	Mejora de calidad 1
Área crítica o problema	Propuesta 2	Indicador 2	Mejora de calidad 2
Área crítica o problema	Propuesta n	Indicador n	Mejora de calidad n

Cabe destacar que la formulación de este proyecto de tesis es a modo descriptivo y que su alcance abarca hasta la elaboración del POA 2020, queda entonces pendiente el análisis previamente descrito por ser una evaluación que debe surgir luego de la puesta en marcha del Plan Operativo.

## REFELEXIONES FINALES

Los índices de sobrepeso y obesidad presentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires son el reflejo de lo que se sucede a nivel nacional y mundial, a esta alarmante situación se le debe adicionar la insuficiente actividad física y los hábitos de consumo e ingesta de alimentos, lo que denota la necesidad de generar mayores esfuerzos para bajar la incidencia que estos estilos de vida tienen en la aparición de nuevos casos de enfermedades crónicas no transmisibles.

Se requiere entonces, elaborar estrategias explícitas de prevención y promoción de la salud, acompañadas de acciones de educación para la salud en personas con padecimiento de alguna de estas enfermedades, cuya evidencias presentan ser más costo efectivas que el tratamiento en efectores sanitarios de las complicaciones o internaciones, y resultarían ser más beneficiosas para los presupuestos de los gobiernos que son cada vez más abultados y con pobres resultados.

Durante la elaboración y posterior ejecución de las acciones seleccionadas como alternativas más eficientes o estratégicas, se considera oportuna la utilización del herramental del ámbito empresarial referida a la planificación estratégica. De modo que, el ejercicio mediante esta forma de planear, podría brindar un análisis más acertado de la realidad y podría permitir el diseño de políticas más acordes a la población destinataria: identifica un punto de partida con que comparar gracias al diagnóstico inicial, establece una selección de indicadores que dan cuenta del curso de acción y brinda pautas de alerta ante el incumplimiento de objetivos o propósitos, e incluso delimitan un posible curso de acción alternativo hacia la situación deseada.

Uno de los aspectos más importantes en cuanto al hábito de planear es poder establecer un momento de monitoreo o evaluación. Allí se tendría la posibilidad de saber cómo se están desarrollando los planes de un área o departamento durante la misma ejecución. De esta forma se obtendría información acerca de cómo se estarían utilizando los recursos propios y los recursos de terceros, con un panorama más amplio del alcance de las políticas, lo que permitiría saber cuándo se está alcanzando la meta y tener información sensible ante la desviación de las políticas.

Sin embargo, para que este momento sea efectivo debe hacerse durante la ejecución de las actividades y al finalizar el ciclo, de forma regular, sistematizando la información y utilizando reportes o gráficos de tipo semáforo que sean del entendimiento del receptor de la información.

Asimismo se debe incluir instancias de revisión de las políticas en uso, y la incorporación de procesos de comunicación participativos, que posibiliten la elaboración de propuestas alternativas para lograr los objetivos.

Otra cuestión de relevancia es que, a diferencia de la planificación tradicional, la planificación estratégica incorpora elementos que revelan el contexto interno de la organización, relativos a la distribución de las responsabilidades en la ejecución de las tareas y roles de poder de cada uno de los integrantes del proceso político, pero con el adicional de incluir las características de la coyuntura política y social donde potencialmente se implementarían esas políticas. De esta manera se podrían estimar distintos escenarios en contexto de incertidumbre y disminuir así o eliminar, las posibles amenazas u obstáculos que separan a la organización de la trayectoria hacia la situación deseada.

De similar importancia, y muy poco considerado en la función pública, es el desarrollo de los procesos de comunicación. Si se considera aquellos procesos como fundamentales para ampliar las prácticas de empoderamiento de la población para fomentar y preservar aspectos positivos y adecuados para la salud, si se incluyeran además mecanismos de difusión de logros o metas alcanzadas durante la gestión como herramientas del diálogo entre las partes involucradas para superar obstáculos e identificar vías para la solución de problemas, si se abriesen canales de participación activa entre áreas involucradas y se incentiva a la socialización de datos o evidencia obtenida, se podría obtener la gobernabilidad necesaria para la instrucción de cambios en las lógicas de gestión y en la forma en que la administración se lleva adelante las políticas.

Para finalizar, es importante recordar la relación que existe entre la planificación estratégica, y la implementación de sistemas de calidad en el sector público, ya que estos conceptos se refuerzan mutuamente. La planificación es un procesos sistemático de desarrollo e implementación de planes para alcanzar objetivos o propósitos, y si a esta metodología se le incorporara la planificación de la calidad, que es entendida como la sistematización de procesos que cumplen con la expectativas de los todos clientes (usuarios, beneficiarios, empleados, proveedores, etc.), se obtendría una sistematización y un ordenamiento de las operaciones que maximizarían la eficiencia en los procedimientos, y se tendería una minimización de problemas u obstáculos que impiden el logro efectivo de las política.

Además, se generaría mejoras en la calidad de la atención brindada dado que se aspirará a asegurar bienes y servicios acordes a las expectativas de los usuarios mediante una utilización eficiente de recursos disponibles.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA Y BIBLIOGRAFÍA

- Armijo, M (2011). *Manual de Planificación Estratégica e Indicadores de Desempeño en el Sector Público*. Serie Manuales N° 69. CEPAL. Naciones Unidas.
- Biencinto, C. y Carballo, R. (2004). *Revisión de modelos de evaluación del impacto de la formación en el ámbito sanitario: de lo general a lo específico*. RELIEVE: v. 10, n. 2, p. 101-116. Recuperado de [http://www.uv.es/RELIEVE/v10n2/RELIEVEv10n2\\_5.htm](http://www.uv.es/RELIEVE/v10n2/RELIEVEv10n2_5.htm)
- Borrueal, M.A Et. Al (2010). *Estudio de carga de enfermedad: Argentina*. 1° Ed., Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Capriotti P (1998) *La comunicación interna* .Artículo publicado en Reporte C&D – Capacitación y Desarrollo (Argentina), N. 13, Diciembre 1998, pp. España.
- Chorny, A (1998) *Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes*. Cuadernos Médico sociales73:23-44. Disponible en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/chorny.pdf>
- Costa, Domínguez Et. al (2007) *El cuadro de mando Integral*. Recuperado de [http://www.ucipfg.com/Repositorio/MAES/MAES03/Unidad4/Cuadro\\_de\\_Mando\\_Integral\\_\(Balance%20Scorecard\).pdf](http://www.ucipfg.com/Repositorio/MAES/MAES03/Unidad4/Cuadro_de_Mando_Integral_(Balance%20Scorecard).pdf)
- Cuervo, L y Mattar. J: (2004) *Planificación para el desarrollo en América Latina y el Caribe*. Serie Gestión Pública N° 81, CEPAL. Naciones Unidas.
- Dirección General de Estadísticas y Censos, Ministerio de Hacienda (2017) *Buenos Aires en Números*, Año 4 Volumen 4.
- Dirección General de Estadística y Censos, Ministerio de Economía y Finanzas GCBA, (2014) *Informe de resultados 717. Enfermedades crónicas en CABA*.
- Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA). *Encuesta Anual de Hogares 2017*.
- Donavedian, A. (1966) *Evaluating the quality of medical care*. Foundation Milbank Memorial.
- Jiménez C. W. (1982). *Introducción al estudio de la teoría administrativa*, México; FCE
- Kaplan, R. y David P. (1996) Norton, *the Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action*, Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Laspiur, S; González G. (2016) *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, modelo MAPEC - 2a Ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. REDES*.

- Martínez Sagasta, comp; (2005) *Estandarización de procesos asistenciales. Calidad de Gestión Clínica*. Ministerio De salud de la Nación.
- Mattar, J y D. Perrotti. (2014) *La planificación como instrumento de desarrollo con igualdad. Tendencias y desafíos*. Serie Gestión Pública N° 80, CEPAL. Naciones Unidas.
- Mele, D. (2010) *Manual de promoción de la salud FESP. Experiencias provinciales*. 1° Ed, Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Industria, Turismo y gobierno de España (2010) *Plan Estratégico E Implantación Del Cuadro De Mando Integral*. Recuperado de [https://www.camaracr.org/uploads/tx\\_icticontent/Manual\\_Experiencias\\_Plan\\_Estrategico\\_y\\_CMI\\_01.pdf](https://www.camaracr.org/uploads/tx_icticontent/Manual_Experiencias_Plan_Estrategico_y_CMI_01.pdf)
- Ministerio de Salud GCABA (2013), Departamento de Salud Escolar. *Encuesta nutricional de control de salud del escolar Buenos Aires 2012*. Recuperado de [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/encuesta-nutricional-informe-junio-diciembre-2012\\_1.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/encuesta-nutricional-informe-junio-diciembre-2012_1.pdf)
- Ministerio de Salud GCABA (2016) *Manual de Introducción al trabajo en el primer nivel de atención del sistema de salud de la CABA*. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud GCABA (2017) *Análisis de situación de la Salud de Buenos Aires 2016* Disponible [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/asis\\_caba\\_2016\\_dic17\\_vf\\_1.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/asis_caba_2016_dic17_vf_1.pdf)
- Ministerio de Salud GCABA (2016) *Plan de salud de la ciudad de Buenos Aires 2016-2019 Resumen Ejecutivo*.
- Ministerio de Salud GCABA. (2017) *Boletín Epidemiológico N° 45 Año II* | Información hasta SE 24 | 30 de junio de 2017.
- Ministerio de Salud de la Nación (2010) *Herramientas para la planificación y programación local Módulo 4*, Recuperado de <http://www.fmed.uba.ar/depto/edunutri/2016herramientasparalaplanifyproglocalmod4.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación (2007) Encuesta Nacional de nutrición y salud. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000257cnt-a08-ennys-documento-de-resultados-2007.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2011) *Manual de Planificación, Monitorio y Evaluación*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación. REMEDIAR+REDES.
- Ministerio de Salud de la Nación (2013). *2° Encuesta mundial de salud escolar. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles Componente: Vigilancia Argentina 2012*.

- Ministerio de Salud de la Nación (2013) *Sobrepeso y Obesidad en niños y adolescentes. Orientaciones para su prevención, diagnóstico y tratamiento en Atención Primaria de la salud*. 1° Ed, Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2015) *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles*. 1° Ed. Edición. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- Ministerio de Salud de la Nación (2016) *Obesidad: Determinantes, epidemiología y su abordaje desde la salud pública*, Boletín de Vigilancia epidemiología N° 8, Ministerio de salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación (2017) *Indicadores Básicos Argentina 2017*. Recuperado de <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2018/04/IndicadoresBasicos2017.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (1978) *Declaración de Alma Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS.
- Organización Mundial de la Salud (1986) *Carta de Ottawa para el Fomento de la Salud*. Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, Ottawa, Canadá, Disponible en <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2012) *28.a Conferencia Panamericana Estrategia para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles, 2012-2025*. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (2014) *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*. 53° Consejo Directivo de la OPS 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS.
- Organización Panamericana de la salud (2014). *En pro de la salud: desarrollo sostenible y equidad. Plan Estratégico De La Organización Panamericana De La Salud 2014-2019*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/Plano-Estrat-2014-2019-ExecESP-2.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2016) *Aplicación de modelos para mejorar las decisiones en materia de política sanitaria y económica en las Américas: el caso de las enfermedades no transmisibles*. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud (2019) *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la aplicación de las medidas más costo eficaces en América Latina*. Washington, D.C.

- Organización Panamericana de la Salud (2019) *Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.
- Resolución 1083/2009 *Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles y el Plan Nacional Argentina Saludable*.
- Rovere M (1999) *Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis*. Cuadernos Médicos sociales 75:31-63 Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-268.pdf>
- Saturno Hernández P.J. (2005) *Evaluación y mejora de la calidad en los servicios de Salud*. Ed. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.
- Secretaria de Gobierno de Salud (2018), *Diagnostico Jurisdiccional Programa Redes III, 2017*.
- Secretaria de Gobierno de Salud, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2019) *Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Principales Resultados*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.
- Testa, M. (1989) *Pensamiento Estratégico y lógica de programación. El caso de Salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- Tobar, F. (2002) *Modelos de Gestión En salud*. Disponible en [federicotobar.com.ar](http://federicotobar.com.ar)