



Ministerio del Interior,  
Obras Públicas y Vivienda  
Presidencia de la Nación

**UEC.Interior**  **DAMI** Programa de Desarrollo de  
Áreas Metropolitanas del Interior



**PRESTAMO 3780/OC-AR**

**PLAN DE EJECUCION METROPOLITANA  
(PEM)**

**ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES  
(AMBA)**

DICIEMBRE 2018

## **ÁREA METROPOLITANA BUENOS AIRES**

### **Contenidos**

#### **1. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES**

- 1.1. Conformación, localización y población
- 1.2. La ocupación del territorio en el AMBA
- 1.3. Estructura económico-social

#### **2. DIAGNÓSTICO DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES**

- 2.1. Principales problemáticas

#### **3. INSTITUCIONALIDAD DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES**

- 3.1. Antecedentes de institucionalidad metropolitana
- 3.2. Gabinete Metropolitano
- 3.3. COCAMBA
- 3.4. Agenda AMBA

#### **4. PROYECTO PRIORIZADO**

- 4.1. Definición del proyecto DAMI
- 4.2. Desarrollo de una red integrada de servicios de salud en el AMBA
- 4.3. Relevamiento de los efectores del primer nivel de atención de la provincia de buenos aires
- 4.4. Avances en la implementación de la Red Pública de Salud AMBA
- 4.5. Objetivos del proyecto DAMI para la implementación de la Red Pública de Salud AMBA
- 4.6. Modelo de gestión
- 4.7. Resultados esperados

#### **5. MODALIDAD DE EJECUCIÓN**

#### **ANEXOS**

- Anexo 1 Identificación de proyecto
- Anexo 2 Cronograma tentativo de Ejecución
- Anexo 3 Fichas de Proyectos
- Anexo 4 Definición de Área Metropolitana de Buenos Aires
- Anexo 5 Convenio Marco de Colaboración en Salud CABA PBA
- Anexo 6 Acuerdo de colaboración en seguridad CABA PBA
- Anexo 7 Minutas del taller de coordinación del Gabinete Metropolitano
- Anexo 8 Resolución COAMBA
- Anexo 9 Decreto 1090/2018 – Creación Red Pública de Salud AMBA

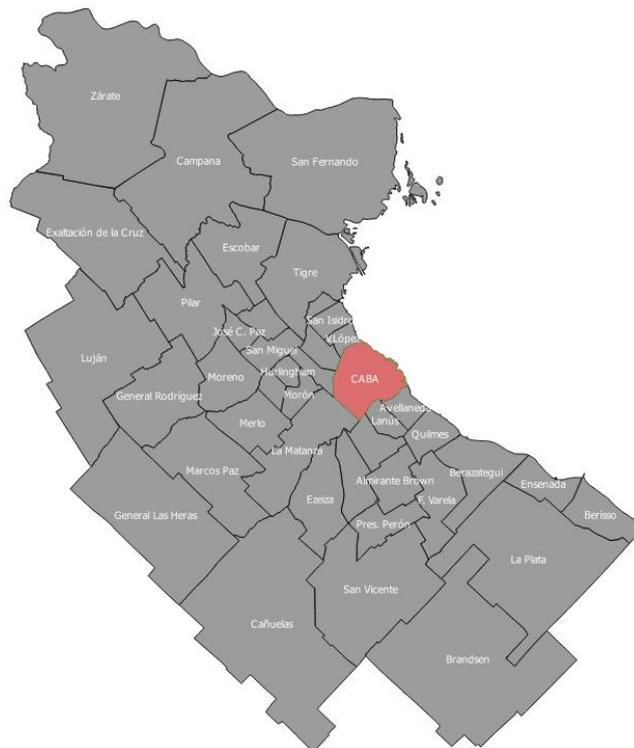
## 1. CARACTERIZACIÓN DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES

### 1.1. Conformación, localización y población

La extensión geográfica y urbana del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) es una zona dinámica y en constante expansión que ha sido definida de diferentes formas para su estudio y tratamiento. Dependiendo del criterio que se utilice, del sector de política pública bajo análisis o de la cantidad de localidades que se incluyan en ella, el AMBA puede presentar delimitaciones diferentes.

En este documento, el Área Metropolitana Buenos Aires (AMBA) será entendido (excepto indicación en contrario) como la zona urbana común que conforman la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Berisso, Brandsen, Campana, Cañuelas, Ensenada, Escobar, Esteban Echeverría, Exaltación de la Cruz, Ezeiza, Florencio Varela, General Las Heras, General Rodríguez, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, La Plata, Lomas de Zamora, Luján, Marcos Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, Merlo, Morón, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López y Zárate<sup>1</sup>.

**Gráfico. Mapa AMBA.**



Fuente: Elaboración propia.

De todas formas, como ocurre habitualmente con las zonas metropolitanas, sus límites pueden ser redefinidos en función de la dinámica de expansión urbana y crecimiento poblacional.

<sup>1</sup> Conformación del AMBA según Decreto N°149/2012 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

En 2017, en el AMBA viven más de 15 millones de personas. Es el área geográfica más poblada del país, reuniendo el 35% de la población nacional, y la zona con mayor crecimiento poblacional. Desde su conformación histórica, la Ciudad de Buenos Aires y su aglomeración han recibido corrientes de inmigrantes del exterior y del interior del país. El crecimiento poblacional del AMBA lo ha transformado en la metrópolis más importante del país, incorporando aproximadamente 1 millón de personas cada 10 años. Al observar la última variación inter-censal, se manifiesta un importante crecimiento poblacional del AMBA en los últimos 20 años que se da principalmente en los distritos de la segunda y tercera corona del Gran Buenos Aires.

**Tabla. Población AMBA.**

Partido	Población		Variación absoluta	Variación relativa (%)
	2001	2010		
<b>Total</b>	<b>13.174.170</b>	<b>14.839.026</b>	<b>1.664.856</b>	<b>12,6%</b>
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2.776.138	2.890.151	114.013	4,1
Almirante Brown	515.556	552.902	37.346	7,2
Avellaneda	328.980	342.677	13.697	4,2
Berazategui	287.913	324.244	36.331	12,6
Berisso	80.092	88.470	8.378	10,5
Brandsen	22.515	26.367	3.852	17,1
Campana	83.698	94.461	10.763	12,9
Cañuelas	42.575	51.892	9.317	21,9
Ensenada	51.448	56.729	5.281	10,3
Escobar	178.155	213.619	35.464	19,9
Esteban Echeverría	243.974	300.959	56.985	23,4
Exaltación de la Cruz	24.167	29.805	5.638	23,3
Ezeiza	118.807	163.722	44.915	37,8
Florencio Varela	348.970	426.005	77.035	22,1
General Las Heras	12.799	14.889	2.090	16,3
General Rodríguez	67.931	87.185	19.254	28,3
General San Martín	403.107	414.196	11.089	2,8
Hurlingham	172.245	181.241	8.996	5,2
Ituzaingó	158.121	167.824	9.703	6,1
José C. Paz	230.208	265.981	35.773	15,5
La Matanza	1.255.288	1.775.816	520.528	41,5
La Plata	574.369	654.324	79.955	13,9
Lanús	453.082	459.263	6.181	1,4
Lomas de Zamora	591.345	616.279	24.934	4,2
Luján	93.992	106.273	12.281	13,1
Malvinas Argentinas	290.691	322.375	31.684	10,9
Marcos Paz	43.400	54.181	10.781	24,8
Merlo	469.985	528.494	58.509	12,4
Moreno	380.503	452.505	72.002	18,9
Morón	309.380	321.109	11.729	3,8
Pilar	232.463	299.077	66.614	28,7
Presidente Perón	60.191	81.141	20.950	34,8
Quilmes	518.788	582.943	64.155	12,4
San Fernando	151.131	163.240	12.109	8,0
San Isidro	291.505	292.878	1.373	0,5
San Miguel	253.086	276.190	23.104	9,1
San Vicente	44.529	59.478	14.949	33,6
Tigre	301.223	376.381	75.158	25,0
Tres de Febrero	336.467	340.071	3.604	1,1
Vicente López	274.082	269.420	-4.662	-1,7
Zárate	101.271	114.269	12.998	12,8

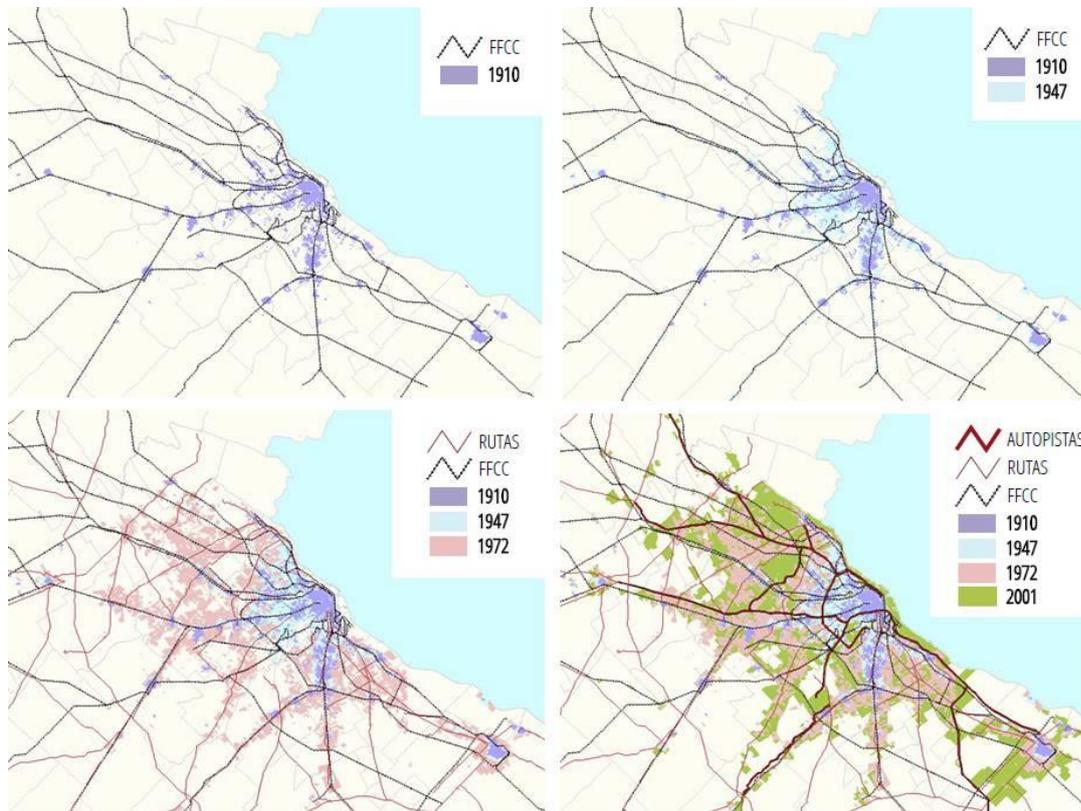
**Fuente:** INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010.

Como se observa en la tabla, en los últimos 20 años el crecimiento se ha dado en la periferia de la Ciudad. Este crecimiento poblacional incide en los patrones de ocupación del territorio y en el desarrollo urbano del AMBA. A continuación, se describen algunas de sus implicancias sobre el proceso de urbanización del territorio en los últimos años.

## 1.2. La ocupación del territorio en el AMBA

El Área Metropolitana de Buenos Aires se ubica en la costa occidental del Río de la Plata ocupando un territorio de aproximadamente 2400 km<sup>2</sup>. El proceso de urbanización del AMBA es consecuencia de las dinámicas poblacionales y económico-sociales que se dan en su territorio. De esta forma, durante el siglo XIX y principios del siglo XX su expansión se dio a partir de la extensión de las vías del ferrocarril y principales rutas. Este patrón de crecimiento consolida una población estable en la Ciudad y un crecimiento casi constante de la periferia, potenciada luego por la concertación de la actividad industrial en el primer cordón del GBA hacia el Siglo XX<sup>2</sup>.

**Gráfico. Crecimiento de la mancha urbana.**



Prof Laura Reboratti 2011

En los últimos 30 años el AMBA ha experimentado transformaciones en su crecimiento urbano, a raíz de las dinámicas económicas y sociales y del crecimiento de la población. Transformaciones evidenciadas a través de “la conversión de suelo periurbano y de intersticios rurales hacia usos urbanos, orientados particularmente a la residencia de baja densidad, y el comercio y esparcimientos localizados en situación de enclave”<sup>3</sup>. La expansión territorial del AMBA, en este sentido, experimenta un fuerte crecimiento de la segunda y, especialmente, la tercera corona y una consolidación de la población de la ciudad y la primera corona. El patrón de dispersión desde el centro de la CABA hacia la periferia de la tercera corona de Gran Buenos Aires se hace evidente al visualizarse la densidad de población en el AMBA. El paulatino crecimiento de la mancha urbana

<sup>2</sup>Lineamientos Estratégicos para la Región Metropolitana de Buenos Aires, Dirección de Ordenamiento Urbano y Territorial, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, 2006. Págs. 47-53.

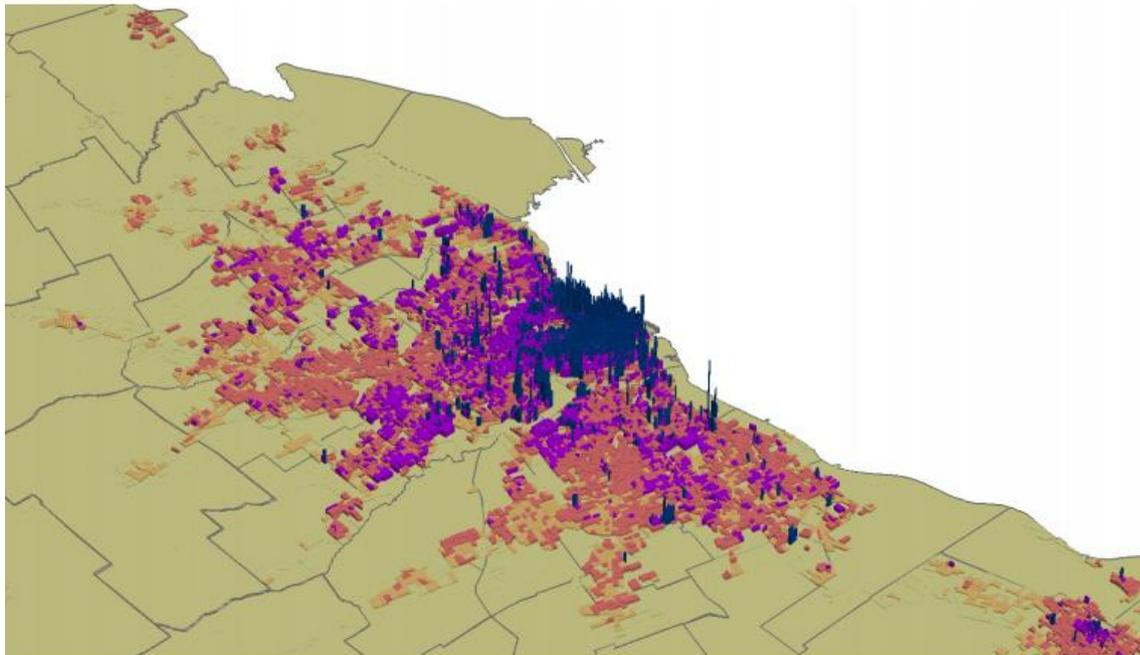
<sup>3</sup>Lineamientos Estratégicos para la Región Metropolitana de Buenos Aires, op. cit. p. 296.

justifica la incorporación de aglomeraciones de origen autónomo, como La Plata, Campana y Zárate en el AMBA, que se materializa funcionalmente como una única ciudad.<sup>4</sup>

**Este patrón de crecimiento disperso y con una dinámica de centro-periferia tiene implicancias territoriales, ambientales y sociales que impactan directamente en la calidad de su urbanización, en el alcance y acceso a servicios públicos, y consecuentemente, en la calidad de vida de sus habitantes.**

Como se demuestra en los *Lineamientos Estratégicos*, la aparición de nuevas urbanizaciones cerradas de baja densidad, parques industriales, centros comerciales y de entretenimiento empiezan a dar forma a nuevos sub-centros al interior de la Región y ambos modelos conviven. Todo lo cual ha generado discontinuidades en el desarrollo del AMBA visualizándose sobre todo en intercalamientos de “áreas de riqueza” y “áreas de precariedad” a lo largo y ancho del crecimiento dado en las últimas décadas.<sup>5</sup>

**Gráfico. Densidad de población.**



Fuente: Subsecretaría de Planeamiento, Ministerio de Desarrollo Urbano, GCBA, 2009.

Del análisis de los patrones de ocupación del suelo en el AMBA emergen **desafíos que trae aparejado el proceso de urbanización: la extensión de la infraestructura urbana básica, la expansión de la red de agua potable y saneamiento, tendido eléctrico, red vial, vivienda, gestión de los residuos y de los servicios de educación y salud.**

En este sentido, un estudio reciente de CIPPEC<sup>6</sup> muestra que la mancha urbana creció en superficie unas 19.041 hectáreas, considerando como línea de corte entre lo rural y lo urbano los 2 hab/ha, u

<sup>4</sup>*Modelo Territorial Bs As 2010- 2060*, Subsecretaría de Planeamiento, Ministerio de Desarrollo Urbano, GCBA, 2009.

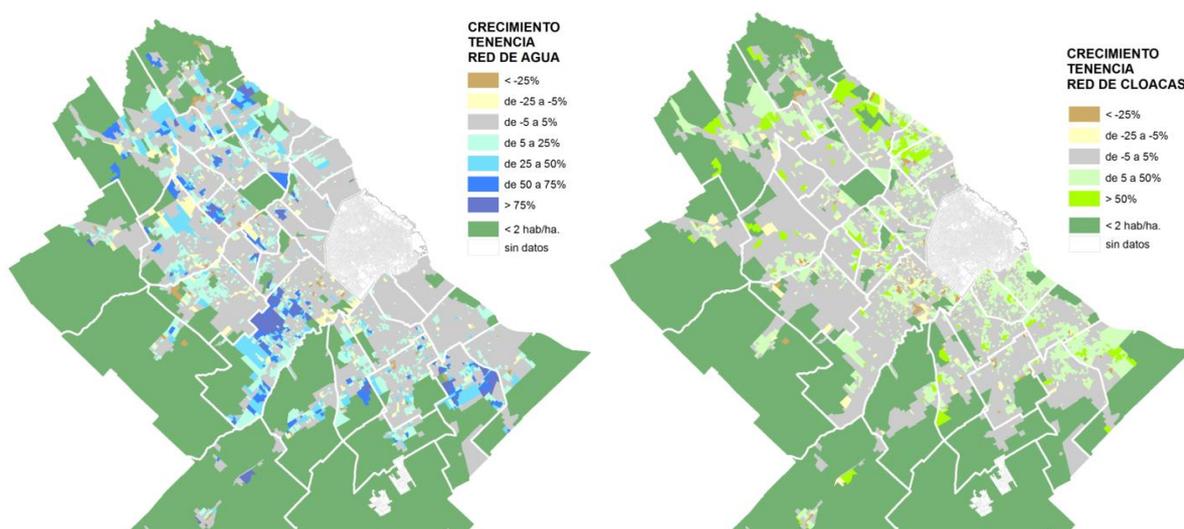
<sup>5</sup>*Lineamientos Estratégicos para la Región Metropolitana de Buenos Aires*, op. cit. p. 150.

<sup>6</sup>*ADN Urbano del AGBA*, Gabriel Lanfranchi, Carlos Verdecchia, Mercedes Bidart. CIPPEC, Enero 2017.

11.980 hectáreas, si el umbral es de 5 hab/ha. El 60% del crecimiento del AMBA se produjo en radios censales que presentan patrones de inequidad. Asimismo, el 57% del crecimiento se produjo en zonas con mayor riesgo socio-ambiental, en las que se conjugan mayores densidades de población con déficit de infraestructuras, mientras que el 85% del crecimiento fue absorbido por radios con una baja cobertura de infraestructuras sanitarias.

Los principales desafíos que impone el patrón de crecimiento periférico que presenta el AMBA tienen que ver con los costos para enfrentar la **provisión de infraestructuras básicas por parte del Estado y el consecuente déficit de cobertura de servicios básicos.**

**Gráfico. Crecimiento de la red de servicios en el AMBA**

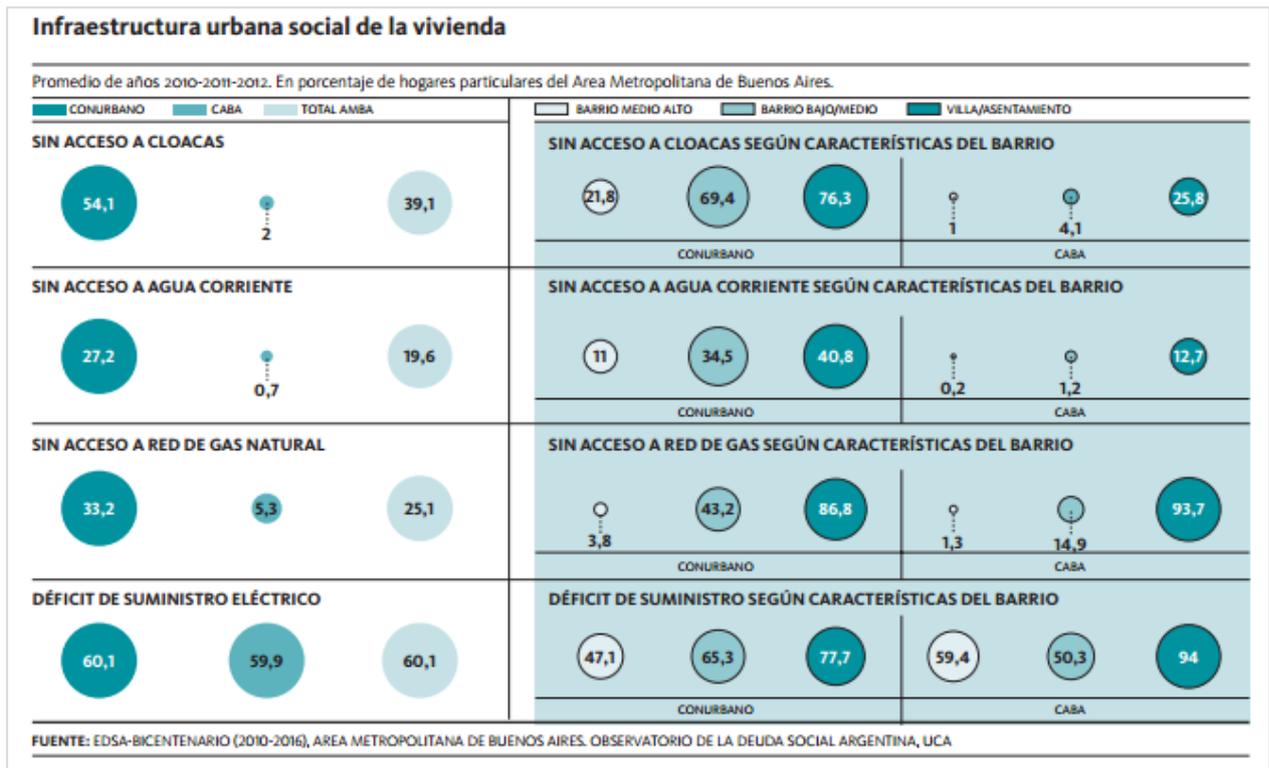


Fuente: Cippec. ADN Urbano

Otro dato ilustrativo de la heterogeneidad del déficit de cobertura de infraestructura y servicios en las viviendas (cloacas, agua corriente, entre otros) que surge de la dispersión urbana del AMBA se presenta en el último informe del Observatorio de la Deuda Social Argentina de la UCA, que refleja disparidades importantes al interior del AMBA.<sup>7</sup>

<sup>7</sup>Ver [http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/parana\\_uca\\_solange.pdf](http://www.uca.edu.ar/uca/common/grupo68/files/parana_uca_solange.pdf)

Gráfico. Infraestructura urbana social de la vivienda.



### 1.3 Estructura económico-social

El AMBA concentra aproximadamente el 45% de la actividad económica del país, la cual se distribuye un 47% en CABA y un 53% en los 40 partidos del GBA. Las 15 millones de personas, junto con el alto nivel de ingresos y densidad, la transforman también en el mayor mercado del país. Los sectores que representan en mayor parte el producto del área metropolitana son los servicios, seguido de la industria manufacturera y el comercio<sup>8</sup>. Pero la diversidad económica del AMBA se expresa incluso en la presencia de actividad agropecuaria, especialmente en la zona periurbana.

En cuanto al empleo, la Encuesta Permanente de Hogares (definida en este caso como la CABA + 24 municipios) reporta para la región en 2017 las tasas de actividad y empleo más elevadas del país, pero representa también la segunda mayor tasa de desocupación (10,9%)<sup>9</sup>.

Con respecto a indicadores sociales, el AMBA es un área muy heterogénea. La Ciudad de Buenos Aires es el distrito con los indicadores sociales más avanzados del país, mientras que en algunos de los distritos de la Provincia de Buenos Aires se presenta una situación más compleja. Esta situación de cuenta de la fragmentación y heterogeneidad social presente en el AMBA.

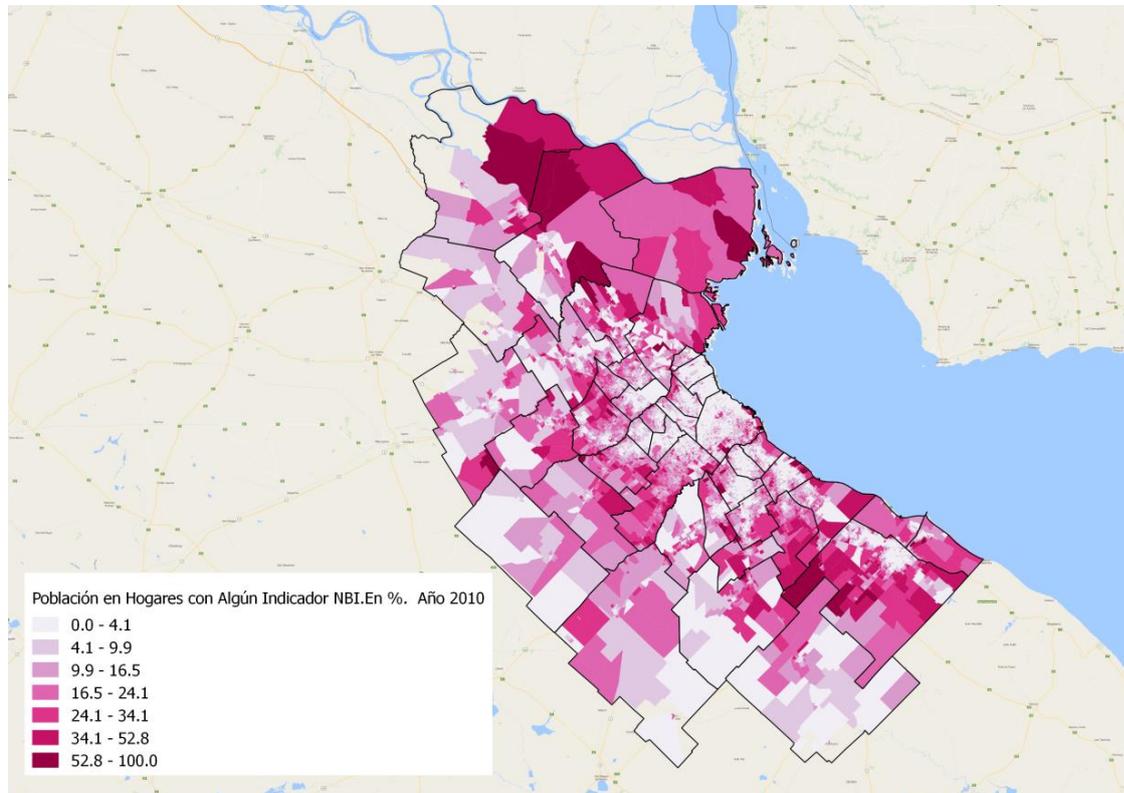
Al observar la proporción de hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) se observa el mismo patrón de desarrollo urbano del AMBA: las NBI se incrementan desde la Ciudad hacia la

<sup>8</sup> En CABA, el sector más importante es el de Servicios Inmobiliarios, empresariales y de alquiler, seguido de la Industria manufacturera y la Intermediación Financiera (Anuario Estadístico 2015, Dirección de Estadística y Censos, GCBA).

<sup>9</sup> Fuente: INDEC. Encuesta Permanente de Hogares (2do trimestre 2017).

periferia. Pero también se verifican heterogeneidades al interior de la población y en las diferentes áreas del AMBA.

**Gráfico. Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas. Por radio censal.**



Fuente: Elaboración propia, en base a datos del Censo 2010.

**Tabla. Indicadores socioeconómicos AMBA.**

%	Pobreza	Indigencia	Desocupación	Población con NBI
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	9,5	2,3	7,9	7
Partidos del GBA	34,6	7,5	11,8	12,4

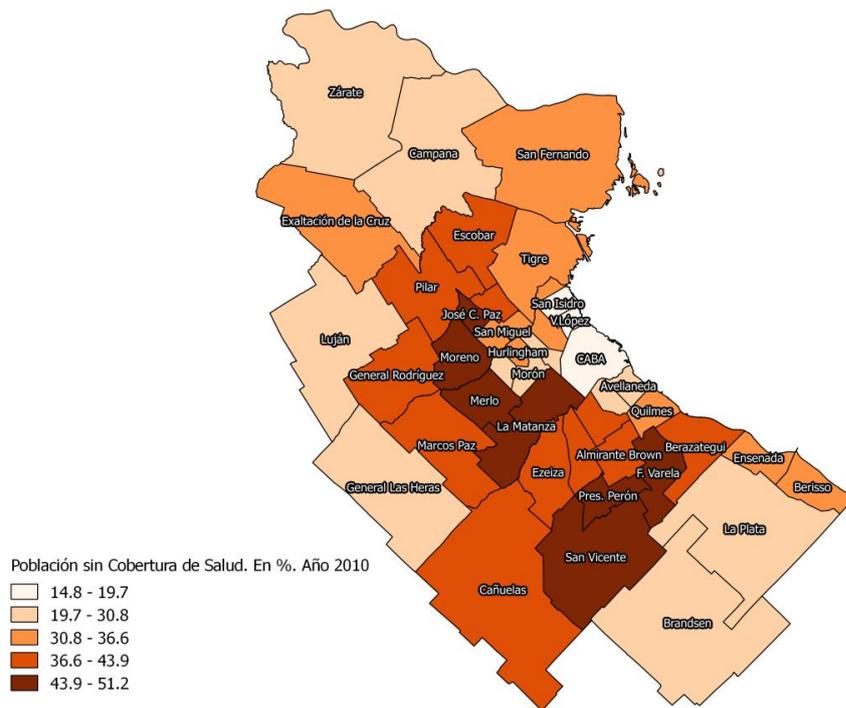
Cuadro de elaboración propia en base a datos de EPH segundo semestre 2016.

La pobreza y el desempleo en el AMBA presentan también grandes variaciones. Si se toman como referencia los valores de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del segundo semestre de 2016, la pobreza en el AMBA (definida en este caso como la CABA + 24 partidos del GBA) alcanza el 21% de las personas, siendo del 9.5% en la Ciudad y del 34.6% en el GBA.

**Los datos de cobertura de salud presentan desigualdades territoriales en el AMBA.** Mientras que en la ciudad de Buenos Aires el índice de población que no cuenta con obra social ni prepaga y depende exclusivamente del sistema público es inferior al 20%<sup>10</sup>, la situación en los distritos de la provincia es variable, llegando en algunos casos a la mitad de la población.

**Gráfico. Población con cobertura pública exclusiva de salud.**

<sup>10</sup> Censo 2010. Indec.



Fuente: elaboración propia en base a Censo 2010.

La fragmentación socio-espacial presente en el territorio del AMBA va de la mano con la heterogeneidad económico-social que reproduce situaciones de inequidad social. Por ejemplo, en materia de **vivienda**, se verifica que en ciertos municipios el porcentaje de población que vive en “viviendas deficitarias” (según clasificación del Censo) llega casi al 10%, mientras en otros municipios la población en esa situación no llega al 2%. Una gestión integral y coordinada del territorio se torna necesaria, por lo tanto, para atender con éxito las problemáticas complejas del territorio.

**Tabla. Población en vivienda deficitaria por distrito**

Distrito	porcentaje	Distrito	porcentaje	Distrito	Porcentaje
CABA	3,13%	Malvinas Arg.	5,38%	Cañuelas	4,74%
Almirante Brown	5,91%	Merlo	5,83%	Ensenada	8,53%
Avellaneda	2,86%	Moreno	5,75%	Escobar	7,14%
Berazategui	6,93%	Morón	1,30%	Exaltación	4,40%
Esteban Echeverría	4,75%	Quilmes	6,26%	General Las Heras	2,60%
Ezeiza	6,96%	San Fernando	3,96%	General Rodríguez	8,53%
Florencio Varela	9,53%	San Isidro	1,72%	La Plata	7,99%
Gral. San Martín	4,14%	San Miguel	3,89%	Luján	2,91%
Hurlingham	2,41%	Tigre	6,19%	Marcos Paz	5,02%
Ituzaingó	2,33%	Tres de Febrero	2,57%	Pilar	7,44%
José C. Paz	5,47%	Vicente López	2,23%	Presidente Perón	8,78%
La Matanza	4,34%	Berisso	7,57%	San Vicente	9,51%
Lanús	1,69%	Brandsen	5,19%	Zárate	7,04%
Lomas de Zamora	3,80%	Campana	5,92%	Total AMBA	4,66%

Fuente: Elaboración propia en base a Censo 2010. INDEC.

## 2. DIAGNÓSTICO DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES

## 2.1. Principales problemáticas

El AMBA es una región interconectada por las dinámicas propias de sus habitantes: diariamente se realizan 29 millones de viajes en todo el territorio, cruzando diferentes jurisdicciones municipales. Más de 1 millón de vehículos ingresan diariamente a la Ciudad de Buenos Aires provenientes de la Provincia de Buenos Aires, y 3 millones de personas cruzan entre la Ciudad y la Provincia para trabajar, estudiar, por atención médica o por esparcimiento. Asimismo, alrededor de 6 millones de personas utilizan la red de transporte público del AMBA; más del 50% de las consultas médicas en la CABA son provenientes de distritos del Gran Buenos Aires y cada día la Ciudad de Buenos Aires envía 3.000 toneladas de residuos a la Provincia.

Pero, a la vez, **el AMBA es una región fragmentada en múltiples jurisdicciones de distintos niveles de gobierno que poseen potestades político-administrativas propias sobre fracciones del territorio, planteando desafíos a la gestión coordinada e integrada del área.**

Existen amplios antecedentes de diagnóstico y planificación del AMBA, incluyendo los *Lineamientos Estratégicos para la Región Metropolitana de Buenos Aires*<sup>11</sup> de 2006, cuya actualización ha sido debatida durante 2016 en un ciclo de 4 encuentros con participación de los gobiernos de la Ciudad, de la Provincia, del Estado nacional, organizaciones especializadas de la sociedad civil, organismos internacionales, y académicos<sup>12</sup>. Una conclusión compartida de dichos diagnósticos es la **necesidad de fortalecer los ámbitos de coordinación de políticas en el AMBA, revirtiendo una tendencia histórica que condujo a un crecimiento disperso y desigual de la región.**

Como se sostiene en los *Lineamientos Estratégicos para la Región Metropolitana de Buenos Aires*, el crecimiento demográfico del AMBA trae aparejado un incremento de la demanda de tierra, vivienda, infraestructuras, equipamientos y servicios. Y desde el punto de vista ambiental, el crecimiento de la producción, la movilidad y el consumo, supone un incremento de las demandas de energía, de la producción de emisiones, efluentes y residuos, incrementando exigencias en las condiciones ambientales de la aglomeración.<sup>13</sup>

Como se señaló anteriormente, el AMBA se enfrenta en la actualidad a nuevos desafíos de carácter ambiental, productivo y de crecimiento urbano que surgen como consecuencia del proceso de crecimiento urbano disperso experimentado en el AMBA en los últimos 30 años. Durante este período se evidenció un gran crecimiento de la periferia siguiendo un patrón de dispersión y vulnerabilidad socio-demográfica que redundó en un **déficit de cobertura de servicios básicos de infraestructura y servicios públicos** y reproduce un patrón de fragmentación socio-espacial.

Desde el punto de vista jurídico-institucional, el AMBA presenta la particularidad de reunir en su territorio tres niveles de gobierno y un complejo entramado de autonomías, responsabilidades y funciones propias del nivel Nacional, Provincial y Municipal. Este **desafío de gobernanza** incide en la reproducción del patrón de crecimiento del AMBA, ya que del proceso participan simultáneamente

---

<sup>11</sup><https://www.mininterior.gov.ar/planificacion/pdf/planes-reg/Lineamientos-Estrategicos-para-la-Region-Metropolitana-de-Buenos-Aires.pdf>

<sup>12</sup>[www.cippecc.org/wp-content/uploads/2017/03/985.pdf](http://www.cippecc.org/wp-content/uploads/2017/03/985.pdf)

<sup>13</sup> Ver *Lineamientos Estratégicos para la Región Metropolitana de Buenos Aires*, pág. 156.

los municipios, la provincia, la ciudad y el estado nacional, con diferentes niveles de articulación según áreas de política pública y sin un ámbito para la planificación integral del territorio. **Históricamente, la fragmentación y el enfoque sectorial han dificultado avanzar hacia un desarrollo integrado que brinde soluciones efectivas y sostenibles a temas como la movilidad y el transporte, hábitat y vivienda, residuos, espacio público de calidad, seguridad y salud pública.**

Es importante desarrollar una mirada integral del territorio que favorezca la coordinación de esfuerzos, recursos y acuerdos entre la diversidad de actores que inciden sobre este territorio. Favorecer la cooperación a nivel metropolitano permitirá identificar prioridades y definir objetivos; involucrar a los distintos actores de gobierno y de la sociedad que deben contribuir a esos objetivos; diseñar modalidades de coordinación entre los diferentes niveles y sectores; y en definitiva, coordinar esfuerzos y articular políticas públicas metropolitanas.

En línea con este diagnóstico general del Área Metropolitana de Buenos Aires y del diagnóstico de sus principales problemáticas y desafíos que plantea la región de cara al desarrollo de la metrópolis, los gobiernos involucrados en el AMBA han venido realizando esfuerzos para mejorar los niveles de coordinación en la gestión de estas problemáticas desde diferentes ámbitos. En este sentido, se han identificado dos temas prioritarios que guían el trabajo conjunto:

- **La integración urbana y conectividad de la metrópolis de Buenos Aires.** La construcción de la Avenida General Paz (1936-1941) distribuyó el tránsito entre la ciudad y los suburbios, pero también conformó una línea de separación entre la CABA y su Área metropolitana. La vialidad de la ciudad se destaca por el carácter regional de sus principales componentes, así como por la barrera potencial que constituyen las características de los bordes o límites de la ciudad: la Avenida General Paz cuenta sólo con más de 20 cruces en su aproximadamente 24 Km. de recorrido, y el Riachuelo, en sus 13 Km. de trayectoria presenta sólo 7 puentes concentrados, mayoritariamente, en su tramo inferior. En el límite noroeste-oeste-sudoeste, la Avenida General Paz oficia de vía de circunvalación, continuada al interior de la Ciudad de Buenos Aires por una serie de autopistas de penetración que no llegan a constituir una red integrada.

La oportunidad de una mayor integración que supere los límites jurisdiccionales puede expresarse en desarrollo de proyectos urbanísticos comunes en torno a la Avenida General Paz, en la posibilidad de ampliar espacios públicos y verdes, y en la conformación de nuevas centralidades, que además impacten directamente en la forma y modo en la que se realizan los desplazamientos desde y hacia la Ciudad de Buenos Aires.

- **El acceso a los servicios básicos de salud en el área metropolitana.** La salud en el AMBA es la resultante de servicios financiados por las diferentes jurisdicciones que la componen, sin que existan instancias formalizadas de planificación y articulación referidas al territorio metropolitano. Conviven en él tres niveles jurisdiccionales de dependencia de los servicios de salud: a nivel de los municipios se pueden encontrar los servicios de Atención Primaria de la Salud (APS) y los Hospitales Municipales (HM), financiados por cada nivel local; a nivel provincial se encuentran los Hospitales Provinciales (HP) y los programas de salud pública (PS), mientras que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires encontramos los Centros de Salud Comunitaria (Cesacs) y los Hospitales (HCABA).

Respecto de la población objetivo, en el AMBA residen 6,5 millones de personas que utilizan los servicios de salud pública. La oferta actual de recursos hospitalarios para la atención pediátrica y materno neonatal no está cuantitativamente lejos de los estándares internacionales, mientras que para la asistencia de adultos se presenta como insuficiente. En todos los casos, **la distribución territorial de la infraestructura no se corresponde a las necesidades y varía entre municipios y jurisdicciones**, observándose una inadecuada localización de los centros sanitarios en relación con la residencia de las familias. Todo ello trae como consecuencia ineficiencias en el uso de los recursos, movilización no organizada de las personas en búsqueda de atención, y problemas en la continuidad de los cuidados.

Por otro lado, las dependencias múltiples de los efectores y de los profesionales (Nacional, Jurisdiccional y Municipal), dificultan la coordinación de procesos y cuidados clínicos, y generan una variabilidad del trabajo que genera desafíos para el desarrollo de objetivos y metodologías comunes.

### **3. INSTITUCIONALIDAD DEL ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES**

#### **3.1. Antecedentes de Institucionalidad Metropolitana**

Responder a los retos en materia de urbanización y desarrollo sostenible en el AMBA no es tarea sencilla, sino que requiere mecanismos de coordinación capaces de gestionar las complejidades que la caracterizan. Cualquier planificación urbana o programa de desarrollo urbano, por ende, representa un problema de gobernanza urbana que requiere de un fuerte marco institucional para su ejecución. La implementación adecuada de los planes en todas sus dimensiones necesita de una gestión urbana eficiente, mejoras en la coordinación, enfoques de creación de consenso, reducción de redundancias administrativas, monitoreo continuo, y ajustes periódicos.<sup>14</sup>

El principal desafío que enfrentan las áreas metropolitanas consiste en lograr una coordinación interjurisdiccional eficiente que permita resolver problemáticas compartidas. Existen diferentes instrumentos adoptados para facilitar la coordinación interjurisdiccional, desde los mecanismos de cooperación informal entre autoridades locales, hasta la creación de un organismo metropolitano con autoridades y recursos propios al cual se le delega la autonomía local sobre determinadas áreas de actuación en pos de la eficiencia en la coordinación y gestión conjunta.

Como fue señalado más arriba, el AMBA presenta una particularidad jurídico-administrativa: sobre su territorio tienen competencia 40 Municipios, 1 Provincia, 1 Ciudad Autónoma y 1 Estado Federal. Este entramado de niveles de gobierno, autonomías y competencias representan el principal desafío de la coordinación de políticas en el AMBA.

---

<sup>14</sup>*Towards the development of international guidelines on urban and territorial planning*, ONU Habitat, 2014; en *América Latina: y el Caribe Desafíos, dilemas y compromisos de una agenda urbana común*. Foro de Ministros y Autoridades Máximas de la Vivienda y el Urbanismo de América Latina y el Caribe (MINURVI), 2016, CEPAL, pág. 42.

No obstante, el AMBA cuenta en su historial con antecedentes en materia de coordinación de iniciativas conjuntas expresadas en una institucionalidad común, con diferentes niveles de éxito. Estas iniciativas incluyen la creación de la Corporación del Mercado Central (1967)<sup>15</sup>; la creación del CEAMSE (1977)<sup>16</sup> para la gestión de residuos sólidos urbanos; la conformación de la Comisión Nacional del Área Metropolitana (1987)<sup>17</sup>; la creación de ACUMAR (2006)<sup>18</sup> para la gestión de la Cuenca Matanza-Riachuelo; el establecimiento de la Agencia Metropolitana de Transporte (2013, relanzada en 2016)<sup>19</sup>; la creación del Gabinete Metropolitano (2015)<sup>20</sup> entre la CABA y la PBA; y la conformación de la Comisión Consultiva del AMBA (COCAMBA) en el ámbito del Ministerio del Interior (2016)<sup>21</sup>.

Cada una de estas instituciones ha involucrado a diferentes actores y han alcanzado distintos niveles de éxito. Es importante señalar que la institucionalidad metropolitana es un proceso que requiere tiempo y consenso, y no necesariamente implica la creación de órganos burocráticos, sino que se construye a partir de la mejora de los mecanismos de coordinación entre las jurisdicciones para la gestión de problemas comunes.

### **3.2. El Gabinete Metropolitano**

A partir del 2015 se inaugura una nueva etapa de oportunidades y acciones concretas para el desarrollo político-institucional del AMBA. En diciembre de 2015, el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires constituyeron el “Gabinete Metropolitano” como un ámbito de coordinación inter-jurisdiccional para el desarrollo e implementación de políticas metropolitanas. El Gabinete fue concebido como un espacio de coordinación e intercambio de carácter informal en el que participan el Jefe de Gobierno de la Ciudad y la Gobernadora de la Provincia junto a los respectivos ministros de cada distrito con responsabilidad por las iniciativas conjuntas. Se trata de un modelo de articulación flexible, no burocrático, que procura coordinar intervenciones en áreas de política no cubiertas por la institucionalidad inter-jurisdiccional ya existente. Esta coordinación busca responder a desafíos económicos y sociales que la Ciudad y la Provincia no pueden resolver trabajando de forma separada.

En estos últimos tres años, la Ciudad y la Provincia han avanzado en la implementación de proyectos conjuntos en diferentes áreas de política pública, como el transporte, la salud, la seguridad, la cultura, entre otras<sup>22</sup>. El objetivo último es que a través de la implementación de proyectos

---

<sup>15</sup>Convenio suscripto por el Estado Nacional, la Provincia de Buenos Aires y la ex Municipalidad de Buenos Aires en 1967, ratificado por ley Nacional 17.422

<sup>16</sup> Ley N° 9111/77

<sup>17</sup> Decreto N° 2064/87

<sup>18</sup> Ley N° 26168/06

<sup>19</sup> Convenio Tripartito (Nación, Provincia y Ciudad) suscripto el 3/10/2012 y luego ratificado en las instancias legislativas jurisdiccionales

<sup>20</sup> El Gabinete Metropolitano es un ámbito no formalizado de cooperación.

<sup>21</sup>Decreto 1126/2016

<sup>22</sup>Ver más información en <http://www.buenosaires.gob.ar/jefedegobierno/secretariageneral/gabinete-metropolitano>. También la cobertura periodística: <http://www.lanacion.com.ar/1856124-vidal-y-rodriguez-larreta-encabezan-la-primera-reunion-de-gabinete-metropolitano> o  
<https://www.infobae.com/2016/03/16/1797650-que-es-el-anillo-digital-seguridad-que-anunciaron-maria-eugenia-vidal-y-horacio-rodriguez-larreta>.

conjuntos, pueda ir construyéndose una cooperación cada vez más integral en la medida en que el trabajo conjunto sienta las bases de la institucionalización y gobernanza del área metropolitana.

Durante el primer semestre del año 2016, los equipos a cargo de la coordinación del Gabinete Metropolitano realizaron un relevamiento con las áreas sectoriales de la Ciudad y la Provincia de Buenos Aires con el objetivo de identificar temáticas susceptibles de cooperación y formulación de políticas metropolitanas. En función de lo relevado y lo discutido en un taller donde participaron los responsables de la coordinación de la agenda de temas AMBA, se identificaron prioridades comunes y se definió un listado de proyectos para avanzar, que incluyeron: (i) políticas de salud tendientes a la integración de las redes sanitarias; (ii) acciones de infraestructura y espacio público para la puesta en valor de los bordes de Ciudad y Provincia, incluyendo un plan para la Avenida General Paz; (iii) la generación, consolidación y publicación de información metropolitana útil para los ciudadanos y los decisores de política pública (AMBA Data); (iv) mecanismos de financiamiento e institucionalidad metropolitana, incluyendo ideas como la constitución de un fondo metropolitano con recursos de asignación específica a proyectos AMBA (ver Anexo con minuta de la reunión).

### **3.3. COCAMBA**

Un antecedente reciente de institucionalidad para el AMBA es la creación de la Comisión Consultiva del Área Metropolitana de Buenos Aires (COCAMBA). La misma ha sido creada mediante el decreto 1126/2016 del Poder Ejecutivo Nacional, con las siguientes funciones:

- a) Proponer medidas dirigidas a favorecer la coordinación entre las Jurisdicciones que se asientan en el Área Metropolitana de Buenos Aires.
- b) Formular propuestas de políticas públicas de innovación institucional para el Área Metropolitana de Buenos Aires, que tengan como base el desarrollo humano, económico, tecnológico, ambiental y urbano.
- c) Promover un proceso de diálogo y construcción de consensos, consultando, a las autoridades políticas de cada una de las jurisdicciones comprendidas en el área Metropolitana de Buenos Aires, en el ámbito de su competencia.
- d) Presentar mensualmente informes de avance con propuestas al señor Ministro del Interior, Obras Públicas y Vivienda y/o a los organismos y jurisdicciones que requieran los mismos, por intermedio del Secretario Ejecutivo.
- e) Presentar al Secretario Ejecutivo la propuesta final de la Comisión, dentro de un plazo máximo que determinará el Ministro del Interior, Obras Públicas y Vivienda, luego del cual la misma quedará disuelta.”

La comisión está conformada por tres representantes del Estado Nacional, tres representantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y tres representantes de la Provincia de Buenos Aires, y cuenta con un Consejo Consultivo conformado por especialistas en materia urbana y metropolitana.

Los miembros de COCAMBA aprobaron por unanimidad, en su primera declaración (N° 1/2017/COCAMBA), una recomendación dirigida al Programa DAMI del Ministerio del Interior, Obras

Públicas y Vivienda y del BID para priorizar el proyecto de red de cuidados de salud en el AMBA que se detalla más adelante en este documento. Se adjunta la resolución como Anexo 8.

Adicionalmente, COCAMBA está evaluando una propuesta de vinculación del proyecto de la red de salud AMBA con una de sus iniciativas, orientada a la prevención de enfermedades respiratorias, enmarcada en los acuerdos suscriptos por Argentina en la COPXXI sobre mitigación y adaptación al cambio climático. Esta iniciativa en consideración, busca integrar las necesidades de salud con los planes de acción para el cambio climático, proyectos y programas de adaptación. Para ello, la información generada con la implementación de la HCE de la población más vulnerable, por su condición socio económica y por encontrarse en zonas altamente expuestas a los efectos de eventos y vectores, contribuiría como insumo para identificar prioridades, y diseñar e implementar políticas y acciones de adaptación en el marco de la salud y hábitat, orientadas a mejorar la resiliencia de la población.

### 3.4. Agenda AMBA

Las actividades del Gabinete Metropolitano dieron lugar a la conformación de una “Agenda AMBA” de proyectos a escala metropolitana que son formulados y ejecutados de manera conjunta por los equipos de la Ciudad y la Provincia. La Agenda cuenta con un esquema de coordinación, dependiente de la Secretaría General del Gobierno de la Ciudad y la Jefatura de Gabinete de Ministros de la Provincia, y seguimiento periódico por parte de las máximas autoridades de la Ciudad y de la Provincia.

A continuación, se resume el trabajo de identificación de prioridades y de formulación, implementación y seguimiento de proyectos conjuntos entre la Ciudad y la Provincia en el marco de la “Agenda AMBA”:

- **Cooperación Cultural:** Es un programa de trabajo conjunto para generar intercambios en la producción y oferta artística de ambos distritos, ampliando las opciones culturales para los habitantes del AMBA.
- **Anillo digital de seguridad:** construcción de 2 centros de monitoreo en la Avenida General Paz y la instalación de alrededor de 200 cámaras lectoras de patentes, que están operativas desde abril de 2017 para monitorear el ingreso y egreso de vehículos entre ambos distritos. Esto supone también una coordinación en el desempeño de las fuerzas policiales.
- **SAME:** la Ciudad ha brindado asistencia técnica y capacitación para la formulación de un sistema de atención médica de emergencias en la Provincia (SAME Provincia), que la misma se encuentra implementando articuladamente con municipios que integran el AMBA.
- **Prevención de los virus del Dengue, Zika y Chikungunya:** coordinando acciones de prevención y concientización, intercambio de buenas prácticas para la atención y la coordinación del control de las enfermedades, se busca también fortalecer la vigilancia epidemiológica.
- **Turismo metropolitano:** Desarrollo de productos turísticos como corredores y acciones de promoción conjunta.

- **Seguridad vial:** Plan de seguridad vial de motos que implica una serie de acciones y controles conjuntos entre la Ciudad y municipios de la Provincia.
- **Seguridad en el transporte público:** Contempla un conjunto de acciones que apuntan a aumentar la seguridad, prevenir el delito y el robo de celulares, reforzando las zonas más afectadas y combatiendo el mercado ilegal.
- **Género:** Para combatir el acoso hacia las mujeres en el transporte público, se lanzó la primera línea gratuita de reporte y contención. Funcionará las 24 horas, los 365 días del año. Para reportar un hecho, se debe enviar un mensaje de texto gratuito con la palabra ACOSO (22676).
- **AMBA Data:** Sistema de información del Área Metropolitana de Buenos Aires que integrará datos estadísticos, territoriales y de servicios públicos de la CABA y 40 municipios de la PBA. El sitio facilitará la disponibilidad de datos sobre el área metropolitana con el objetivo de favorecer la planificación de mejores políticas públicas para el AMBA.
- **Red de salud AMBA:** Durante el 2018, se puso en marcha la Red de Salud del AMBA, que consiste en el fortalecimiento de la red primaria de atención mediante el mejoramiento de la infraestructura de los centros de atención primaria, los equipos médicos y recursos humanos y la incorporación de la historia clínica electrónica, para el funcionamiento en red de la atención y derivación de los usuarios del sistema público de salud del AMBA.

#### 4. PROYECTO PRIORIZADO

##### 4.1. Definición del proyecto DAMI

Los equipos de la Ciudad y la Provincia han venido trabajando en una serie de ideas y anteproyectos con el objetivo de atender las problemáticas del AMBA identificadas más arriba y de que los mismos favorezcan la institucionalidad metropolitana mediante la coordinación técnica y la gestión compartida.

En este sentido, se han considerado otros dos proyectos para el programa DAMI, que se describen a continuación:

##### - **Proyecto de bordes metropolitanos**

Se consideró trabajar sobre los bordes y límites del AMBA en la Av. Gral. Paz y el Riachuelo, a fin de lograr integrar la ciudad a la provincia, y la generación de nuevas centralidades, puntos de conexión, desarrollo de mix de usos y creación de espacios públicos. El proyecto incluye la creación de suelo urbano como espacio verde público de 3.000 m<sup>2</sup> uniendo ambos bordes de la autopista en un Nodo o "Portal" Urbano, como lugar de encuentro entre jurisdicciones de la Provincia y CABA, eliminando actual barrera urbana.

#### - **AMBA Data**

Se consideró también la posibilidad de financiar el desarrollo de AMBA Data, el primer sistema de indicadores en línea del Área Metropolitana de Buenos Aires, que incluirá información estadística, territorial y de servicios públicos. El sitio incluirá una plataforma web para la presentación y visualización de datos, que incluya: sets de datos que podrán ser cruzados entre sí. Los datos podrán descargarse o visualizarse en gráficos o mapas georreferenciados. Información de interés general y cultural actualizada: historias de la ciudad, provincia y municipios, origen de las localidades, puntos relevantes y referencias culturales, oferta de entretenimiento y esparcimiento. Mapa interactivo de servicios del AMBA.

El proyecto busca fortalecer la disponibilidad de información y datos del AMBA para apoyar la planificación de políticas públicas basadas en evidencias y potenciar el acceso a información pertinente y oportuna sobre datos y servicios del AMBA para apoyar las decisiones de ciudadanos y empresas, mediante la creación de un sistema de información del AMBA.

En lo que respecta al Proyecto de la **Red Pública de Salud AMBA**, se considera que atender la salud pública del AMBA en forma coordinada o a través de lo que se denominan Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), supone una prestación de servicios de salud más accesible, equitativa, eficiente, de mejor calidad técnica y que satisfaga mejor las expectativas de los ciudadanos. Este sistema de redes es una iniciativa de la OMS y la OPS y contribuyen a superar los desafíos que proponen la actual fragmentación del sistema, tendiendo a optimizar y garantizar el acceso al servicio público, mejorar la calidad técnica en la prestación de los servicios buscando equidad en la prestación, propiciar el uso racional y eficiente de los recursos disponibles, mejorar la baja satisfacción de los ciudadanos.

Por otra parte, el proyecto permite facilitar el acceso a la información clínica evitando la repetición de estudios y de consultas innecesarias. Asimismo, permite la posibilidad de desarrollar políticas públicas basadas en evidencia.

Dadas las mencionadas prioridades definidas para el AMBA, el nivel de implementación, y dados los objetivos que persigue el Programa DAMI y sus características de ejecución, desde la Ciudad y la Provincia se definió que para esta instancia el DAMI puede contribuir a fortalecer el proyecto de la Red Pública de Salud AMBA y favorecer la coordinación de los mecanismos de gestión conjunta, así como favorecer la gobernanza y sustentabilidad de la Red en el futuro. A continuación se describe el proyecto en detalle.

## **4.2. Desarrollo de una red integrada de servicios de salud en el AMBA**

### **Características de la Red Pública de Salud AMBA**

En el diagnóstico del sistema de salud mencionado en el punto anterior se pone de manifiesto que el AMBA es una región con grandes oportunidades de mejora y al mismo tiempo presenta un enorme desafío para diseñar un plan que sea viable y sustentable. Por ello, se requiere una estrategia global y conjunta de rediseño del sistema que contemple la solución de las principales causas estructurales que llevaron a la situación actual.

Para abordar la problemática se plantea desarrollar una **Red Pública de Salud AMBA**, definida como una **red integrada de servicios de salud**, que tiene como misión garantizar a los ciudadanos del AMBA accesibilidad universal, equitativa, integral, oportuna y sin restricciones, a una estructura de servicios de salud que garantice la continuidad de cuidados en diferentes niveles de complejidad biomédica y social, de manera de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida y salud en la Región. Para ello resulta fundamental la estandarización y homogeneización de estructuras y procesos por niveles de complejidad, así como un sistema de información sanitaria a través de la implementación de una historia clínica electrónica (HCE) interoperable entre los distintos niveles de atención.

La conformación de esta red pública de servicios de salud tendrá al primer nivel de atención en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) como la puerta de entrada al sistema, y como integrador y coordinador de todos los niveles de resolución. Este primer nivel tendrá una planificación conjunta con la comunidad a quien sirve y adaptará sus acciones y prioridades mediante un proceso constructivo entre el sistema de salud y la propia comunidad. Por otro lado, para asegurar la continuidad de cuidados y de información, se proyecta la creación de una unidad que planifique y articule la red, organizando el flujo de personas dentro del sistema.

Se espera construir un servicio de atención primaria con acceso universal, equitativo y oportuno, logrando una intervención programada y con participación ciudadana, con foco en los problemas de salud y los determinantes sociales.

Este modelo de atención de alta complejidad social y baja complejidad biomédica, contará con el apoyo matricial de diferentes disciplinas en los Centros de Medicina Ambulatoria de Referencia (CEMAR), efectores que integran también el primer nivel de atención ambulatoria y que apoyan a los CAPS con su capacidad diagnóstica y terapéutica así como en el soporte de especialidades básicas tanto para la atención de niñas, niños y adolescentes como adultos. De modo de asegurar la articulación entre ambos niveles ambulatorios, se prevé que los CEMAR adscribirán, a su vez, a un número determinado de CAPS en su territorio de responsabilidad, generando vínculos entre sus trabajadores que habilitarán la circulación fluida de personas para su adecuado abordaje sanitario.

Ya en el nivel hospitalario, el sistema contempla tres tipos de redes, la de adultos, la pediátrica y la materno neonatal. Si bien cada una de ellas presenta particularidades, la estructura básica es la de la articulación de hospitales de cabecera (garantizando el acceso cercano) y hospitales de alta complejidad (con acceso espontáneo del público cerrado, estando más alejados y recibiendo derivaciones propias del sistema), garantizando el acceso fluido a partir de los efectores ambulatorios. Los hospitales de cabecera se instalan en el territorio de cada uno de los municipios del AMBA y son los que refieren en forma directa y matricial con el primer nivel de atención, su complejidad es mediana y garantizan la continuidad de cuidados para la población de referencia, asimismo son la puerta de entrada a los hospitales de alta complejidad que son el vértice de la complejidad biomédica del sistema, su responsabilidad sanitaria no es territorial sino a través del resto de los efectores de la red.

Para asegurar la continuidad de cuidados, se requiere la planificación común de los efectores así como la coordinación y manejo operativo de los casos clínicos de la red. Para ello se propone crear la Unidad de Planificación y Articulación de la Red (UPAR) como entidad interjurisdiccional conformada por representantes de la CABA y la Provincia de Buenos Aires. Dicha unidad se ocupará de la gestión

de la referencia y contrarreferencia y organizará el flujo de personas al interior del propio sistema. En pos de asegurar la continuidad de la información en toda la red, la UPAR gestionará un sistema de información sanitaria a través de la implementación de la historia clínica electrónica (HCE) interoperable entre los distintos niveles de atención.

El sistema de salud se organiza, así, en 4 categorías de resolución en 2 niveles (Ver figura a continuación):

- (1) El *Primer Nivel de Atención* estará conformado por los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS en PBA/CESACs en CABA), con un modelo de atención de baja complejidad biomédica y alta complejidad social; y los Centros de Medicina Ambulatoria de Referencia (CEMAR) dedicados a la atención ambulatoria de mediana complejidad de especialidades médicas.
- (2) El *Segundo Nivel de Atención* estará conformado por tres redes: de adultos, pediátrica y materno neonatal, organizada en dos niveles de complejidad: hospitales de cabecera por un lado, y hospitales de alta complejidad a los que se accederá por derivación de otros efectores de la propia red.

**FIGURA.** Red integrada de cuidados progresivos. Categorías y Niveles



El modelo de gobierno del sistema prevé la articulación de los diferentes actores implicados (Municipios, Provincia y Ciudad) y la estandarización de procesos de relación entre niveles de atención y complejidad de manera de coordinar y asegurar la continuidad de cuidados al interior de la red. Estos procesos de vinculación se basarán en un sistema de información en salud que garantice la circulación de la información sanitaria a través de una **historia clínica electrónica** interoperable en los niveles de atención que permita la consulta integrada, ya sea de información médica y/o de exámenes complementarios realizados en los diferentes efectores del sistema.

Dada la complejidad en la construcción de esta red, se ha propuesto un modelo de implementación en tres etapas:

**Etapa 1:** se prevé focalizar en la red de CAPS del primer nivel de atención, que se plantean como sede de los Equipos de Salud, con proximidad territorial y a cargo de un número definido de familias, con foco en la Atención Primaria de la Salud (APS) y articulación interministerial para abordar los determinantes sociales de la salud. El estándar propuesto se basa en el sistema de salud del primer

nivel de atención actual de CABA. Esta primera etapa requiere abordar ejes de infraestructura, recursos humanos, sistemas de información y modelo de gestión y atención en cada uno de los CAPS.

**Etapa 2:** se planifica avanzar con la implementación de la red de CEMAR integrada a la de APS, la implementación de la nueva red materno-neonatal acordada y la realización de los acuerdos de las redes hospitalarias de pediatría y adultos.

**Etapa 3:** contempla la implementación de las nuevas redes hospitalarias de pediatría y adultos acordadas.

#### **4.3. Relevamiento de los efectores del primer nivel de atención de la provincia de buenos aires**

Para abordar la Etapa 1 de la red, se realizó durante los primeros meses del 2017, un relevamiento de la situación de los efectores del primer nivel de atención en 26 de los 33 municipios de la Provincia de Buenos Aires que integran el AMBA<sup>23</sup> que aceptaron participar. El mismo reflejó la falta de organización de los servicios de salud en red. La información que se describe a continuación forma parte del mencionado Informe “Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora” 2017, de la Red Pública de Salud AMBA. Los nombres de los Municipios se han reemplazado por números para resguardar la confidencialidad de la información.

En resumen, el análisis de los 455 efectores clasificados como Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), evidenció que si bien su oferta es suficiente en los municipios en su conjunto, su distribución varía ampliamente entre jurisdicciones. Así por ejemplo, la tasa de consultorios del municipio con mayor oferta quintuplica al de menor oferta. Además, sólo el 37% de los CAPS se encuentra en buen estado de conservación edilicio y su equipamiento médico es insuficiente.

Por otro lado se observó la necesidad de fortalecer y estandarizar los procesos de atención y gestión. Por ejemplo, 1 de cada 5 CAPS no cuenta con atención programada y menos de 1 de cada 3 realiza actividades comunitarias en forma semanal.

En relación con los sistemas de información, se observó que aproximadamente la mitad de los CAPS carece de proveedor de internet, 6 de cada 10 necesitan mejoras en su infraestructura tecnológica interna y sólo 1 de cada 10 cuenta con un número adecuado de computadoras. Únicamente dos municipios relevados cuentan con historia clínica electrónica y sistema de turnos informatizados en la totalidad de sus efectores. Por otra parte, se requieren mejoras de factores contextuales y edilicios para la instalación de sistemas de información.

Los datos aportados por las Secretarías de Salud de 15 municipios del Gran Buenos Aires, evidenciaron una falta generalizada de recursos humanos de prácticamente todas las funciones. Si bien para el conjunto de los municipios analizados el salario de los médicos se asemeja al de la CABA,

---

<sup>23</sup>A los fines de este Proyecto, se considera como Red AMBA a los 33 municipios que se encuentran entre la Ruta 6 y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Brandsen, Campana, Escobar, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, General Rodríguez, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, Lomas de Zamora, Marcos Paz, Malvinas Argentinas, Moreno, Merlo, Morón, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López y Zárate)

existe una amplia variabilidad entre municipios; aquel con mayor remuneración triplica al del salario más bajo. Para el resto de funciones, los sueldos fueron menores que el estándar propuesto.

**La propuesta de esta etapa se basa en el fortalecimiento de cuatro pilares fundamentales: recursos humanos, modelo de gestión y atención, infraestructura edilicia y sistemas de información**

Una modalidad más eficiente del trabajo de los profesionales, una estrategia de cambio cultural y una remuneración más ajustada a objetivos comunes aparecen como componentes fundamentales para el éxito del proyecto. También la estandarización y fortalecimiento de la infraestructura y de los procesos de atención y gestión, y el desarrollo de sistemas de información abiertos que permitan mejorar la toma de decisiones en el cuidado de los ciudadanos y para la gestión sanitaria –mediante la implementación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) en los centros de atención.

En relación con la estandarización de los procesos de atención a lo largo de toda la red, se proyecta el empadronamiento y nominalización de la población, la utilización de formularios estandarizados de referencia y contra referencia, territorios divididos en áreas programáticas, sistemas de turnos centralizados y la aplicación de la HCE. Las áreas programáticas estarán divididas en tantas áreas territoriales como equipos de salud le correspondan a dichas áreas.

Esta etapa se desarrolla en base a un modelo de atención primaria organizado en equipos de salud con nominalización y adscripción familiar. Los mismos están conformados por 9 trabajadores con 3.500 personas a cargo (alrededor de 700 familias) que con mayor probabilidad hacen uso de los servicios de salud públicos (población priorizada).

El Equipo de Salud (ES) se constituye por:

- 1) Componente Nuclear: Compuesto por personal de salud, responsable funcional del cuidado continuo de la salud de su población a cargo. Integrado por 1 médico generalista, 1 pediatra, 1 enfermero, 1 promotor de la salud.
- 2) Componente ampliado: Su objetivo es aumentar la capacidad de resolución de los problemas de salud. Este último realiza tareas de manera matricial, es decir que comparte su actividad con más de un equipo nuclear. Las profesiones que comprenden el equipo ampliado son tocoginecología (medicina), obstetricia (licenciatura), nutrición, psicología, psicopedagogía, trabajo social, fonoaudiología, odontólogos, extraccionistas, ecografistas, sociólogos y antropólogos para integración con la comunidad.
- 3) Componente Completo: Evidencia la integración del sistema de salud con la comunidad a través de dispositivos integrados (personas y/u organizaciones que trabajan por la salud en el área territorial: otras áreas del estado, iglesia, organizaciones civiles, etc.)

A continuación se incluyen algunos de los resultados obtenidos para cada uno de los ejes analizados (Infraestructura, Recursos Humanos, Sistemas de Información, Modelo de Gestión y Atención), de acuerdo al Informe “Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora” 2017, de la Red Pública de Salud AMBA.

**Situación Edilicia:**

La capacidad de respuesta de los servicios de salud depende en gran medida de la infraestructura que posea, ya sea en lo que respecta a las características edilicias, como en los servicios básicos y el equipamiento médico.

De esta manera, los componentes edilicios determinan la funcionalidad de los CAPS. Así por ejemplo, en el presente proyecto se propone que los CAPS dispongan de salón de usos múltiples (SUM) con el fin de facilitar actividades comunitarias orientadas a la atención primaria de la salud y sus determinantes sociales. La cantidad de consultorios requeridos en los centros se basa en la población que éstos tengan a cargo.

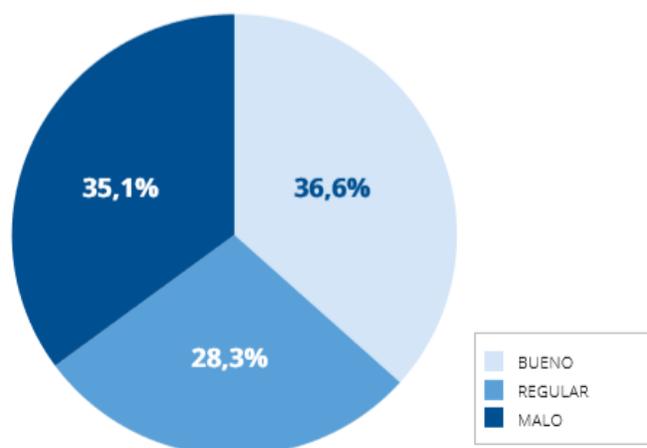
En los municipios relevados hay 455 CAPS, siendo la tasa de 1,2 cada 10.000 personas priorizadas. La variabilidad observada en este indicador entre municipios (Tabla 3.1) podría no reflejar verdaderas diferencias en la oferta de servicios de salud debido a que no considera el tamaño de los CAPS.

Es por ello que resulta más apropiado analizar la oferta de consultorios de los CAPS. En los municipios del GBA en su conjunto, hay 2.150 consultorios. Esto implica una tasa de 5,9 consultorios/10.000 habitantes priorizados. Este número es adecuado en relación con lo que plantea el Proyecto Red Pública de Salud AMBA (situación actual de la CABA), en donde se estima que se requieren 6 consultorios para la atención de 10.000 personas priorizadas. Sin embargo, existen diferencias entre municipios. Dos de los municipios relevados presentan las tasas más altas de consultorios/10.000 siendo de 21 y 13,7 y la tasa de consultorios más baja registrada es de 3,8. (Tabla 3.1).

En cuanto al estado de conservación edilicia general, se tuvo en cuenta para la clasificación de los centros de salud el porcentaje de componentes en estado regular o malo. De esta manera, se definió como estado Bueno a los CAPS con menos del 25% de componentes a refaccionar, como Regular a aquellos que poseen entre el 25% y el 60%, y como Malo a los centros con más del 60% de componentes que requieren mejoras.

El gráfico 3.1 muestra que, de los 455 CAPS relevados, el 36.6% se encuentra en buen estado, mientras que cerca de dos tercios del total de los centros se encuentran en estado regular o malo (el 28.3% se halla en estado regular y el 35.1% está en mal estado).

GRÁFICO 3.1 Distribución porcentual del estado de conservación general edificio de los CAPS de los municipios del GBA. N=455. Año 2017



Fuente: "Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora" 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

Asimismo, detrás de este gráfico resumen, existen diferentes realidades en los municipios relevados. En términos relativos, 3 de ellos son los que cuentan con mayor proporción de CAPS en buen estado (>75%). Por otro lado, 5 municipios registran menos del 20% de CAPS en buen estado edilicio y porcentajes altos de CAPS en estado regular o malo (Tabla 3.2).

Para evaluar si los CAPS disponen de los componentes necesarios para un funcionamiento adecuado, se muestra la disponibilidad de ambientes en los que se observó mayor variabilidad entre municipios o menor disponibilidad: farmacia/depósito para guardar medicamentos, baño para personas con movilidad reducida, consultorio de ginecología (con baño integrado) y salón de usos múltiples (SUM) (Tabla 3.4).

El 84% de los CAPS tiene farmacia/depósito para guardar medicamentos. Son siete los municipios que cuentan con alguno de estos (o ambos) componentes en la totalidad de los CAPS, mientras que hay cuatro municipios en los cuales por lo menos 3 de cada 10 no tienen estos componentes.

Por otro lado, solamente 141 CAPS (31%) cuentan con baños para personas con movilidad reducida. Dos de los municipios carecen de este componente en la totalidad de sus CAPS y en otros seis municipios están disponibles en menos del 20% de los CAPS. En contraste, en tres municipios al menos 7 de cada 10 centros tienen este ambiente en sus CAPS.

Con respecto a los consultorios de ginecología, 375 CAPS cuentan con este componente, representando el 82% del total relevado. La mayoría de los municipios lo poseen en por lo menos ocho de cada diez CAPS, siendo cuatro los municipios que lo tienen en la totalidad de sus CAPS.

El salón de usos múltiples (SUM) es un ambiente de importancia en la APS ya que allí pueden desarrollarse actividades con la comunidad. De los municipios relevados, tres de ellos no disponen de SUM en sus CAPS y otros once municipios los tienen en menos de dos de cada diez centros. Son sólo cuatro los municipios que tienen SUM en más de la mitad de sus CAPS, (Tabla 3.4).

Tabla 3.1: Cantidad y tasa de CAPS y consultorios cada 10.000

Municipios AMBA	CAPS		Consultorios	
	N	Tasa	N	Tasa
1	16	4,6	48	13,7
2	13	1,0	73	5,8
3	14	0,7	85	4,3
4	21	1,4	109	7,4
5	30	1,6	120	6,6
6	29	1,7	114	6,8
7	12	1,5	75	9,7
8	8	0,8	65	6,4
9	18	1,5	101	8,4
10	18	0,9	94	4,6
11	15	1,9	69	8,7
12	25	0,9	123	4,5
13	27	1,8	138	9,2
14	14	1,4	39	3,8
15	35	1,2	177	5,8
16	16	0,8	91	4,5
17	33	1,1	136	4,3
18	19	3,4	46	8,1
19	9	1,3	42	6,3
20	5	0,7	35	4,7
21	8	2,1	35	9,3
22	30	1,0	125	4,0
23	11	0,8	61	4,5
24	12	0,9	95	7,2
25	11	8,5	27	21,0
26	6	1,4	27	6,2
<b>Total</b>	<b>455</b>	<b>1,2</b>	<b>2.150</b>	<b>5,9</b>

Fuente: "Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora" 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

Tabla 3.2: Estado general del edificio según municipio						
Municipio	Estado del edificio					
	Bueno		Regular		Malo	
	N	%	N	%	N	%
1	11	68,8%	5	31,3%	0	0,0%
2	6	46,2%	7	53,8%	0	0,0%
3	7	50,0%	7	50,0%	0	0,0%
4	4	19,0%	10	47,6%	7	33,3%
5	13	43,3%	15	50,0%	2	6,7%
6	19	65,5%	9	31,0%	1	3,4%
7	11	91,7%	0	0,0%	1	8,3%
8	7	87,5%	1	12,5%	0	0,0%
9	15	83,3%	3	16,7%	0	0,0%
10	13	76,5%	3	17,6%	1	5,9%
11	10	66,7%	4	26,7%	1	6,7%
12	18	72,0%	6	24,0%	1	4,0%
13	12	46,2%	14	53,8%	0	0,0%
14	7	50,0%	7	50,0%	0	0,0%
15	11	31,4%	20	57,1%	4	11,4%
16	2	13,3%	7	46,7%	6	40,0%
17	5	15,2%	16	48,5%	12	36,4%
18	3	15,8%	13	68,4%	3	15,8%
19	3	33,3%	5	55,6%	1	11,1%
20	1	20,0%	4	80,0%	0	0,0%
21	6	75,0%	2	25,0%	0	0,0%
22	14	46,7%	16	53,3%	0	0,0%
23	6	54,5%	3	27,3%	2	18,2%
24	3	25,0%	8	66,7%	1	8,3%
25	8	72,7%	3	27,3%	0	0,0%
26	5	83,3%	1	16,7%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>48,7%</b>	<b>189</b>	<b>41,8%</b>	<b>43</b>	<b>9,5%</b>

Fuente: "Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora" 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

Municipio	Farmacia/ depósito de medicamentos		Baños para personas con movilidad reducida		Consultorio de ginecología		SUM	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	9	56%	4	25%	7	44%	0	0%
2	12	92%	6	46%	12	92%	1	8%
3	14	100%	1	7%	13	93%	5	36%
4	17	81%	0	0%	21	100%	4	19%
5	24	80%	3	10%	25	83%	7	23%
6	24	83%	12	41%	24	83%	2	7%
7	12	100%	9	75%	11	92%	2	17%
8	7	88%	2	25%	7	88%	5	63%
9	15	83%	5	28%	18	100%	11	61%
10	19	100%	12	63%	14	74%	6	32%
11	12	80%	9	60%	12	80%	6	40%
12	23	92%	11	44%	25	100%	3	12%
13	24	89%	11	41%	23	85%	17	63%
14	14	100%	11	79%	12	86%	2	14%
15	31	89%	9	26%	33	94%	14	40%
16	12	80%	4	27%	15	100%	4	27%
17	24	73%	5	15%	18	55%	3	9%
18	12	63%	2	11%	12	63%	0	0%
19	9	100%	7	78%	8	89%	1	11%
20	4	80%	1	20%	3	60%	0	0%
21	8	100%	3	38%	6	75%	3	38%
22	29	97%	4	13%	29	97%	7	23%
23	7	64%	6	55%	8	73%	8	73%
24	10	83%	2	17%	10	83%	2	17%
25	5	45%	0	0%	4	36%	1	9%
26	6	100%	2	33%	5	83%	1	17%
<b>Total</b>	<b>383</b>	<b>84%</b>	<b>141</b>	<b>31%</b>	<b>375</b>	<b>82%</b>	<b>115</b>	<b>25%</b>

Fuente: “Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora” 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

### **Recursos Humanos:**

Según datos aportados por las Secretarías de Salud de 15 municipios del Gran Buenos Aires, las tasas de médicos (todas las especialidades— 5,1/10.000 hab. priorizados) y enfermeros (3,7/10.000) en los CAPS se encuentran por debajo de estándares internacionales. Asimismo, se estimó que dicho indicador para médicos generalistas (2,6/10.000 hab. priorizados) y pediatras (1,6/10.000 hab. priorizados) es menor a lo requerido según la Propuesta Red Pública de Salud AMBA (3/10.000) basada en la situación actual de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Siendo el rol del promotor de la salud central en la APS, cabe resaltar la importante falta de estos trabajadores en los CAPS de los municipios del GBA (0,5/10.000 para un deseado de 3/10.000). Por otro lado, también se evidenció una necesidad de profesionales no médicos (<1/10.000 para todas las profesiones), personal de seguridad (0,3/10.000) y de limpieza (1,3/10.000) en el primer nivel de atención, mientras que la tasa de administrativos fue suficiente (3,7/10.000).

En cuanto a las condiciones laborales, la mayor parte de los trabajadores de los CAPS se encuentra en relación de dependencia. Sin embargo, los promotores de salud están en una situación más vulnerable ya que más de la mitad posee becas como tipo de contratación.

Para el total de municipios analizados y para inicios de 2017, el sueldo bruto mensual promedio de los médicos es de 24.035\$ por 30 horas semanales. Si bien este valor se asemeja al de la CABA, se observa una amplia variabilidad entre municipios; el sueldo en el municipio con mayor remuneración (31.248\$/mes) triplica al de menor remuneración (10.418 \$/mes).

En el caso de enfermería y promotores de salud en los municipios analizados en su conjunto, el sueldo bruto mensual promedio por 35 horas semanales es de 11.853 \$/mes y 8.917 \$/mes.

A continuación se incorporan algunas de las tablas y gráficos de resultados del mencionado estudio, encontrándose mayor detalle en dicho documento.

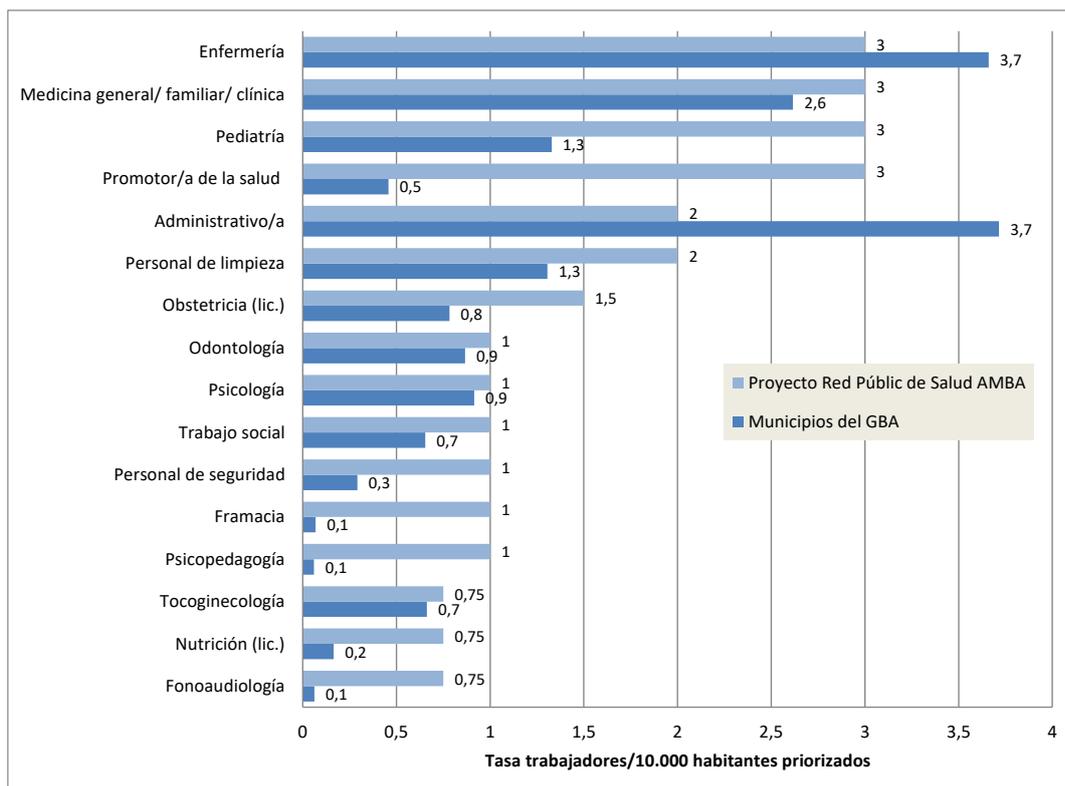
En los CAPS de los 15 municipios que aportaron datos sobre RRHH desde las Secretarías de Salud trabajan 3.945 personas, equivalentes a 3.632 trabajadores estandarizados (suponiendo cargas horarias de 30 horas a la semana -profesionales- o 35 horas a la semana -no profesionales y enfermeros). Esto significa una tasa de trabajadores en los CAPS de 19,9/10.000 habitantes priorizados. Las tasas de médicos (5,1/10.000) y de enfermeros (3,7/10.000) son menores a las recomendadas. Así por ejemplo, las mencionadas tasas en España son de 8/10.000 y 6/10.000, respectivamente.

Las tasas de trabajadores del equipo nuclear de salud (médicos generalistas/de familia/clínica, pediatras, enfermeros y promotores de salud) según municipio se muestran en la Tabla 4.1.

Según la propuesta del Proyecto Red Pública de Salud AMBA, que plantea la necesidad de 3 trabajadores/10.000 habitantes priorizados de cada una de las mencionadas funciones, los 15 municipios en su conjunto cuentan con la suficiente cantidad de enfermeros (3,7/10.000). Sin embargo, se observa una distribución heterogénea entre municipios. La tasa de generalistas y pediatras se encuentra por debajo de lo propuesto (2,6 y 1,6/10.000 respectivamente). Asimismo, los valores observados para los promotores de salud son muy inferiores (0,5/10.000), siendo de 1,9 promotor cada 10.000 habitantes priorizados el de mayor disponibilidad en uno de los municipios.

Por otro lado, se calcularon las tasas de los profesionales cada 10.000 habitantes priorizados del equipo de salud ampliado de los CAPS según municipio. Para los 15 distritos en su conjunto, dichas tasas son inferiores a las propuestas en el Proyecto Red Pública de Salud AMBA. La oferta de nutricionistas, psicopedagogos, farmacéuticos/ auxiliares de farmacia y fonoaudiólogos es homogéneamente muy baja en casi todos los municipios (Gráfico 4.3).

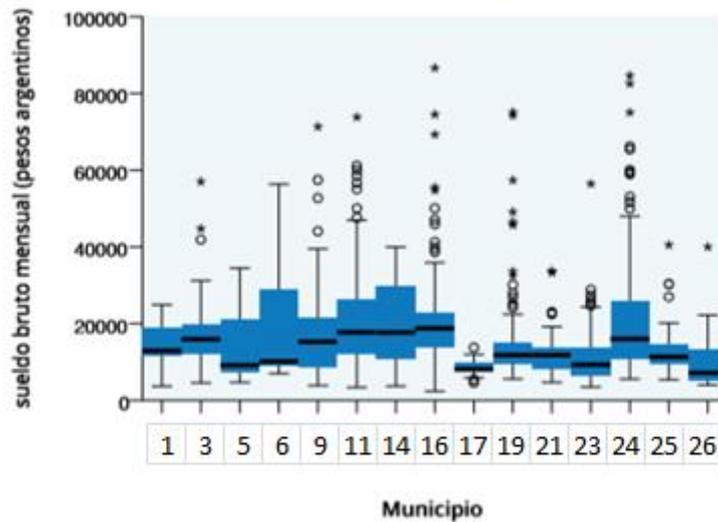
**Gráfico 4.3 Tasas de trabajadores estandarizados cada 10.000 habitantes priorizados de los CAPS de 15 municipios del GBA (2017) y las recomendadas por el Proyecto Red Pública de Salud AMBA.**



**Fuente:** “Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora” 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

A continuación se describen los sueldos brutos mensuales en los municipios del GBA en moneda local. En el GBA se observa una amplia variabilidad en los salarios tanto entre municipios como en cada uno de ellos. En el Gráfico 4.5 se muestra la distribución de los sueldos brutos mensuales en pesos argentinos de los médicos (todas las especialidades) a enero de 2017. En Quilmes, por ejemplo, se evidencia que éstos son homogéneos dentro del municipio y menores al resto del GBA. Tres de Febrero, en cambio, presenta una mediana salarial elevada en relación con otros distritos, pero con una variabilidad grande entre los médicos que allí se desempeñan.

**GRÁFICO 4.5** Distribución del sueldo mensual bruto estandarizado\*(pesos argentinos) de los médicos de los CAPS de 15 municipios del GBA, 2017



\*Sin antigüedad ni asignaciones familiares correspondientes a cargas horarias de 30 horas semanales en profesionales y de 35 en no profesionales y enfermeros.

**Fuente:** “Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora” 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

En conclusión, lo que busca demostrar el estudio del cual se desprende la información suministrada en este informe, es la necesidad de trabajadores de la salud de casi todas las funciones en los CAPS de los municipios del GBA.

Políticas públicas que estandaricen y fortalezcan las condiciones laborales y salariales podrían disminuir la variabilidad entre municipios y aumentar la oferta de recursos humanos en el primer nivel de atención. Asimismo, dicha estandarización resulta fundamental para crear una red única de servicios, ya que para cumplir los mismos estándares y procesos se necesitan condiciones laborales y competencias profesionales similares en toda la red.

La falta de promotores de salud es homogénea en los municipios analizados, siendo ésta una función esencial en la APS. A mediano plazo, se requiere no sólo la mejora en sus condiciones laborales, sino también la planificación de unidades formadoras de este recurso.

Contar con medidas que estandaricen las cargas horarias y el desempeño de los profesionales en un solo efector favorecerían la formación de equipos de salud que puedan tener población a cargo.

Tabla 4.1 Tasa de RRHH del equipo nuclear/1000 habitantes priorizados según municipio

Municipio	Medicina general/familiar/clínica	Pediatría	Enfermería	Promotor/a de la salud
1	5,4	4,8	15,3	0,4
3	1,8	0,9	2,2	1,6
5	2,3	1,0	3,1	0,0
6	3,5	1,4	5,7	0,0
9	1,0	0,9	3,3	0,3
11	2,8	1,9	5,6	0,0
14	9,4	1,4	7,6	0,6
16	2,6	2,0	2,3	0,2
17	1,5	0,5	2,1	0,9
19	3,9	2,7	3,1	1,1
21	1,9	1,1	2,4	0,3
23	1,6	1,0	2,8	0,0
24	2,1	1,6	2,9	0,0
25	5,7	1,3	11,4	0,0
26	1,2	3,0	5,7	0,0
<b>Total</b>	<b>2,6</b>	<b>1,3</b>	<b>3,7</b>	<b>0,5</b>

### **Sistemas de Información:**

Para la implementación del sistema de información planteado desde el Proyecto Red Pública de Salud AMBA se requiere, por un lado, que los CAPS cuenten con conectividad adecuada. Por otra parte, los puntos de atención (puntos donde se reciben personas –ya sea puesto en mesa de entrada, ventanillas de turnos o puestos sanitarios como consultorios, vacunatorios, farmacias, salas de extracción) deben contar con infraestructura tecnológica adecuada.

Los criterios relevados con el fin de evaluar las necesidades de mejora para dicha implementación se corresponden con, la disponibilidad de proveedor de internet en el CAPS, la presencia de WiFi y/o cableado interno en los puntos de atención y de infraestructura adecuada para el empadronamiento (cámaras web e impresoras) en las mesas de entrada.

Asimismo, se buscó conocer la utilización de sistemas de registro informatizados, HCE y sistema de turnos. Por último se analizaron las barreras y facilitadores contextuales para la implementación de la HCE en los CAPS. La información sobre estos indicadores pudo ser relevada en 25 municipios.

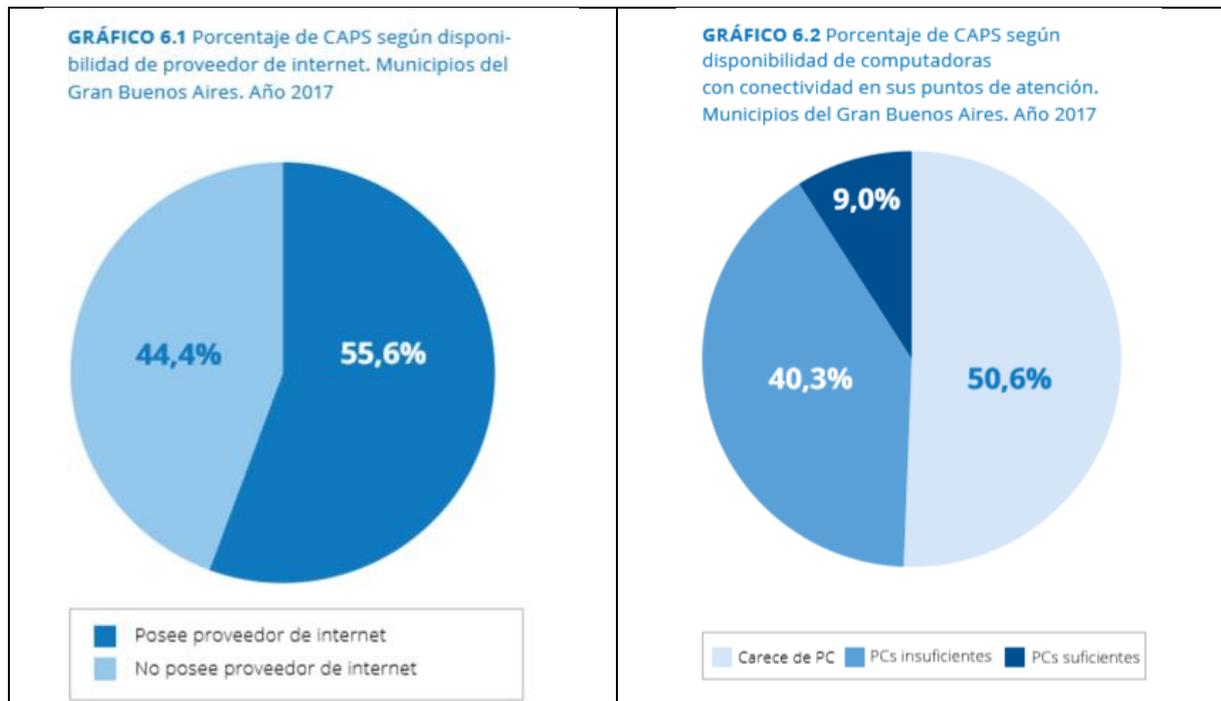
### **Conectividad:**

Poco más de la mitad de los CAPS (55,6%) posee proveedor de internet (Gráfico 6.1). Solo 7 de los 25 municipios relevados cuentan con servicio de internet en la totalidad de los centros, mientras que un tercio de los municipios posee conectividad en menos del 25% de sus centros de salud (Tabla 6.1).

### Infraestructura tecnológica:

El acceso efectivo de los usuarios a internet no sólo requiere de la conectividad del CAPS, sino que necesita del cableado interno o WiFi que vehiculice la red a los puntos de atención. El 43,1% del total de los CAPS dispone de alguno de éstos, es decir que más de la mitad de los centros requiere mejoras en su infraestructura tecnológica interna. (Tabla 6.2).

Por otro lado, se requiere que todos los puntos de atención dispongan de una computadora con conectividad para acceder al sistema. Se analizó de esta manera, la proporción de CAPS que tienen PCs en todos sus puntos de atención (PCs suficientes), en algunos puntos (PCs insuficientes) o que carecen de computadoras. Menos de 1 de cada 10 CAPS (9%) cuenta con un número suficiente de computadoras para dar acceso al sistema en todos sus puntos de atención, y estos CAPS se concentran en 5 de los 25 municipios relevados. Por otro lado, la mitad de los CAPS (50,6%) carece por completo de computadoras, y 4 de cada 10 tiene un número insuficiente de PCs en relación con la cantidad de puntos de atención (Gráfico 6.2) y (Tabla 6.3).



Fuente: "Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora" 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

En lo que respecta al empadronamiento de las personas que se atienden en el centro de salud, que permite acreditar y certificar la identidad del paciente de manera inequívoca y en consecuencia abrirle una HCE única e irrepetible para toda su vida, se convoca a los pacientes a que concurran al puesto de empadronamiento localizado en la mesa de entrada del CAPS, momento en el cual se le toma una fotografía a cada persona y se elabora su registro de empadronamiento. Este procedimiento requiere por lo menos una impresora multifunción cada tres puestos de la mesa de entrada y tantas cámaras Web como puestos haya en la misma. En los casos que sean factibles, se colocan lectoras de códigos, para leer en forma directa el código QR del documento y acreditar identidad en forma segura.

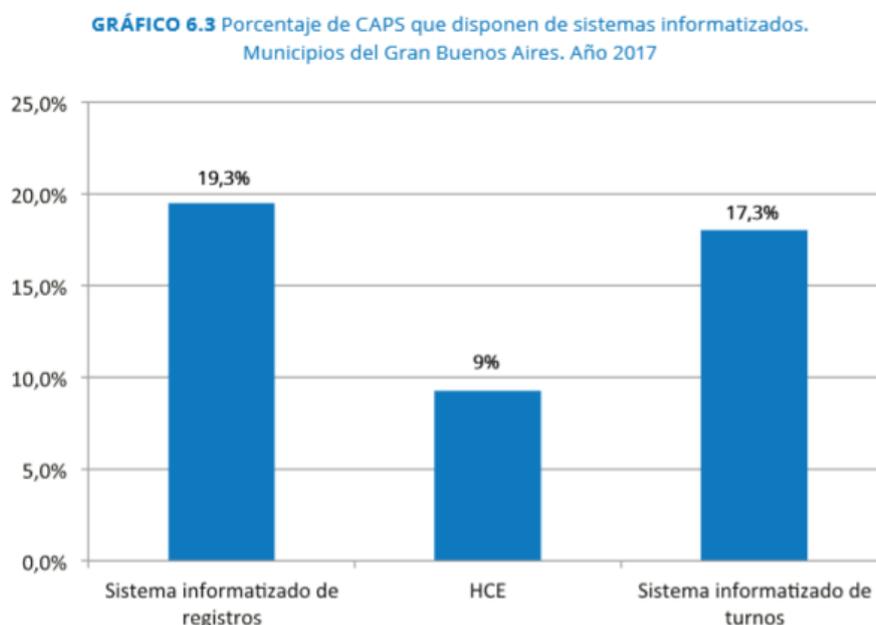
Del relevamiento surge que el 11,9% de los CAPS cuenta con cámaras suficientes en sus mesas de entrada (pertenecientes a 6 de 25 municipios relevados), mientras que el 30,5%(de 16 municipios distintos) posee impresoras suficientes. En resumen, el 10,7% de las mesas de entrada del total de CAPS está completo, disponiendo de esta manera la infraestructura adecuada para el empadronamiento (Tabla 6.4).

#### Utilización de los sistemas de información

Habiendo analizado el grado de conectividad de los municipios y el estado de su infraestructura tecnológica, se detallan a continuación la utilización de sistemas de información en lo que respecta a sistemas de registro informatizados, HCE y sistema de turnos.

En términos generales, se encontró que la mayoría de los municipios bajo estudio no utilizan sistemas de información en sus centros. Del total de jurisdicciones, dos de ellas son las que poseen historia clínica electrónica (HCE), utilizan sistemas de registro y de turnos informatizados en la totalidad de sus efectores, mientras que una de ellas cuenta con el último en todos los centros de atención.

En los municipios en su conjunto, alrededor de un quinto del total de centros de salud (19,3%) usan algún sistema de registro informatizado y casi la misma proporción de CAPS dispone de sistema de turnos informatizado (17,3%). En cuanto a la HCE, únicamente 4 distritos disponen de la misma en uno o algunos de sus centros (el 9% del total de CAPS) (Gráfico 6.3) y (Tabla 6.5).



**Fuente:** “Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora” 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

La instalación del sistema de información en los centros de salud del primer nivel de atención en los distritos del GBA implica una mejora sustancial tanto para el personal de salud como para los integrantes de la comunidad en la medida que influye directamente en la calidad y continuidad de los servicios brindados.

Sin embargo, la proporción de centros que utiliza actualmente sistemas de información es muy baja. Las condiciones necesarias en lo que respecta a la conectividad e infraestructura tecnológica

requieren ser fortalecidas. Por otra parte, se necesita de mejoras integrales en los factores contextuales y edilicios para su implementación.

**Tabla 6.1 Cantidad y porcentaje de CAPS que dispone de proveedor de internet.**

Municipio	Posee proveedor de internet	
	n	%
1	3	20,0%
2	12	92,3%
3	13	100,0%
4	1	4,8%
5	1	4,5%
6	21	91,3%
8	8	100,0%
9	16	100,0%
10	15	100,0%
11	15	100,0%
12	25	100,0%
13	18	75,0%
14	0	0,0%
15	22	62,9%
16	0	0,0%
17	15	45,5%
18	1	5,3%
19	3	33,3%
20	4	80,0%
21	6	75,0%
22	3	10,3%
23	9	100,0%
24	9	75,0%
25	2	22,2%
26	5	83,3%
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>55,6%</b>

**Fuente:** “Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora” 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

**Tabla 6.2. Cantidad y porcentaje de CAPS que dispone de cableado interno, WiFi o alguno de estos dos. Municipios del Gran Buenos Aires. Año 2017**

Municipio	Cableado interno		WiFi		Cableado interno o	
	n	%	n	%	n	%
1	3	20,0%	0	0,0%	3	20,0%
2	0	0,0%	10	76,9%	10	76,9%
3	6	46,2%	5	38,5%	10	76,9%
4	0	0,0%	1	4,8%	1	4,8%
5	0	0,0%	1	4,5%	1	4,5%
6	2	8,7%	10	43,5%	10	43,5%
8	1	12,5%	1	12,5%	2	25,0%
9	16	100,0%	5	31,3%	16	100,0%
10	15	100,0%	13	86,7%	15	100,0%
11	15	100,0%	14	93,3%	15	100,0%
12	10	40,0%	17	68,0%	20	80,0%
13	0	0,0%	19	79,2%	19	79,2%
14	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15	6	17,1%	20	57,1%	22	62,9%
16	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
17	0	0,0%	1	3,0%	1	3,0%
18	1	5,3%	0	0,0%	1	5,3%
19	1	11,1%	3	33,3%	3	33,3%
20	2	40,0%	4	80,0%	4	80,0%
21	1	12,5%	1	12,5%	1	12,5%
22	0	0,0%	1	3,4%	1	3,4%
23	8	88,9%	8	88,9%	9	100,0%
24	1	8,3%	4	33,3%	4	33,3%
25	0	0,0%	3	33,3%	3	33,3%
26	2	33,3%	5	83,3%	5	83,3%
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>22,1%</b>	<b>146</b>	<b>35,8%</b>	<b>176</b>	<b>43,1%</b>

Fuente: "Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora" 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

**Tabla 6.3. Cantidad y porcentaje de CAPS según cantidad de computadoras con conectividad en sus puntos de atención. Municipios del Gran Buenos Aires. Año 2017**

Municipio	Carece de PC		PCs insuficientes		PCs suficientes	
	n	%	n	%	n	%
1	8	53,3%	7	46,7%	0	0,0%
2	1	7,7%	12	92,3%	0	0,0%
3	0	0,0%	13	100,0%	0	0,0%
4	21	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
5	19	86,4%	3	13,6%	0	0,0%
6	10	43,5%	13	56,5%	0	0,0%
8	0	0,0%	8	100,0%	0	0,0%
9	0	0,0%	9	52,9%	8	47,1%
10	0	0,0%	2	13,3%	13	86,7%
11	0	0,0%	14	93,3%	1	6,7%
12	11	44,0%	14	56,0%	0	0,0%
13	5	20,8%	19	79,2%	0	0,0%
14	13	92,9%	1	7,1%	0	0,0%
15	1	2,9%	21	60,0%	13	37,1%
16	10	100,0%	0	0,0%	0	0,0%
17	28	84,8%	3	9,1%	2	6,1%
18	18	94,7%	1	5,3%	0	0,0%
19	8	88,9%	1	11,1%	0	0,0%
20	1	20,0%	4	80,0%	0	0,0%
21	5	62,5%	3	37,5%	0	0,0%
22	26	89,7%	3	10,3%	0	0,0%
23	2	22,2%	7	77,8%	0	0,0%
24	9	75,0%	3	25,0%	0	0,0%
25	7	77,8%	2	22,2%	0	0,0%
26	4	66,7%	2	33,3%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>207</b>	<b>50,6%</b>	<b>165</b>	<b>40,3%</b>	<b>37</b>	<b>9,0%</b>

Fuente: "Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora" 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

**Tabla 6.4. Cantidad y porcentaje de CAPS con ME con cámaras, con impresoras suficientes y con mesas de entrada completas. Municipios del Gran Buenos Aires. Año 2017.**

Municipio	CAPS con ME con cámaras suficientes		CAPS con ME con impresoras suficientes		ME completas	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0%	1	7,7%	0	0,0%
2	0	0,0%	5	38,5%	0	0,0%
3	0	0,0%	11	91,7%	0	0,0%
4	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
6	0	0,0%	5	21,7%	0	0,0%
8	0	0,0%	5	62,5%	0	0,0%
9	0	0,0%	15	100,0%	0	0,0%
10	2	13,3%	11	73,3%	2	13,3%
11	15	100,0%	11	73,3%	11	73,3%
12	1	4,0%	7	28,0%	0	0,0%
13	0	0,0%	3	12,5%	0	0,0%
14	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15	27	79,4%	35	100,0%	27	79,4%
16	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
17	2	6,5%	3	9,7%	2	6,5%
18	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
19	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
20	0	0,0%	3	60,0%	0	0,0%
21	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
22	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
23	0	0,0%	4	44,4%	0	0,0%
24	1	8,3%	2	16,7%	1	8,3%
25	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
26	0	0,0%	1	16,7%	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>11,9%</b>	<b>122</b>	<b>30,5%</b>	<b>43</b>	<b>10,7%</b>

Fuente: "Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora" 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

**Tabla 6.5. Cantidad y porcentaje de CAPS con utilización de sistema de registros informatizados, historia clínica electrónica y sistema de turnos informatizados. Municipios del Gran Buenos Aires. Año 2017**

Municipio	Sistemas de registro informatizados		HCE		Sistema de turnos informatizados	
	n	%	n	%	n	%
1	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
2	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
3	5	38,5%	0	0,0%	13	100,0%
4	0	0,0%	1	4,8%	0	0,0%
5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
6	5	21,7%	0	0,0%	0	0,0%
8	6	75,0%	0	0,0%	6	75,0%
9	18	100,0%	18	100,0%	18	100,0%
10	15	100,0%	15	100,0%	15	100,0%
11	7	46,7%	0	0,0%	7	46,7%
12	10	40,0%	3	12,0%	4	16,0%
13	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
14	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
15	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
16	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
17	5	15,2%	0	0,0%	1	3,0%
18	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
19	2	22,2%	0	0,0%	0	0,0%
20	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
21	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
22	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
23	0	0,0%	0	0,0%	2	22,2%
24	6	50,0%	0	0,0%	2	16,7%
25	0	0,0%	0	0,0%	2	22,2%
26	0	0,0%	0	0,0%	1	16,7%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>19,3%</b>	<b>37</b>	<b>9,0%</b>	<b>71</b>	<b>17,3%</b>

Fuente: "Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora" 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

## **Modelo de Gestión y Atención**

Los centros de atención primaria de la salud (CAPS) son efectores del primer nivel de atención que brindan servicios ambulatorios en forma exclusiva. Su función es la de planificar, implementar, monitorear y evaluar acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, localizándose en el territorio local, cercano a donde la población vive y donde, muchas veces, desarrolla sus actividades cotidianas. Tienen una complejidad biomédica baja, pero su complejidad social es la más alta del sistema, ya que aborda los problemas de salud y los determinantes sociales de la salud en el territorio con la participación frecuente de los diferentes actores sociales.

Los CAPS en ocasiones articulan sus acciones con otras organizaciones del Estado y de la sociedad civil de modo de producir cuidados intersectoriales, integrales e integrados, que ayuden a resolver la mayoría de los problemas ambulatorios de salud. La propuesta de transformación se basa en la implementación de un modelo de atención que priorice el abordaje de la complejidad social en el territorio con responsabilidad poblacional y con articulación intersectorial. En este modelo de atención, la implantación de Equipos de Salud (ES) con nominalización y adscripción familiar y la integración comunitaria constituyen la piedra angular clave.

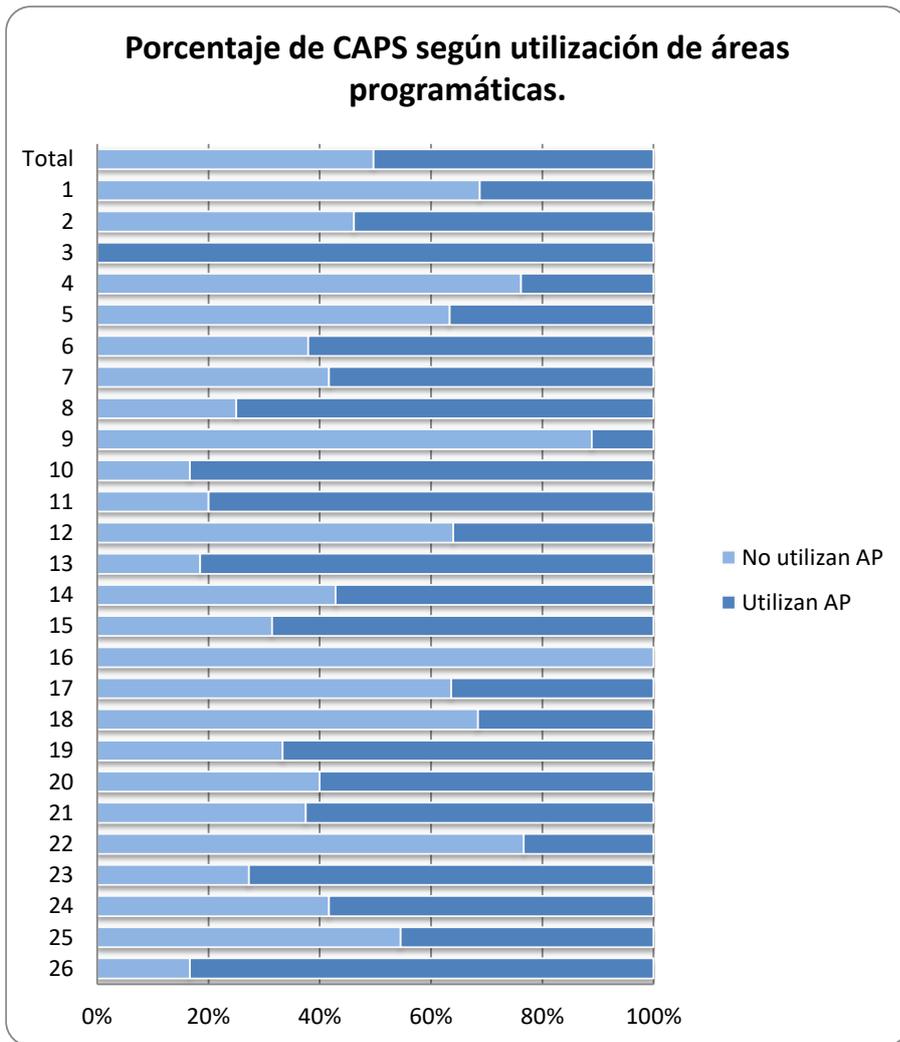
En relación con los procesos de gestión sanitaria, si bien en la mayor parte de los municipios se observó la existencia de áreas programáticas, éstas son poco o subutilizadas. Asimismo, la estandarización de la referencia y contrarreferencia fue observada únicamente en algunos municipios y para subpoblaciones de riesgo específicas.

En cuanto a los procesos administrativos, se encontró que buena parte de los centros mencionaron contar con un sistema de turnos programados, aunque sólo en el 34,1% ésta es la modalidad de atención más frecuente y en 1 de cada 5 se atiende en forma espontánea exclusivamente (20,2%). Por otra parte, la mayoría de los CAPS con turnos programados mencionaron que son asignados en forma personal (98,9%) y, en menor medida, el 32% sostuvo que pueden solicitarse vía telefónica o internet (13,5%).

Las actividades comunitarias extramurales requieren ser fortalecidas, ya que sólo se realizan en forma semanal en el 27,9% de los CAPS. Por otra parte, los procesos asistenciales no siguen guías o protocolos estandarizados en 7 de cada 10 centros.

Con respecto a los procesos de soporte con los que cuentan los CAPS, se evidenció una necesidad generalizada de mejora en materia de seguridad, mantenimiento y limpieza. En lo que refiere a la gestión de los insumos sólo 1 de 10 centros de salud indicó que cuenta con presupuesto asignado (9,8%); cuando el efector requiere algún insumo, lo solicita al municipio en el 96,4% de los casos. En cuanto a la gestión de medicamentos, en la mayoría de los efectores se mencionó que su abastecimiento se basa en el Programa Remediar (93,6%) y el 80% también lo hace a través de compras municipales. Sólo el 15,8% de los CAPS dispensa psicofármacos.

Por último, con referencia a los análisis complementarios, en el 44,3% de los centros se mencionó que se extraen muestras de sangre para ser procesadas en un efector de mayor complejidad; prácticamente, no se procesan muestras de laboratorio en el CAPS (2,6%).



Fuente: "Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora" 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

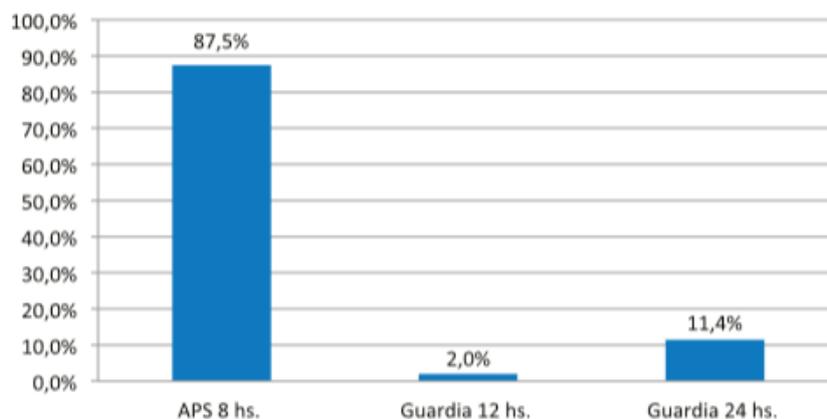


GRÁFICO 5.2 Porcentaje de CAPS según programación de las consultas. Municipios del Gran Buenos Aires. Año 2017. (N=455)

**1 DE CADA 5 CAPS NO CUENTA CON SISTEMA DE TURNOS PROGRAMADOS**

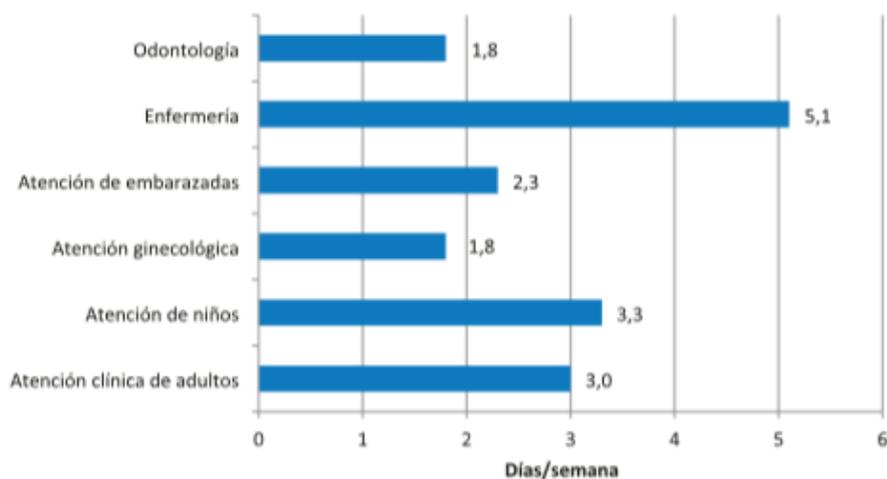
Fuente: "Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora" 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

**GRÁFICO 5.5** Porcentaje de CAPS según oferta horaria de atención al público.  
Municipios del Gran Buenos Aires. Año 2017. N=455.



**Fuente:** “Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora” 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

**GRÁFICO 5.6** Cantidad promedio (días por semana) de atención clínica de adultos, de niños, ginecológica, de embarazadas, enfermería, odontología. Municipios del Gran Buenos Aires. Año 2017. N=455.



**Fuente:** “Análisis de Situación de Salud, Propuesta de Mejora” 2017, de la Red Pública de Salud AMBA

#### **4.4. Avances en la implementación de la Red Pública de Salud AMBA**

La estrategia de Red Pública de Salud AMBA se viene implementando desde el año 2016. Esto ha implicado una visión integradora de los servicios de salud en el AMBA, y una necesidad de coordinación de objetivos y de una institucionalidad común. Sin embargo, relevamientos en terreno y con fuentes secundarias de información, han mostrado que es una precondition para una vinculación más equitativa y efectiva, cerrar brechas y homogenizar procesos entre la CABA y los municipios de la PBA. Las dimensiones más destacadas en este marco son de diversa naturaleza, incluyendo cuestiones de infraestructura, nivelación salarial y distribución del recurso humano, sistemas de información e HCE, y modelos de gestión y atención.

En este marco, se viene trabajando desde comienzos de 2017 con los municipios de la PBA en la creación de una visión integral del sistema de salud y el cierre de brechas y homogenización de procesos, comenzando con el primer nivel de atención. A estos fines la PBA ha asignado para 2018 un presupuesto de 850 millones de pesos, que se destina a infraestructura, recursos humanos de los CAPS, equipamiento informático y médico, y equipos de implementación, entre otros.

Dada la complejidad operativa de implementación de la red, la misma se desarrolla de manera progresiva. Con el objetivo de determinar un orden de incorporación se consideraron diversos indicadores del estado de situación de cada una de las jurisdicciones, y del impacto potencial de la iniciativa. Específicamente, se tuvieron en cuenta las siguientes variables: población censal, población que utiliza los servicios de salud pública con mayor probabilidad, población en asentamientos, tasa de CAPS por cada 10.000 habitantes, tasa de consultorios cada 10.000 habitantes, estado de conservación de los CAPS, y disponibilidad de HCE en los CAPS. Este set de indicadores permitió realizar una priorización técnica a partir de la cual se establece un consenso técnico político con los actores intervinientes.

Por otra parte, se tuvo en cuenta para la priorización, el grado de compromiso e interés de los gobiernos municipales en integrarse a la mencionada red. Dicho compromiso municipal se expresó mediante el permiso a los responsables del Proyecto de realizar el relevamiento del sistema de salud municipal y el compromiso formalizado de firmar un convenio con la Provincia de Buenos Aires que debe ser aprobarlo por el Honorable Concejo Deliberante municipal. Esta estrategia de acuerdo de la política pública fue un eje central en la búsqueda de la sustentabilidad del proyecto en el largo plazo.

La tabla a continuación muestra parte de la información obtenida durante el relevamiento de 2017, que fuera detallado en apartados anteriores, en la mayoría de los municipios seleccionados. Como puede observarse los mismos presentan más de la mitad de sus CAPS en malas condiciones edilicias y ninguno cuenta con una HCE implementada, ambas condiciones necesarias para poder comenzar a construir una gestión integrada de los servicios de salud.

Jurisdicción	Proyección población 2017	Población priorizada	% población en asentamientos	Cantidad de CAPS	Población/ CAPS	Cantidad de Consultorios	Población /consultorios	Tasa de CAPS/10.000 hab	% de CAPS en estado Regular o Malo	Municipio con HCE implementada
1	102.549	34.962	8%	16	2.185	48	728	4,6	56%	no
2	243.456	126.334	7%	13	9.718	73	1.731	1,0	62%	no
3	423.153	197.252	10%	14	14.089	85	2.321	0,7	64%	no
5	349.867	182.762	5%	30	6.092	120	1.523	1,6	70%	no
6	355.707	168.630	10%	29	5.815	114	1.479	1,7	69%	no
7	171.902	77.651	10%	12	6.471	75	1.035	1,5	8%	no
8	293.157	101.872	10%	8	12.734	65	1.567	0,8	25%	no
9	296.861	120.103	18%	18	6.672	101	1.189	1,5	56%	si
10	438.906	206.574	8%	18	11.476	94	2.198	0,9	24%	no
11	268.897	78.949	5%	15	5.263	69	1.144	1,9	40%	no
12	586.564	270.576	11%	25	10.823	123	2.200	0,9	44%	no
14	203.292	102.372	1%	14	7.312	39	2.625	1,4	64%	no
16	463.034	200.892	21%	16	12.556	91	2.208	0,8	80%	no
27	640.916	302.485	23%	43	7.035	215	1.407	1,4	s/d	no
17	641.742	314.087	15%	33	9.518	136	2.309	1,1	94%	no
18	103.308	56.713	5%	19	2.985	46	1.233	3,4	95%	no
19	190.447	67.110	4%	9	7.457	42	1.598	1,3	78%	no
20	177.521	74.704	2%	5	14.941	35	2.134	0,7	80%	no
21	63.001	37.835	4%	8	4.729	35	1.081	2,1	38%	no
23	320.218	134.299	2%	11	12.209	61	2.202	0,8	55%	no
24	343.917	132.217	2%	12	11.018	95	1.392	0,9	67%	no

Fuente: Relevamiento Red Pública de Salud AMBA.(2017)

A la fecha, se encuentra aprobado mediante Decreto N°1090-GPBA-18 del 21 de septiembre de 2018, el programa de la Red Pública de Salud AMBA y el modelo de Convenio a firmarse entre el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y cada Municipio participante del programa, y se han incorporado al proceso 14 municipios (Lanús, Morón, San Miguel, Quilmes, Ezeiza, Tres de Febrero, Almirante Brown, Lomas de Zamora, Pilar, Marcos Paz, Brandsen, General San Martín, Moreno y Hurlingham), y 12 han firmado un acta acuerdo para comenzar a trabajar en las cuestiones de infraestructura (Lanús, Morón, San Miguel, Quilmes, Ezeiza, Tres de Febrero, Almirante Brown, Pilar, Brandsen, Lomas de Zamora, Marcos Paz y Moreno). A estos fines se ha desarrollado una capacitación para agentes facilitadores de la Red y diseñado manuales y guía para el trabajo en territorio.

En lo que respecta al eje de infraestructura, ya se cuentan con más de 160 proyectos arquitectónicos de acondicionamiento y reforma que se encuentran en distintas etapas del proceso de licitación y ejecución, todos ellos forman parte de las actas acuerdos firmadas con los municipios, donde constan los CAPS a intervenir. Asimismo, se ha trabajado en la mejora del equipamiento informático de los CAPS, y en proceso de adquisición de nuevo equipamiento médico.

A su vez, el proyecto es gobernado por ambos Ministerios de Salud jurisdiccionales quienes han firmado el pre acuerdo de la política pública nacional llamada CUS (Cobertura Universal en Salud). La misma coincide plenamente con la estrategia del AMBA, y para asegurar la articulación de ambas iniciativas se han construido tres mesas de trabajos técnicas que abarcan los diferentes ejes a implementar donde se encuentran representados los responsables de CUS a nivel nacional, y del AMBA a nivel bi-jurisdiccional. Incluso se comparten documentos, materiales y estrategias de modo que el nivel de articulación es pleno.

En lo que refiere al eje de sistemas de información, el Proyecto de Red Pública de Salud AMBA cuenta con un equipo de desarrolladores que tiene a cargo la implementación de los sistemas de información en los CAPS de todos los Municipios que conforman el Proyecto. En este sentido, dentro de las tareas que realiza el equipo se encuentra la de articular el diseño y desarrollo de los sistemas con los equipos de Salud de Nación, participando de las mesas de acuerdos de los estándares y sistemas a implementar y velando por la interoperabilidad de estos sistemas. En estas mesas se evalúa también las estrategias para avanzar en la implementación de forma integrada y sin solapamiento de tareas y beneficiarios.

Por otro lado, en la CABA se han producido avances en términos de la implementación de sistemas de información, infraestructura y recursos humanos. En relación con los sistemas de información, a finales de 2017 se completó la instalación de la HCE en el 100% de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), se empadronaron 450.000 vecinos (80.000 viven en el conurbano), y se realizó la integración con el sistema de turnos. Actualmente, se está trabajando en la incorporación de nuevas funciones a la HCE (odontograma, medicamentos, prácticas, determinantes sociales, actividades comunitarias), y su coordinación con el AMBA y entre el primero y segundo nivel de atención (sistema referencia y contrareferencia). Con respecto a la infraestructura, se priorizó la zona sur de la CABA con diversas obras de remodelación, acondicionamiento y construcción para alcanzar la meta de 51 CeSACs en 2019. Por último, con respecto a la conformación de los Equipos de Salud, a finales de 2017 se conformaron los 100 equipos de salud necesarios para cubrir la Zona Sur (80 nuevos y 20 reorganizados), aunque se espera para fin de 2018 contar con 160 equipos.

A su vez, en el año 2016 en el marco del Convenio Marco de Colaboración con el fin de fortalecer la vinculación institucional, la PBA y la CABA celebraron el acuerdo para el desarrollo de una Red

Perinatal en el AMBA a fin de planificar, coordinar, e integrar los servicios de obstetricia y neonatología de toda el área metropolitana construyendo así funcionalmente una red metropolitana de atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. La finalidad es implementar redes obstétricas y neonatales, integrando y reorganizando los recursos municipales, provinciales y de la CABA, para mejorar la accesibilidad en el efector de complejidad acorde a la necesidad de la mujer durante su embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, y que la misma sea oportuna y de calidad.

Finalmente, dado que esta etapa fortalece el primer nivel de atención, y dicho nivel está bajo los gobiernos municipales, las capacidades instaladas se dejarán en cada municipio con una estrategia integral conducida y gobernada por el Ministerio de Salud de la PBA en el Gran Buenos Aires y el Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en la CABA.

La responsabilidad por las capacidades instaladas se refleja en los Convenios que se firman entre la PBA y cada Municipio.

#### **4.5. Objetivos del proyecto DAMI para la implementación de la Red Pública de Salud AMBA**

##### *Objetivo General:*

Contribuir a generar mecanismos de coordinación y gestión integrada a partir de una Red Pública de Salud en el AMBA

##### *Objetivos Específicos:*

1. Mejorar la **infraestructura de los CAPS** de PBA (región sanitaria V, VI, y VII) en concepto de reforma o ampliación, puesta en valor y provisión de recursos informáticos adecuados para la correcta implementación de HCE y la atención de las familias empadronadas bajo su responsabilidad con los Equipos de Salud que deben atenderlas.
2. Fortalecer los **sistemas de información en salud** de la PBA (región sanitaria V, VI, y VII) y de la CABA, por medio de la implementación de la HCE interoperable y la capacitación de los equipos de salud de los efectores del primer nivel.
3. Fortalecer la vinculación institucional entre la PBA y CABA, a partir del desarrollo de **líneas de cuidado integradas** en el AMBA.
4. Análisis sobre localización de los CEMAR en los municipios de la PBA (región sanitaria V, VI, y VII)

#### **Descripción del proyecto DAMI**

Si bien el proyecto de la Red Pública de Salud AMBA ya cuenta con financiamiento desde la PBA y la CABA, se necesita apoyo para facilitar los mecanismos de coordinación y acuerdo con los municipios de la PBA que le den institucionalidad al proyecto. Específicamente, se requiere del apoyo financiero para trabajar sobre tres líneas de acción, que como fin último se espera que contribuyan a una visión integradora de los servicios de salud del AMBA:(1) inversión en infraestructura edilicia e informática requerida por los CAPS para que pueda llevarse a cabo una correcta implementación de la HCE y de atención de las familias con la contención de los Equipos de Salud; (2) fortalecimiento Institucional en términos de desarrollo y consolidación de capacidades jurisdiccionales de la CABA, la PBA y los

municipios del AMBA, a fin de trabajar en un sistema de información en salud interoperable; (3) construcción de mecanismos de coordinación e institucionalización a partir del diseño de una línea de cuidados integrada en el AMBA, incluyendo el análisis de localización de los CEMAR.

A estos fines se han planteado tres componentes de trabajo con las actividades detalladas a continuación:

**Componente 1. Condiciones de infraestructura edilicia y de equipamiento óptimas para la implementación de sistemas de información en CABA y PBA**

1. Acondicionamiento de la infraestructura edilicia necesaria para la implementación de HCE en los municipios priorizados del AMBA, incluyendo la reforma, ampliación y puesta en valor de CAPS.
2. Dotación de equipamiento informático a CAPS priorizados en los municipios del AMBA.
3. Adecuación de los sistemas e infraestructura informática en AMBA para habilitar la interoperabilidad de la HCE entre ambas jurisdicciones.

**Componente 2. Fortalecimiento institucional por medio de la implementación de un sistema de información en salud vinculado a la iniciativa de interoperabilidad y agenda digital del Ministerio de Salud de la Nación.**

1. Creación de un equipo de gestión del proyecto y equipos de implementación local para:
  - a. Integración de los padrones de la población objetivo en los municipios priorizados del AMBA.
  - b. Creación de agenda de profesionales y sistemas de turnos.
  - c. Implementación de una HCE interoperable entre los CAPS de los municipios priorizados de PBA y la CABA.
2. Creación de un equipo de gestión de la CABA y de la PBA y desarrollo de un sistema de seguimiento y monitoreo conjunto (CABA-PBA) del estado de avance y ejecución del proyecto.

**Componente 3. Desarrollo de líneas de cuidado para los municipios priorizados del AMBA y localización de CEMAR a través de procesos de referencia y contrareferencia entre los CAPS y los niveles de derivación de mayor complejidad.**

1. Diseño de líneas de cuidado integrada para los municipios del AMBA (región sanitaria V, VI, y VII).
2. Propuesta de localización de CEMAR en los municipios priorizadas de la PBA (región sanitaria V, VI, y VII).

De este modo, el presente Proyecto busca contribuir al desarrollo de institucionalidad en el AMBA, a partir de sistemas de información clínica unificados, con un modelo único y adecuado que permita superar la multiplicidad de sistemas informáticos fragmentados, lo que trae aparejado la existencia de información redundante e insuficiente que dificulta la integración, mejorando el acceso y la calidad de los servicios de salud para los grupos vulnerables en particular y para la salud de la

población en general. Asimismo, busca contribuir a partir de prototipos de organización de líneas de cuidado que mejoren el flujo de pacientes entre la PBA y la CABA.

#### **4.6. Modelo de gestión**

La Red Pública de Salud AMBA ha sido priorizada por la COCAMBA como una estrategia para contribuir al desarrollo de institucionalidad en la región en una temática con alto impacto social. No obstante, presenta el desafío de coordinar e integrar las acciones de diferentes jurisdicciones y niveles de gestión, que en general han venido trabajando con lógicas diferentes que suelen superponerse. Esto implica una construcción territorial con los diferentes actores y sectores intervinientes, en donde se destacan tres niveles gubernamentales: municipal, responsables de la gestión y financiamiento del primer nivel de atención y hospitales municipales; provincial, donde se ubican los hospitales provinciales y programas provinciales de salud, y la CABA, responsable de los Cesacs y hospitales.

Asimismo, existe la necesidad de coordinar acciones con el nivel nacional, especialmente con las actividades de los programas con financiamiento externo Redes, Sumar, y Proteger que trabajan en el desarrollo de sistemas de información interoperable, la gestión de redes de servicios, y la mejora en los sistemas de facturación de prestaciones.

Se espera que como resultado de esta experiencia se genere en el AMBA una estandarización de estructuras y procesos de gestión en el ámbito de la salud, que organice el flujo de pacientes entre las distintas jurisdicciones y niveles de atención, mejorando la calidad de los servicios, la satisfacción de los ciudadanos, y optimizando el uso de los recursos del sistema. Para esto es fundamental la interoperabilidad de los sistemas, el cierre de brechas entre los municipios de la PBA y la CABA, el análisis de la localización óptima de los CEMAR, y la construcción de una red de servicios que organice el flujo de pacientes.

A largo plazo, se espera que esta experiencia sea un piloto para nuevas iniciativas de gestión, articulación, y planificación conjunta entre jurisdicciones, así como también, contribuir a la construcción de capacidades futuras para la generación de una macrogestión interjurisdiccional.

#### **4.7. Resultados esperados**

La conformación de una red de cuidados integrales y progresivos de salud, que organice el flujo de personas al interior de la misma, requiere contar con un sistema de información que facilite una atención eficaz, oportuna y eficiente de la población, y la comunicación y referencia entre efectores de salud de las distintas jurisdicciones. El relevamiento realizado entre diciembre de 2016 y marzo de 2017 en municipios del AMBA, mostró deficiencias en aspectos edilicios, de equipamiento, y de información.

Por lo mencionado anteriormente, el presente proyecto tiene como finalidad acompañar el fortalecimiento de la red de servicios de salud mediante el logro de cuatro resultados:

1. CAPS priorizados en municipios de la PBA y CESACS en la CABA que cuentan con condiciones edilicias y de equipamiento óptimos para la implementación de sistemas de información en salud.
2. Implementar un sistema de salud interoperable entre los municipios de la PBA y la CABA.
3. Diseño de líneas de cuidado integradas en el AMBA
4. Propuesta de localización de CEMAR en municipios del AMBA.

## **5. MODALIDAD DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO DAMI**

La Provincia y la Ciudad encomiendan a la Subsecretaría de Relaciones Municipales de la Nación y a la DGPyPSyE la ejecución de los Proyectos Elegibles, en el marco de lo previsto en el CMA. En consecuencia, la Subsecretaría de Relaciones Municipales y la DGPyPSyE asumen las responsabilidades relacionadas con los procesos de adquisiciones y contrataciones, con los aspectos ambientales, sociales, legales, de la administración contable y financiera de los proyectos que integran el Plan de Ejecución del Área Metropolitana Elegible (PEM) que fuera aprobado por la Subsecretaría de Relaciones Municipales y que cuente con la no objeción del Banco.

En el marco de lo expuesto en el párrafo anterior del presente artículo, la Subsecretaría de Relaciones Municipales tendrá a su cargo la ejecución técnica de los mencionados proyectos, mientras que la DGPyPSyE asumirá la gestión y ejecución operativa, administrativa, presupuestaria y financiera-contable de los mismos, comprendiendo las cuestiones legales, ambientales y sociales, los procedimientos de contrataciones, como así también, la planificación, programación, monitoreo y auditoría de dichos proyectos.

Sin perjuicio de ello, la Provincia y la Ciudad conformarán una comisión técnica conjunta a fin de suministrar la información en tiempo y forma y definir las tareas a ser ejecutadas por la Subsecretaría de Relaciones Municipales y la DGPyPSyE.

**Anexo 1: IDENTIFICACION DE PROYECTOS  
AREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES**

Nº	TIPO DE PROYECTO	Código NOMBRE DE PROYECTO	MONTO TOTAL ESTIMADO EN US\$	FINANCIAMIENTO %		MUNICIPIOS ALCANZADOS	POBLACION EN MUNICIPIOS ALCANZADOS
				DAMI	PROV (CABA y PBA)		
1	Facilitación	1.2. Fortalecimiento institucional por medio de la implementación de un sistema de información en salud interoperable entre las jurisdicciones:				CABA + 33 Municipios	10.000.000
		1.2.1. Creación de un equipo de gestión del proyecto y equipos de implementación local.	U\$S 1.000.000				
		1.2.2. Desarrollo de un sistema de seguimiento y monitoreo conjunto (CABA-PBA) del estado de avance y ejecución del proyecto.	U\$S 1.000.000	90	10		
		1.3. Fortalecimiento institucional por medio del diseño de líneas de cuidado integradas y localización de CEMAR:					
		1.3.1 Diseño de líneas de cuidado integradas en el AMBA	U\$S 1.000.000				
		1.3.2. Propuesta de localización de CEMAR en municipios de la PBA	U\$S 1.000.000				

2	Inversión	2.1. Condiciones de infraestructura edilicia y de equipamiento óptimas para la implementación de sistemas de información en CABA y PBA:					
		2.1.1. Acondicionamiento de la infraestructura edilicia (obras de construcción, reforma, ampliación y puesta en valor)	U\$S18.060.000				
		2.1.2. Dotación de equipamiento informático a PBA y CABA y adecuación de los sistemas e infraestructura informática para la interoperabilidad de la HCE entre ambas jurisdicciones.	U\$S1.940.000	75	25	CABA + 33 Municipios	10.000.000
		2.1.3 Adecuación de los sistemas e infraestructura informática en CABA para habilitar la interoperabilidad de la HCE entre ambas jurisdicciones.	U\$S 1.000.000				



### Anexo 3- Ficha de Proyecto

DESCRIPCION DEL PROYECTO
<b>Proyecto de apoyo al desarrollo de una Red Pública de Salud en el AMBA (HCE)</b>
<b>Marco General:</b> Se ha definido el objetivo de acompañar la conformación de una red integrada de servicios de salud, de complejidad biomédica creciente, con nominalización de personas bajo cobertura y que planifique la oferta de servicios y programas. Para ello resulta fundamental la estandarización y homogeneización de estructuras y procesos por niveles de complejidad, así como un sistema de información sanitaria a través de la implementación de una historia clínica electrónica (HCE) interoperable entre los distintos niveles de atención. La implementación de la red pública de salud AMBA se llevará adelante en tres etapas, siendo el foco de la primera, y objeto de esta propuesta, el fortalecimiento de los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) en relación con la infraestructura, y los sistemas de información.
<b>OBJETIVOS</b> <b>Objetivo general:</b> Contribuir a generar mecanismos de coordinación y gestión integrada a partir de una Red Pública de Salud en el AMBA
<b>Objetivos específicos:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mejorar la infraestructura de los CAPS en la CABA y de PBA (región sanitaria V, VI, y VII) en concepto de construcción, reforma o ampliación, puesta en valor y provisión de recursos informáticos adecuados para la correcta implementación de HCE y la atención de las familias empadronadas bajo su responsabilidad con los Equipos de Salud que deben atenderlas.</li><li>2. Fortalecer los sistemas de información en salud de la PBA (región sanitaria V, VI, y VII) y de la CABA, por medio de la implementación de la HCE interoperable y la capacitación de los equipos de salud de los efectores del primer nivel.</li><li>3. Fortalecer la vinculación institucional entre la PBA y CABA, a partir del desarrollo de líneas de cuidado integradas en el AMBA</li><li>4. Análisis sobre localización de los CEMAR en los municipios de la PBA (región sanitaria V, VI, y VII).</li></ol>

Acciones principales:

A estos fines se han planteado tres componentes de trabajo con las actividades detalladas a continuación:

**Componente 1. Condiciones de infraestructura edilicia y de equipamiento óptimas para la implementación de sistemas de información en CABA y PBA**

1. Acondicionamiento de la infraestructura edilicia necesaria para la implementación de HCE en los municipios de las regiones sanitarias priorizadas, incluyendo la reforma, ampliación y puesta en valor de CAPS.
2. Dotación de equipamiento informático a CAPS priorizados en los municipios de las regiones sanitarias priorizadas.
3. Adecuación de los sistemas e infraestructura informática en CABA para habilitar la interoperabilidad de la HCE entre ambas jurisdicciones.

**Componente 2. Fortalecimiento institucional por medio de la implementación de un sistema de información en salud vinculado a la iniciativa de interoperabilidad y agenda digital del Ministerio de Salud de la Nación.**

1. Creación de un equipo de gestión del proyecto y equipos de implementación local para:
  - a. Integración de los padrones de la población objetivo en los municipios de las regiones sanitarias priorizadas en la PBA.
  - b. Creación de agenda de profesionales y sistemas de turnos.
  - c. Implementación de una HCE interoperable entre los CAPS de los municipios de las regiones sanitaria priorizadas en la PBA y la CABA.
2. Creación de un equipo de gestión de la CABA y de la PBA y desarrollo de un sistema de seguimiento y monitoreo conjunto (CABA-PBA) del estado de avance y ejecución del proyecto.

**Componente 3. Desarrollo de líneas de cuidado para los municipios priorizados del AMBA y localización de CEMAR a través de procesos de referencia y contrareferencia entre los CAPS y los niveles de derivación de mayor complejidad.**

1. Diagnóstico de situación sobre las tres líneas de cuidado priorizadas en la Red Pública de salud AMBA (adultos, pediátrica y materno neonatal) en las regiones priorizadas del AMBA.
2. Diseño de líneas de cuidado integrada para las regiones priorizadas del AMBA.
3. Propuesta de localización de CEMAR en los municipios priorizadas de la PBA.

Tiempo de Ejecución: 36 meses

Costo: U\$S 25.000.000, con la siguiente distribución: obras 72%, servicios de consultorías 16%, y bienes 12%.

Proyectos con los que se complementa:

Esta es la primera etapa del proyecto general de conformar una Red Integrada de Servicios de Salud en el AMBA, que es uno de los objetivos estratégicos fijados por el gobierno nacional (<http://www.casarosada.gob.ar/objetivosdegobierno/>).

Responsables: Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires

Estado Actual de la preparación de la documentación del proyecto:

Diagnóstico elaborado y proyecto diseñado y costeadado.

Decreto de aprobación del Programa N°1090-GPBA-18 del 21 de septiembre de 2018.

Observaciones:

- Entre la PBA y los municipios se firma un convenio marco de trabajo, en el cual se establecen los derechos y obligaciones de cada parte en el desarrollo del proyecto. Estos convenios se firman de forma progresiva a medida que cada municipio se incorpora al programa.
- Entre la PBA y los municipios también se firma un Acta Acuerdo cuya finalidad es determinar las obras a realizar en los CAPS de cada municipio.

## Anexo 4-

### Definición del AMBA como CABA + 40 Municipios según Decreto N° 149/CABA/12<sup>24</sup>

#### **1.2 F/N UNIDAD PROYECTOS ESPECIALES AREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES**

##### **Objetivos**

Actuar como responsable de la articulación y coordinación interjurisdiccional en temas del "Área Metropolitana de Buenos Aires", definida ésta como la zona urbana común que conforman la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los siguientes 40 municipios de la Provincia de Buenos Aires: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Berisso, Brandsen, Campana, Cañuelas, Ensenada, Escobar, Esteban Echeverría, Exaltación de la Cruz, Ezeiza, Florencio Varela, General Las Heras, General Rodríguez, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, La Plata, Lomas de Zamora, Luján, Marcos Paz, Malvinas Argentina, Moreno, Merlo, Morón, Pilar, Presidente Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López y Zárate, y otras jurisdicciones que podrán integrarse.

Realizar el seguimiento de la agenda metropolitana, identificando problemáticas comunes de quienes habitan la región aportando ideas y soluciones a las mismas.

Proponer políticas públicas al Jefe de Gobierno y su gabinete de Ministros en temáticas vinculadas con el Área Metropolitana de Buenos Aires.

---

<sup>24</sup><http://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/documentos/boletines/2012/03/20120326.pdf>

## ANEXO 5

### **CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN ENTRE EL GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES Y EL GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE INTERÉS RECÍPROCO EN MATERIA DE SALUD.**

Entre el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, representado en este acto por su Gobernadora, Licenciada María Eugenia VIDAL, con domicilio en la Calle 6 e/51 y 53 de la ciudad de La Plata, en adelante "LA PROVINCIA", por una parte; el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, representada en este acuerdo por su Jefe de Gobierno, Licenciado Horacio RODRIGUEZ LARRETA, con domicilio en la Calle Uspallata 3160 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en adelante "LA CIUDAD", por otra; y conjuntamente "LAS PARTES"; acuerdan celebrar el presente Convenio Marco de Colaboración, sujeto a las siguientes cláusulas y condiciones:

**CLÁUSULA PRIMERA: OBJETO.** El objeto del presente Convenio Marco de Colaboración consiste en fortalecer la vinculación institucional entre "LAS PARTES", mediante la creación de espacios comunes de trabajo, destinados al desarrollo de actividades académicas, científicas, asistenciales y técnicas, a través de acciones de complementación en un entorno de mutua cooperación, siempre bajo la consigna y resguardo del respeto por su independencia en el ejercicio de las competencias institucionales y legales que les son reconocidas.

**CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETIVOS.** Sobre la base de esos lineamientos y en pos de cumplimentar el objeto establecido en la Cláusula Primera, "LAS PARTES" cooperarán recíprocamente en el diagnóstico y elaboración de acciones propias de su interés, en beneficio de la sociedad en su conjunto, destacando en una primera etapa de colaboración conjunta, las siguientes:

- Procurar la difusión y capacitación en materia de Salud Pública.
- Elaborar planes de acción conjuntos en temáticas Materno-Infantil.
- Concertar la planificación para la sistematización de Medicina Informatizada.

NEV  
HU

- Propender a mejorar la atención en casos de Emergencias y Urgencias.
- Fomentar la Cooperación Hospitalaria entre ambas jurisdicciones.
- Coordinar la Atención Primaria de la Salud y asistencia en el primer nivel de atención en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).
- Motivar el desarrollo de proyectos de investigación, para la generación de producción científica orientada a la transferencia de conocimiento.
- Facilitar el acceso recíproco a información generada por organismos o entidades pertenecientes a "LAS PARTES", en las condiciones que se acuerden. "LAS PARTES" dejan en claro que la enumeración del presente artículo es de carácter enunciativo y no limita la posibilidad de llevar adelante acuerdos para el desarrollo de actividades de otra naturaleza, mediante Convenios Específicos

**CLÁUSULA TERCERA: CONVENIOS ESPECIFICOS.** A fin de dar cumplimiento a los objetivos indicados, "LAS PARTES" de común acuerdo, elaborarán programas y proyectos de cooperación suscribiendo a tal efecto Convenios específicos, en los que se especificarán las obligaciones que asumirá cada una de ellas en la ejecución de los mismos, las pautas administrativas, así como las de organización académica en los casos que corresponda. Los Convenios específicos versarán, entre otros, sobre los siguientes aspectos: A) Organización de actividades de formación de personal tales como: cursos, seminarios, conferencias y capacitaciones. B) Estudios e investigaciones en diversas materias. C) Intercambio de información institucional. D) Planeamiento de estrategias de acción para el mejoramiento de Políticas Públicas. E) Publicaciones. F) Toda otra actividad idónea para lograr el objeto y los objetivos del presente convenio.

**CLAUSULA CUARTA:** Se deja constancia que como nexo en las relaciones de cooperación que surjan del presente, "LA PROVINCIA" faculta a la Señora Ministra de Salud, mientras que "LA CIUDAD" hará lo propio a través de la

NEJ  
HOL

Señora Ministra de Salud, autorizando a los titulares de ambas carteras a suscribir y aprobar los Convenios específicos que surjan en su cumplimiento.

**CLÁUSULA QUINTA: INDEPENDENCIA DE ESTRUCTURAS TÉCNICAS Y ADMINISTRATIVAS.** "LAS PARTES" mantendrán en todo momento la independencia de sus estructuras técnicas y administrativas. La suscripción del presente acuerdo no otorga exclusividad a ninguna de ellas, motivo por el cual no limita a las mismas a suscribir acuerdos similares con otras instituciones o entidades interesadas en fines análogos.

**CLÁUSULA SEXTA: LOGOS Y EMBLEMAS.** Ninguna de "LAS PARTES" podrá utilizar los logos, nombres y/o emblemas que pertenezcan a la otra parte, sin que medie al respecto previa autorización por escrito.

**CLÁUSULA SEPTIMA: PATRIMONIO.** Los bienes muebles y/o inmuebles de "LAS PARTES" que se destinen al desarrollo de los trabajos conjuntos o los que pudieran agregarse en el futuro, continuarán dentro del patrimonio de la parte a que pertenecen o con cuyos fondos fueron adquiridos, salvo determinación expresa en contrario decidida de común acuerdo.

**CLÁUSULA OCTAVA: DURACIÓN.** El presente Convenio Marco de Cooperación tendrá una duración de CUATRO (4) años a partir del momento de su firma y se renovará automáticamente por iguales períodos de no mediar notificación fehaciente en contrario por alguna de "LAS PARTES".

**CLÁUSULA NOVENA: RESCISIÓN.** "LAS PARTES" tendrán derecho a la rescisión unilateral del presente Convenio en cualquier momento, sin la necesidad de expresión de causa, debiendo comunicar a la otra parte tal decisión en forma fehaciente con una antelación de SESENTA (60) días. La rescisión no dará derecho a formular reclamos de ninguna índole y los trabajos o acciones en ejecución, al producir efecto la denuncia, deberán continuar hasta su finalización,

MS HS

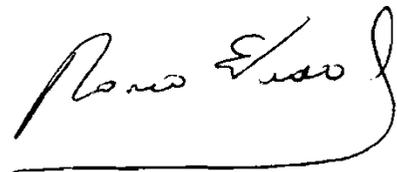
salvo decisión en contrario adoptada de común acuerdo e instrumentada por escrito.

**CLÁUSULA DECIMA: COMPROMISOS ECONÓMICOS.** La celebración del presente acuerdo no implica ningún tipo de compromiso previo de orden económico y/o financiero a cargo de "LAS PARTES".

**CLÁUSULA UNDÉCIMA: RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS.** "LAS PARTES" tomarán en forma conjunta o separada todos los recaudos necesarios para evitar interferencias de toda índole que alteren el normal desenvolvimiento de las actividades emergentes del presente acuerdo; y sus relaciones se basarán en los principios de buena fe y cordialidad. Sin perjuicio de ello, cualquier diferencia derivada de la interpretación o aplicación del presente y sus programas de trabajo específicos, será sometida a la competencia de los Tribunales Federales correspondientes a la jurisdicción de suscripción del presente, con prescindencia de cualquier otro fuero o jurisdicción que pudiera corresponder, constituyendo domicilio en los mencionados en el encabezamiento, donde se tendrán por válidas todas las comunicaciones que se cursen.

En prueba de conformidad, se firman DOS (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la ciudad de La Plata, a los 16 días del mes de Marzo del año 2016.-

  
HORACIO RODRIGUEZ LARRETA  
Jefe de Gobierno  
Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires



## Anexo 6 – ACUERDO MINISTERIOS DE SEGURIDAD CABA Y PBA PARA ANILLO DE SEGURIDAD DIGITAL



Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires



Buenos Aires Provincia  
Ministerio de Seguridad

AUTOPISTAS DEL SOL S.A.

**Sr. MARTIN ANDRES ALFONSO BARBERIS**

Su Despacho

De nuestra mayor consideración:

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud., en el marco de las tareas y acciones conjuntas que se llevan a cabo entre el Ministerio de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires y el Ministerio de Justicia y Seguridad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por las cuales se gestiona la implementación de un "Anillo Digital de Seguridad" en la zona de arterias, puentes y accesos que unen ambas jurisdicciones, empleando nuevas tecnologías de información y comunicación.

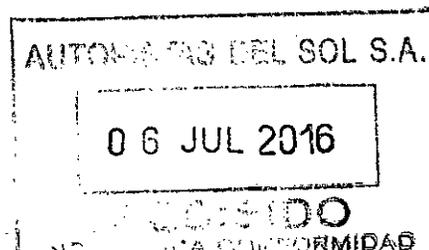
Las obras a realizar contemplan la instalación de cámaras lectoras de patentes (LPR), las cuales serán operadas desde dos (2) Centros de Monitoreo ubicados, según proyecto, en el Norte y Sur de la autopista Av. General Paz.

Para su conocimiento, se acompaña proyecto y documentación técnica referida a las obras de adecuación programadas, a fin de la implementación del "Anillo Digital de Seguridad" antes mencionado.

Como antecedentes inmediatos a la próxima instalación, se menciona que ya se encuentran implementados y en operación, Centros de Monitoreo en la autopista Camino Parque del Buen Ayre y en AUBASA, los cuales se sumarán a la red de la autopista Av. Gral. Paz, para la optimización del "Cordón de Seguridad".

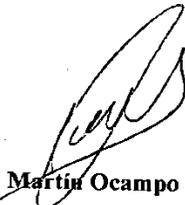
En virtud de lo expuesto, se solicita se sirva prestar las respectivas autorizaciones que habiliten el acceso a la infraestructura existente en traza y para

*Martin Andres Alfonso Barberis*  
fuerte  
mannara



dar inicio y continuidad a las obras necesarias (técnicas, tecnológicas y de infraestructura), todo ello a los efectos expresados en la presente.

Sin otro particular, saludamos a Usted muy atentamente.



**Martín Ocampo**  
Ministro de Justicia y Seguridad  
Gobierno de la Ciudad Autónoma  
de Buenos Aires



**Cristian Adrián Ritondo**  
Ministro de Seguridad  
Provincia de Buenos Aires

## **Anexo7 - MINUTAS DEL TALLER DE COORDINACIÓN DEL GABINETE METROPOLITANO**

### **Minuta del Taller**

El viernes 3 de junio de 2016, en la sede del Gobierno en Parque Patricios, las áreas a cargo de la coordinación del Gabinete Metropolitano organizaron un taller para identificar políticas prioritarias para el AMBA.

Del taller participaron: Fernando Straface, Secretario General y Relaciones Internacionales del GCBA; Bruno Screnci, Ministro de Gobierno del GCBA; Roberto Gigante, Ministro de Coordinación y Gestión Pública de la PBA; Luis Giménez, Subsecretario de Asuntos Metropolitanos e Interjurisdiccionales; Eduardo Ricciuti, Subsecretario UPEAMBA del GCBA; Martín Alessandro, Subsecretario de la Unidad de Gestión del Cumplimiento del GCBA; Pedro Del Piero, Presidente de la Fundación Metropolitana; Fabio Quetglas, Master en Gestión de Ciudades y Desarrollo Local; y Fabián Repetto, Director de Planeamiento Estratégico de CIPPEC, entre otros.

El taller realizado entre funcionarios de la PBA y la CABA y especialistas fortalece una metodología de trabajo, que consiste en generar espacios de discusión con actores relevantes del AMBA, para identificar las mejores herramientas para la gestión de políticas para la región.

### **Agenda**

<b>SESIÓN</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>EXPOSITORES / PARTICIPANTES</b>
Sesión 1	Presentaciones sobre nuevas ideas de política pública para fortalecer la agenda del Gabinete Metropolitano. Foco especial en políticas económicas y sociales.	- Pedro del Piero (Fundación Metropolitana) - Fabio Quetglas (urbanista) - Fabián Repetto (experto en política social)
Sesión 2	Discusión sobre opciones concretas de política en el marco del Gabinete Metropolitano. Acuerdo sobre un listado de iniciativas a impulsar.	- Pedro del Piero, Fabio Quetglas, Fabián Repetto - Roberto Gigante y equipos (PBA) - Bruno Screnci, Fernando Straface y equipos (CABA)
Sesión 3	Trabajo conjunto CABA-PBA con expertos para afinar detalles de las opciones acordadas en la sesión anterior.	Equipos CABA-PBA con Del Piero, Quetglas, Repetto.

El taller comenzó con una presentación a cargo de Martín Alessandro, Subsecretario de la Unidad de Gestión del Cumplimiento del GCBA, en la que se repasaron las acciones que viene realizando el Gabinete desde su creación en diciembre del año pasado. Desde el Gabinete ya se realizaron dos reuniones donde se anunció una agenda cultural conjunta, un anillo de seguridad y el SAME metropolitano.

Más tarde se abordaron diferentes políticas y herramientas de gestión que se encuentran en elaboración, incorporando las reflexiones y consideraciones de los especialistas sobre diversas áreas: Educación, Desarrollo Social, Juventud, Deportes, Cultura para la inclusión, Salud, Empleo y Producción y Vivienda.

### **La exposición de los especialistas**

En primer lugar se realizó una presentación que constó de dos partes: 5 “balizas” para la gestión de políticas metropolitanas, y 6 temáticas donde implementar posibles intervenciones para mejorar la gestión.

Movilidad/Transporte: público y privado, sumado al transporte de cargas y logística cuyos sistemas tienen un nervio motor central: los grandes flujos regionales, sus nodos y la última milla.

Seguridad: el delito demanda coordinar inteligencia, prevención, represión, juzgamiento y sistema penitenciario.

Suelo/Territorio: base para el hábitat, es necesario coordinar su uso.

Residuos: un sistema que es metropolitano por naturaleza y que ya tiene un dispositivo que lo gestiona, la CEAMSE.

Salud: es importante coordinar la oferta regional para aplicar eficazmente los recursos existentes.

Educación: coordinar la oferta y demanda de educación terciaria y superior.

Luego, se describieron cuatro experiencias o formas de trabajar lo metropolitano: la coordinación de gestión, la deliberación metropolitana para ordenar los procesos de gestión, el gobierno multinivel (aquí se dio el ejemplo de Europa donde existen hasta 7 niveles de gobierno) y el Fondo Metropolitano.

También se explicaron los nuevos desafíos urbanos regionales analizando el concepto de redes, que tiende a reemplazar a la lógica de un centro que decide y una periferia que opera. Este nuevo concepto se puede aplicar utilizando la tecnología para facilitar los procesos de gestión metropolitanos.

Seguidamente, hubo una presentación sobre el abordaje de políticas sociales a nivel metropolitano y se destacaron tres enseñanzas de experiencias comparadas:

- No es necesario coordinar todo el conjunto de la política social, sino aquellos aspectos que efectivamente producen sinergias.
- Es importante reconocer las funciones y los recursos que se requieren coordinar.
- El tipo de coordinación requerida y los instrumentos para lograrla varían según el tipo de política o programa.

Luego, se analizaron las claves para que los sistemas integrados de información social sean efectivos: el respaldo normativo y la voluntad política; capacidades técnicas y organizacionales adecuadas; financiamiento del sistema en etapas; y actualización de la información de manera dinámica y periódica con mecanismos de verificación que aseguren su confiabilidad.



## **ANEXO 8 RESOLUCION COCAMBA**

### **COCAMBA**

#### **RESOLUCIÓN N° 1**

##### **RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD - ÁREA METROPOLITANA DE BUENOS AIRES**

Considerando:

Que la prestación de salud en el territorio de la Región Metropolitana de Buenos Aires ha sido el resultante de servicios financiados por las diferentes jurisdicciones que la componen (Nación, Provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Municipios), sin que existan instancias consolidadas de planificación y coordinación;

Que se procura garantizar a los ciudadanos del AMBA accesibilidad universal, equitativa, integral y oportuna a servicios de salud que promuevan la continuidad de cuidados en diferentes niveles de complejidad, que se requiere coordinar el trabajo mancomunado de todas las jurisdicciones intervinientes;

Que la mejora de la atención de la salud en el Área Metropolitana Buenos Aires (AMBA) es una prioridad para los gobiernos de la Nación, de la Provincia de Buenos Aires, y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;

Que dicha política se enmarca en los 100 objetivos prioritarios del gobierno nacional para el actual período de gobierno;

Que el 16 de marzo de 2016, en La Plata, los gobiernos de la Provincia y de la Ciudad suscribieron un convenio de cooperación técnica tendiente a coordinar la atención primaria de la salud y a planificar la informatización del sistema de salud;

Que desde la firma de dicho convenio estas administraciones, han trabajado conjuntamente en la formulación de un proyecto para la implementación de la Historia Clínica Electrónica, de manera interoperable con los centros de la Ciudad de Buenos Aires. Asimismo, se ha lanzado el sistema de atención médica de emergencias en municipios del Gran Buenos Aires (SAME Provincia);

Que se propone desarrollar una Red integrada de servicios de salud, basada en las necesidades de la población, con una atención primaria de la salud adaptada a las características del territorio y articulada de forma intra e intersectorial con otras organizaciones del Estado y de la sociedad civil;

Que este desarrollo habilita a la integración de la red de atención primaria en el AMBA, permitiendo una mejor planificación y prestación de servicios, y una mayor calidad en la atención de los vecinos que son potenciales usuarios del sistema;

Que la postulación a recursos de cooperación, como los establecidos por el Banco Interamericano de Desarrollo para el fortalecimiento de las áreas metropolitanas, resulta prioritario para este fin;

Que los miembros integrantes de la COCAMBA consideran que avanzar en estos lineamientos de coordinación de políticas de salud resulta un objetivo, compartido por las tres jurisdicciones, de mejorar el sistema de salud en el Área Metropolitana Buenos Aires;

## Anexo 9 – DECRETO 1090/2018 – CREACION RED PUBLICA DE SALUD AMBA



### GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

#### Decreto

**Número:** DECTO-2018-1090-GDEBA-GPBA

LA PLATA, BUENOS AIRES  
Viernes 21 de Septiembre de 2018

**Referencia:** 2900-58655/2018

---

VISTO el expediente N° 2900-58655/2018, por el cual se propicia la creación de Red Pública de Salud AMBA en el Primer Nivel de Atención y el Modelo de Convenio de Colaboración y Adhesión para la Implementación de la Red Pública de Salud AMBA en el Primer Nivel de Atención a celebrarse entre la provincia de Buenos Aires y cada municipio, y

#### CONSIDERANDO:

Que la RED constituye un programa integral de fortalecimiento y mejora de la calidad del servicio que prestan los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS);

Que el objetivo de la misma consiste en organizar y desarrollar actividades a fin de mejorar la salud de la población en el primer nivel de atención, que comprendan políticas de promoción, prevención y atención sanitaria, así como también estrategias de abordaje de los determinantes sociales de la salud, a través de una metodología de gestión participativa de la comunidad;

Que, en dicho marco, resulta necesario promover acciones conjuntas con los municipios de la provincia de Buenos Aires a fin de implementar la RED en sus respectivas jurisdicciones;

Que, en consecuencia, corresponde aprobar un modelo de Convenio de Colaboración y Adhesión a suscribir con cada municipio a través del cual se regulen los aspectos necesarios para la ejecución y puesta en funcionamiento de la RED en el ámbito municipal;

Que han tomado intervención en razón de su competencia Asesoría General de Gobierno, Contaduría General de la Provincia y Fiscalía de Estado;

Que el presente se dicta en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 144- proemio- de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires;

Por ello,

LA GOBERNADORA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

DECRETA

ARTÍCULO 1º. Crear la RED Pública de Salud AMBA en el Primer Nivel de Atención cuyos lineamientos generales se consignan en el Anexo I (IF-2018-7260849-GDEBA-DTLMSALGP), el que forma parte integrante del presente.

ARTÍCULO 2º. Aprobar el Modelo de Convenio de Colaboración y Adhesión para la Implementación de la Red Pública de Salud AMBA en el Primer Nivel de Atención a suscribirse entre la provincia de Buenos Aires y los distintos municipios de la Provincia, que forman parte integrante del presente como Anexo II (CONVE-2018-19286506-GDEBA-DTLMSALGP).

ARTÍCULO 3º. Facultar al Ministerio de Salud a aprobar los Convenios de Colaboración y Adhesión para la implementación de la RED Pública de Salud AMBA en el Primer Nivel de Atención que se celebren entre la provincia de Buenos Aires y cada municipio.

ARTÍCULO 4º. Facultar al Ministerio de Salud a dictar las normas complementarias necesarias para la implementación de la RED Pública de Salud AMBA en el Primer Nivel de Atención.

ARTÍCULO 5º. Aprobar los Convenios de Colaboración y Adhesión para la Implementación de la Red Pública de Salud AMBA en el Primer Nivel de Atención, celebrados entre la provincia de Buenos Aires y los Municipios de Ezeiza, Lanús y Morón, cuyos textos forman parte integrante del presente como Anexo III (IF-2018-19155239-GDEBA-DTLMSALGP), Anexo IV (IF-2018-7257689-GDEBA-DTLMSALGP) y Anexo V (IF-2018-7252965-GDEBA-DTLMSALGP), respectivamente.

ARTÍCULO 6º. Dejar establecido que en los sucesivos actos (acuerdos, protocolos, addendas, etc.) que se suscriban como consecuencia del modelo de convenio cuya aprobación se propicia, deberán tomar intervención -con carácter previo a su suscripción- los organismos de asesoramiento y control, cuando corresponda de acuerdo con sus leyes orgánicas.

ARTÍCULO 7º. El presente Decreto será refrendado por los Ministros Secretarios en los Departamentos de Salud, Infraestructura y Servicios Públicos, Trabajo, Economía y Jefatura de Gabinete de Ministros.

ARTÍCULO 8º. Registrar, notificar al Fiscal de Estado, comunicar, publicar, dar al Boletín Oficial y al SINBA. Cumplido, archivar.

Digitally signed by SCARSI Andrés Roberto  
Date: 2018.09.10 15:29:29 ART  
Location: Provincia de Buenos Aires

Andres Roberto Scarsi  
Ministro  
Ministerio de Salud

Digitally signed by GIGANTE Roberto Jorge  
Date: 2018.09.11 15:28:12 ART  
Location: Provincia de Buenos Aires

Roberto Gigante  
Ministro  
Ministerio de Infraestructura y Servicios Públicos

Digitally signed by VILLEGAS Marcelo Eugenio  
Date: 2018.09.12 15:31:30 ART  
Location: Provincia de Buenos Aires

Marcelo Villegas  
Ministro  
Ministerio de Trabajo

Digitally signed by LACUNZA Jorge Roberto Hernan  
Date: 2018.09.17 20:10:14 ART  
Location: Provincia de Buenos Aires

Hernán Lacunza  
Ministro  
Ministerio de Economía

Digitally signed by SALVAI Carlos Federico  
Date: 2018.09.20 15:54:41 ART  
Location: Provincia de Buenos Aires

Federico Salvai  
Ministro  
Ministerio de Jefatura de Gabinete de Ministros

Digitally signed by VIDAL María Eugenia  
Date: 2018.09.21 10:37:25 ART  
Location: Provincia de Buenos Aires

María Eugenia Vidal  
Governadora  
Gobierno de la Provincia de Buenos Aires

Digitally signed by GDE BUENOS AIRES  
DN: cn=GDE BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE  
JEFATURA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS,  
ou=SUBSECRETARIA para la MODERNIZACION DEL  
ESTADO, serialNumber=CUIT 30715471511  
Date: 2018.09.21 10:37:32 -03'00'

**ANEXO I**  
**RED PÚBLICA DE SALUD AMBA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

La RED constituye un programa integral de fortalecimiento y mejoría de la calidad del servicio que prestan los centros de atención primaria de la salud (CAPS).

El objetivo es organizar y desarrollar actividades para mejorar la salud de la población en el primer nivel de atención, tales como los procesos de promoción, prevención y atención sanitaria y las estrategias de abordaje de los determinantes sociales de la salud mediante una metodología de gestión participativa de la comunidad.

A fin de la ejecución y puesta en funcionamiento de la Red, la provincia deberá suscribir convenios específicos con los municipios de la provincia de Buenos Aires.

A partir de allí, el modelo de atención funcionará a través del personal de salud del centro que será organizado en equipos con asignación de población a cargo (nominalización) y de área territorial.

IF-2018-07260849-GDEBA-DTLMSALGP

página 1 de 1

## Anexo II

### CONVENIO DE COLABORACIÓN Y ADHESIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RED PÚBLICA DE SALUD AMBA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Entre la Provincia de Buenos Aires, representada en este acto por el Ministro de Salud, ....., en adelante "EL MINISTERIO", con domicilio legal en la calle 51 N° 1120 de la ciudad de La Plata, y la Municipalidad de \_\_\_\_\_, representada en este acto por su Intendente, \_\_\_\_\_, en adelante "EL MUNICIPIO", con domicilio legal en la calle \_\_\_\_\_, en conjunto denominadas "LAS PARTES", acuerdan celebrar el presente Convenio de Colaboración y Adhesión para la Implementación de la Red Pública de Salud AMBA en el Primer Nivel de Atención:

**CLÁUSULA PRIMERA:** El presente convenio tiene por objeto desarrollar acciones conjuntas tendientes a implementar en "EL MUNICIPIO" la Red Pública de Salud AMBA en el Primer Nivel de Atención.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** "EL MUNICIPIO" se compromete a brindar toda información que "EL MINISTERIO" considere necesaria, a los fines de la planificación y ejecución de LA RED en su jurisdicción.

**CLÁUSULA TERCERA:** "EL MINISTERIO" afrontará los gastos necesarios para la implementación de la Red.

**CLÁUSULA CUARTA:** "EL MINISTERIO" arbitrará los medios necesarios para transferir a "EL MUNICIPIO" las sumas de dinero que se requieran para la ejecución y puesta en marcha de LA RED, de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Incremento salarial de los involucrados en el primer nivel de atención de LA RED (ANEXO B).
- b) Incorporación del nuevo personal por parte de "EL MUNICIPIO" necesario para cumplir con el estándar propuesto en los Centros de Atención Primaria de la Salud – en adelante "CAPS" en base a la cantidad de población objetivo del municipio (ANEXOS A y B).

- c) Gastos para la implementación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) (ANEXO C).
- d) Logística del equipo para el proceso de planificación e implementación.
- e) Los insumos para las actividades comunitarias previstas y acordadas con "EL MUNICIPIO".

Los criterios mencionados quedarán sujetos al cronograma económico consignado en la CLÁUSULA SEXTA.

**CLÁUSULA QUINTA:** "EL MUNICIPIO" se obliga a realizar reportes mensuales que den cuenta de la ejecución de la RED y una rendición de cuentas cuatrimestral respecto de los bienes y destino de los fondos transferidos, conforme a lo establecido en el Anexo D.

**CLÁUSULA SEXTA:** La transferencia de la totalidad de los recursos para afrontar la implementación y ejecución de la RED se realizará una vez cada cuatro (4) meses y durante el periodo de sesenta (60) meses a través de una cuenta especial acordada con "EL MUNICIPIO".

Los montos a transferir por parte de "EL MINISTERIO" a "EL MUNICIPIO" serán decrecientes de acuerdo al siguiente esquema:

- a) 100% durante los primeros 24 meses.
- b) 75% del mes 25 al 36.
- c) 50% del mes 37 al 48.
- d) 25% del mes 49 al 60.

A partir del mes 25, "EL MUNICIPIO" irá afrontando progresivamente las proporciones del gasto que "EL MINISTERIO" vaya dejando de cubrir. Una vez transcurrido el plazo de sesenta (60) meses, "EL MUNICIPIO" se compromete a afrontar la totalidad de los costos de LA RED.

El plazo mencionado precedentemente comenzará a regir a partir del primer mes en que "EL MUNICIPIO" realice las mejoras de las condiciones laborales a los Recursos Humanos existentes en el primer nivel de atención, al inicio del proyecto de La RED.

**CLÁUSULA SÉPTIMA:** Un vez que "EL MINISTERIO" haya ejecutado la obra, será "EL MUNICIPIO" el que mantenga en condiciones óptimas el estado y funcionalidad de los bienes para el normal desenvolvimiento de LA RED. "EL MUNICIPIO" se hará cargo de todos los gastos de mantenimiento y de la contratación de los seguros correspondientes

para los inmuebles construidos o reformados y los bienes adquiridos (mobiliario, equipamiento médico e informático).

**CLÁUSULA OCTAVA:** Finalizadas las obras, "EL MUNICIPIO" deberá dejar indemne a "EL MINISTERIO" ante cualquier daño o perjuicio a terceros derivados del presente convenio, como así también todo aquel daño que se produzca por caso fortuito.

**CLÁUSULA NOVENA:** En toda actividad que se encuentre incluida en el marco de LA RED, "EL MUNICIPIO" deberá utilizar la imagen institucional que "EL MINISTERIO" determine para LA RED en su territorio. Dicha imagen estará asociada, en un formato preestablecido, a la imagen que "EL MUNICIPIO" determine.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** A los efectos de asegurar la correcta ejecución del presente Convenio y de las actividades involucradas en el mismo, LAS PARTES designan como coordinadores: por "EL MINISTERIO" a \_\_\_\_\_ y por "EL MUNICIPIO" a \_\_\_\_\_.

**CLÁUSULA DÉCIMO PRIMERA:** "EL MUNICIPIO" se compromete a proporcionar un espacio físico con capacidad para un máximo de seis (6) agentes, dotado de computadoras, impresoras y servicio de internet para el trabajo de las partes, así como de un automóvil con chofer para traslados dentro del municipio.

**CLÁUSULA DÉCIMO SEGUNDA:** Las tareas y/o actividades a las que dará lugar el presente Convenio podrán ser instrumentadas en Protocolos Adicionales que serán parte integrante del presente, siempre que LAS PARTES así lo determinen, debiendo definirse las tareas que correspondan a cada una de ellas, el modo de su ejecución y los recursos necesarios para cumplir con dicha finalidad.

Los Protocolos Adicionales podrán ser suscriptos por los coordinadores designados en la cláusula décima, o por las autoridades competentes que al efecto "EL MINISTERIO" y "EL MUNICIPIO" determinen.

Los mismos deberán ajustarse a las disposiciones del presente convenio, careciendo de todo valor jurídico la suscripción de aquellos que establezcan términos contrarios a los del presente instrumento.

**CLÁUSULA DÉCIMO TERCERA:** “EL MUNICIPIO” se compromete a implementar y mantener el Modelo de Planificación, Atención y Gestión de la Promoción, Prevención, Atención y Rehabilitación en la comunidad de los CAPS bajo su jurisdicción, de acuerdo a lo establecido en el Anexo A, disponiendo de los recursos necesarios para su implementación.

**CLÁUSULA DÉCIMO CUARTA:** “EL MUNICIPIO” y “EL MINISTERIO” asumen el compromiso de administrar los recursos y facilitar todos los procesos y requerimientos que “EL MINISTERIO” solicite para la ejecución del Plan de infraestructura edilicia municipal establecido en el Anexo E.

“EL MINISTERIO” se compromete a financiar y ejecutar el plan de obras acordado en el referido anexo.

Asimismo, “EL MUNICIPIO” se compromete a diseñar y ejecutar un plan integral para el mantenimiento de los servicios de salud, que garantice la atención con un plan de contingencia durante la ejecución de las obras.

**CLÁUSULA DÉCIMO QUINTA:** “EL MUNICIPIO” autoriza a “EL MINISTERIO” a ejecutar las obras necesarias para la construcción de nuevos inmuebles, conforme a los requerimientos de LA RED. En caso de que el terreno no esté a nombre de “EL MUNICIPIO”, éste deberá presentar un documento que le garantice el uso del mismo por el plazo mínimo de 10 años a partir del mes en que comienza la obra.

**CLÁUSULA DÉCIMO SEXTA:** “EL MUNICIPIO” se compromete a poner a disposición de LA RED los recursos humanos necesarios para gestionar los requerimientos de ingeniería, arquitectura, construcción u otros afines, con el objetivo de:

- Proporcionar la información requerida sobre terrenos municipales para la construcción de nuevos CAPS.
- Gestionar en las reparticiones pertinentes la disponibilidad de terrenos que puedan ser utilizados para este proyecto.
- Proporcionar información sobre los terrenos en donde estén implantados los CAPS existentes.
- Proporcionar o generar los planos de los CAPS existentes.
- Facilitar los procesos para la resolución de problemas técnicos en lo que respecta a la construcción o remodelación de los CAPS.

**CLÁUSULA DÉCIMO SEÉPTIMA:** “EL MUNICIPIO” deberá seleccionar y contratar al personal necesario para adecuarse al estándar propuesto en el Anexo A y B ajustados a su jurisdicción, debiendo afrontar los que dichas contrataciones impliquen. “EL MINISTERIO” colaborará transfiriéndole los fondos necesarios según el esquema presentado en las cláusulas precedentes.

**CLÁUSULA DÉCIMO OCTAVA:** “EL MUNICIPIO” se compromete a remunerar al personal acorde al anexo B. Asimismo los ajustes siguientes los definirá el municipio, según propios acuerdos paritarios a partir de los valores establecidos por la RED.

**CLÁUSULA DÉCIMO NOVENA:** “EL MUNICIPIO” se compromete a adecuar la modalidad de contratación de los recursos humanos en virtud del estándar propuesto por LA RED, dependiendo de las condiciones actuales y dentro del marco legal existente. Asimismo, se compromete a cumplir con el perfil profesional descrito en el Anexo A y con el proceso de inducción y capacitación propuesto por LA RED para las nuevas contrataciones.

**CLÁUSULA VIGÉSIMA:** “EL MUNICIPIO” se compromete a implementar el sistema de información al que hace referencia en el Anexo F dentro de los CAPS de su jurisdicción. En caso de conservar una HCE existente, el mismo será el responsable de realizar las adaptaciones necesarias. Deberá utilizar la plataforma de interoperabilidad que “EL MINISTERIO” determine, para garantizar el intercambio de información relevante a lo largo de toda LA RED, en las condiciones que la normativa vigente así lo determinen.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO PRIMERA:** “EL MUNICIPIO” será responsable por la provisión de conectividad entre los CAPS, el Centro de Datos Municipal y las licencias informáticas de bases de datos necesarias para la implementación de los sistemas de información. Asimismo pondrá a disposición los entornos informáticos requeridos para la instalación de las aplicaciones, bajo las condiciones acordadas con “EL MINISTERIO”.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO SEGUNDA:** “EL MUNICIPIO” se compromete a elaborar en conjunto con “EL MINISTERIO” un procedimiento de planificación de La Red que garantice la continuidad de la información para el cuidado sanitario, un protocolo de seguridad de los datos y otro de contingencia para los casos de caídas del sistema.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO TERCERA:** El presente Convenio tendrá vigencia a partir de su aprobación. LAS PARTES podrán rescindir el Convenio unilateralmente, notificando fehacientemente a la otra con una antelación no menor a sesenta días en el domicilio legal constituido.

**CLÁUSULA VIGÉSIMO CUARTA:** LAS PARTES se comprometen a solucionar, amigablemente, las diferencias que eventualmente se susciten sobre cualquier aspecto relativo a la interpretación y/o ejecución del presente CONVENIO. Si el acuerdo no fuera posible, LAS PARTES se someten a la jurisdicción establecida en el artículo 196 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires y constituyen los domicilios mencionados en el encabezamiento, donde se tendrán por válidas todas las comunicaciones que se cursen.

En prueba de conformidad, y previa lectura se firman dos (2) ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto, en la Ciudad de....., a los.....días del mes de.....del año 2018.

**Anexo A**  
**Modelo de Planificación, Atención y Gestión de la Promoción, Prevención, Atención y Rehabilitación**

**Diseño y Ejecución de la Red Pública de Salud del AMBA**

Se describen los términos bajo los cuales se organizan y desarrollan actividades y servicios para mejorar la salud de la población en el primer nivel de atención, entre ellos los procesos de promoción, prevención y atención sanitaria y las estrategias de abordaje de los determinantes sociales de la salud mediante una metodología de gestión participativa que incluye a la comunidad. El objetivo del modelo es conformar una red de cuidados progresivos integrales por niveles de complejidad, con estándares compartidos en toda la red, para lograr mayor disponibilidad, acceso, aceptabilidad, calidad y participación social.

El alcance del programa es alcanzar el primer nivel de atención en los denominados CAPS, los cuales deben tener una distribución adecuada para garantizar la cobertura territorial de toda la provincia, brindando una accesibilidad tal a la población que tenga un CAPS a menos de 15 minutos de distancia máxima a pie o algún medio público de transporte local relevante.

El modelo de atención se operacionaliza a través del personal de salud que se organiza en equipos de salud (ES) con asignación de población a cargo (nominalización) y de área territorial.

La población objetivo es aquella de cobertura sólo pública que reside en el territorio considerado. En los casos que el municipio pretenda ampliar la RED a otras personas de la seguridad social o la medicina privada, deberán cubrir los costos de estos nuevos destinatarios, los cuales podrá obtener a través de una política local de recupero.

La conformación del ES se describe a continuación:

-Componente **nuclear** del ES: Compuesto por un conjunto de profesionales esenciales responsables del cuidado primario de las personas/familias a cargo. Este componente está integrado por un generalista/de familia, un pediatra, un enfermero/a y promotor-a/agente de salud. El componente nuclear es el articulador que acompaña los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de unas (aproximadamente) 700 familias a su cargo (unas 3.500 personas nominalizadas) y facilita/coordina el cuidado de sus familias/pacientes dentro de la red y los niveles de complejidad mayores al de los CAPS.

-Componente **ampliado** del ES: Es el componente matricial de profesiones/especialidades del centro de salud cuyo objetivo es agregar conocimientos y aumentar la capacidad del equipo nuclear de resolver y aproximar a los problemas de salud y sus determinantes. La proporción de cada una de las especialidades/profesiones en relación a cada equipo nuclear serán acordadas entre las autoridades sanitarias del municipio y de la provincia. Así, por ejemplo se propone un

CONVE-2018-19286506-GDEBA-DTLMSALGP

tocoginecólogo/a cada 3 equipos nucleares. De acuerdo a las condiciones demográficas locales, estas proporciones podrán ser ajustadas.

-Componente **completo** del ES (ES completo): incluye a las personas que trabajan por la salud en el área territorial y que pertenecen a organizaciones gubernamentales o no gubernamentales. De esta manera, se construyen acciones articuladas con referentes del sistema de salud y de otras áreas estatales (Estado) y de la comunidad.

Formal	Médico Generalista	ES Equipo Nuclear	ES Equipo Ampliado	ES Equipo Completo
	Médico Pediatra			
	Enfermero			
	Promotor en salud			
	Tocoginecólogo			
	Obstétrica			
	Odontólogo			
	Trabajador Social			
	Psicólogo			
	Nutricionista			
	Psicopedagogo			
	Farmacéutico			
	Auxiliar de farmacia			
	Fonoaudiólogo			
Personal administrativo				
Voluntaria Como actor interesado en Salud, referenciado a esa comunidad. Puede o no tener vinculación formal administrativa a otras instituciones / organizaciones, dentro o fuera de la estructura formal del estado.	Organizaciones sociales, habitantes de la comunidad, otros organismos del estado, iglesias			

Área de responsabilidad del ES

8

CONVE-2018-19286506-GDEBA-DTLMSALGP

página 8 de 19

Cada ES define integradamente con otros equipos del mismo centro su área de responsabilidad territorial dentro del área de influencia del propio centro de salud. La distribución de las áreas territoriales tiene que ser tal que permita que cada equipo alcance a cubrir el denominador de 700 familias que tengan cobertura sólo pública.

### **El perfil profesional**

El ES deberá ser la puerta de entrada única para la atención de todas las actividades de promoción y prevención y los problemas de salud de la comunidad, excepto en circunstancias de urgencia o emergencia. Los profesionales de cada ES del CAPS deberán realizar su trabajo asistencial en el centro de salud y compartir el desarrollo de actividades territoriales con el resto de los componentes de los equipos.

Si bien cada miembro del equipo tiene funciones diferenciadas de acuerdo a su formación, se detallan las siguientes responsabilidades compartidas:

- Monitorear y evaluar el estado de salud de la población a cargo.
- Proveer servicios de atención primaria, realizando la articulación con otros niveles de atención.
- Comprender los procesos sociales en su territorio, desarrollando un rol activo en la comunidad.
- Desarrollar proyectos y acciones de promoción y prevención de la salud y de cohortes de enfermos particulares en el territorio.
- Prestar asistencia integral a cada familia a partir de la demanda espontánea o de la búsqueda de las personas que no están accediendo al sistema de salud.
- Determinar los distintos niveles de riesgo y/o vulnerabilidad de la salud de cada familia.
- Elaborar estrategias de seguimiento para las familias de acuerdo a los distintos niveles de riesgo y/o vulnerabilidad.
- Realizar un trabajo intersectorial tendiente a canalizar a través del CAPS los problemas identificados.
- Seguimiento de las derivaciones, para mantener un vínculo fluido de referencia – contra-referencia.
- Reuniones con el equipo para la planificación sanitaria.
- Contribuir a la construcción de redes de diferentes organizaciones para potenciar la intersectorialidad en temas de salud.
- Motivar la participación social en la planificación, ejecución y evaluación de acciones en salud, garantizando espacios y mecanismos de participación efectiva.
- Contribuir a la educación de la población para la construcción de capacidades de promoción y prevención de la salud.
- Cumplir con las normas de notificación de las enfermedades de notificación obligatoria.
- Registrar en la HCE tanto las acciones asistenciales como territoriales.

CONVE-2018-19286506-GDEBA-DTLMSALGP

## **Anexo B**

### **De los Recursos Humanos**

#### **Capítulo 1. De las condiciones laborales**

Dado el estándar (ANEXO A), para implementar la Red Pública de Salud AMBA en el primer nivel de atención de manera efectiva e integral, las condiciones laborales de los equipos de salud que la integren serán similares en todo el AMBA. Con ello se busca la equidad en las condiciones, evitar la movilización periódica del personal hacia municipios con mejores condiciones laborales circunstanciales, y lograr que los profesionales actúen en el municipio cercano a su vivienda facilitando el vínculo con la comunidad a cargo.

La RED establece esta **"guía"** que podrá tener adaptaciones locales que se acuerden entre el municipio y la provincia para la estandarización de las **condiciones laborales** de los recursos humanos incluidos en el Plan RED AMBA del siguiente modo:

**Médicos del Equipo Nuclear (Pediatras y Generalistas o de Familia):** se prevé que cumplan una carga horaria de 30 horas semanales, conformadas por 6 horas de capacitación, 16 horas de atención en consultorio y 8 horas de actividad territorial (dirigida a las familias a cargo y a la comunidad).

**Enfermeros:** se prevé que cumplan una carga horaria de 35 horas semanales y planifiquen sus actividades con el equipo de salud al cual fueron asignados.

**Otros Profesionales Sanitarios y Promotores de la salud:** se prevé que cumplan una carga horaria de 30 horas semanales planificando sus actividades con el equipo nuclear de salud.

**No profesionales sanitarios:** se prevé que cumplan una carga horaria de 35 horas semanales.

Los promotores de la salud serán seleccionados preferentemente de entre los que viven en el barrio bajo cobertura de cada ES. El perfil del promotor de salud requerido para la implementación de LA RED será la dispuesta en la Ley N° 14.882 del "Promotor Comunitario en Salud".

Las personas que ya se encontraban en el primer nivel brindando servicios, recibirán la oferta de mejoría de las condiciones laborales bajo el compromiso formal de cumplimiento del modelo de servicio propuesto en el Anexo B Capítulo 1.

La provincia le transferirá al municipio las sumas de dinero necesarias para las mejoras de las condiciones laborales después de que los recursos humanos incluidos en el Plan RED AMBA firmen el nuevo acuerdo y/o contrato de derechos, obligaciones y responsabilidades laborales por un nuevo ingreso económico acorde o equivalente al establecido por la RED.

## **Capítulo 2. Del incremento salarial de los Profesionales actuales**

El incremento salarial se aplicará exclusivamente a los involucrados en el primer nivel de atención de la nómina municipal existente al momento de la entrada en vigencia del presente acuerdo y se realizará de la siguiente manera:

La nivelación salarial entre la remuneración básica se hará efectiva en forma progresiva, acordado en tres partes iguales; siendo el primer aumento el mes en que el municipio realice las primeras mejoras de las condiciones laborales a los RRHH existentes, el segundo seis meses después, y el tercero seis meses después del segundo.

## **Capítulo 3. De las contrataciones de nuevo personal**

El municipio deberá seleccionar y contratar, de ser necesario, el nuevo personal para cumplir con el estándar propuesto (ANEXO A), entre los siguientes profesionales y no profesionales sanitarios:

- Médico/a generalista y/o de Familia
- Médico/a pediatra
- Enfermero/a
- Obstétrico/a
- Odontólogo/a
- Trabajador/a social
- Psicólogo/a
- Nutricionista
- Psicopedagogo/a
- Fonoaudiólogo/a
- Farmacéutico/a
- Auxiliar de farmacia
- Promotor/a de salud
- Administrativo/a

Una vez que el municipio seleccione y efectúe las contrataciones, la provincia transferirá las sumas de dinero necesarias para afrontar los gastos incurridos en las contrataciones del nuevo personal. Estas transferencias tendrán una cadencia temporal de acuerdo a los siguientes parámetros: Siendo el mes uno (1) del municipio el mismo mes descripto como el primer mes de nivelación salarial en el Capítulo 2 del Anexo B, las contrataciones del nuevo personal se harán en forma

progresiva y en cuatro partes similares, en el mes dos (2), el siete (7), el trece (13) y el diecinueve (19).

Dado que se busca fortalecer la accesibilidad de la población a la Red Pública de Salud y que ello es favorecido por la cercanía y el compromiso de los profesionales y el sistema todo, es deseable, aunque no excluyente, que el personal contratado resida en el municipio o sus adyacencias.

**Anexo C**  
**De los requerimientos del Sistema de Información**

La implementación de la "HCE AMBA" procederá en los Centros de Salud y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) dependientes de la municipalidad, para la atención ambulatoria que realicen los mismos.

Para ello el municipio tendrá a su cargo la responsabilidad y provisión de la seguridad de los insumos, infraestructura, datos sanitarios y la accesibilidad a las locaciones establecidas en el presente.

Asimismo, tendrá a su cargo la reparación, reposición y servicio técnico del hardware, como así también todo lo atinente para su debido funcionamiento.

Serán responsabilidad de ambas partes, por intervención conjunta, las siguientes actividades:

- **Implementación:** la provincia aportará el financiamiento del equipo de implementación. A los fines de transferir progresivamente la gestión de la HCE AMBA al municipio, éste dedicará un equipo informático (cuya capacidad y número será acordado con la provincia) para acompañar la implementación. Este equipo tendrá una responsabilidad progresiva hasta hacerse cargo del proyecto en su totalidad una vez finalizada la implementación.
- **Gestión del cambio:** la provincia tendrá a su cargo la provisión de materiales y métodos para capacitación, compuestos por procesos estandarizados, manuales de procedimiento, capacitación y supervisión de la implementación. El municipio intervendrá a través del ejercicio de liderazgos, coordinación y supervisión de profesionales de la salud y personal administrativo de cada centro de atención incluido, como así también a nivel de la secretaría de salud.
- **Mesa de ayuda:** se encontrará a cargo del municipio, la que deberá estar dividida por niveles de complejidad, permitiendo a los usuarios la solicitud de soporte a las tareas administrativas y asistenciales relacionadas con el sistema "HCE AMBA". Deberán atender cada caso en particular, discriminando cada una de las problemáticas y resolviendo las de menor complejidad, derivando a la provincia aquellas que por su complejidad así lo requieran.
- **Auditoría de procesos:** el municipio tendrá a su cargo la ejecución de los procesos estandarizados del sistema "HCE AMBA", con el aporte de personal dedicado y de la auditoría primaria de los mismos.
- **Conectividad:** la calidad y fluidez de la conectividad deberá ser provista y garantizada por el municipio en cada una de las locaciones establecidas para la implementación de la "HCE AMBA".

- **Hosting:** el municipio podrá optar por instalar el conjunto de software en su centro de cómputos, en cumplimiento de determinados estándares internacionales de seguridad informática o utilizar un servicio provisto por la provincia.  
En ambos casos, el municipio será custodio de los datos almacenados y deberá controlar a los usuarios del sistema "HCE AMBA". En caso que decida realizar la gestión desde sus servidores, todos los costos asociados, tanto en licencias, como en recursos humanos, infraestructura y otros, serán cubiertos en su totalidad por ésta.  
La provincia podrá ofrecer sin costo para el municipio un hosting redundante ante contingencias.
- **Confidencialidad y privacidad:** las partes se comprometen a respetar la confidencialidad y la privacidad de la información. Se respetarán los procesos definidos de acuerdo con la legislación y normativa vigentes. Asimismo, se recomienda que todas las personas con acceso al sistema firmen un convenio de confidencialidad.
- **Información sanitaria:** las partes se comprometen a mantener un fluido intercambio de la información relacionada con el sistema de salud, tanto sanitaria, como administrativa, que permita optimizar el funcionamiento del sistema "HCE AMBA", con el objeto de lograr la integración y eficiencia del mismo.

**Anexo D**  
**De las transferencias al Municipio**

Transferencia al municipio								Justificación
	Nivelación salarial	Contrataciones personal	Gasto corriente para implementación de Sistemas de información	Licencias informáticas de Bases de Datos	Logística equipo de planificación e implementación	Mantenimiento de infraestructura la puesta en valor	Insumos actividades Comunitarias	
Mes 1								
Mes 2								
Mes 3								
Mes 4								
Mes 5								
Mes 6								
Mes 7								
Mes 8								
Mes 9								
Mes 10								
Mes 11								
Mes 12								
Mes 13								
Mes 14								
Mes 15								
Mes 16								
Mes 17								
Mes 18								
Mes 19								
Mes 20								
Mes 21								
Mes 22								
Mes 23								
Mes 24								
Mes 25								

Mes 26								
Mes 27								
Mes 28								
Mes 29								
Mes 30								
Mes 31								
Mes 32								
Mes 33								
Mes 34								
Mes 35								
Mes 36								
Mes 37								
Mes 38								
Mes 39								
Mes 40								
Mes 41								
Mes 42								
Mes 43								
Mes 44								
Mes 45								
Mes 46								
Mes 47								
Mes 48								
Mes 49								
Mes 50								
Mes 51								
Mes 52								
Mes 53								

CONVE-2018-19286506-GDEBA-DTLMSALGP

Mes 54								
Mes 55								
Mes 56								
Mes 57								
Mes 58								
Mes 59								
Mes 60								
Total								

**Anexo E: Infraestructura**

En el marco del presente convenio, se proyecta la ejecución de obras en el Municipio de \_\_\_\_\_, en los inmuebles sitios en:

- 1) -----
- 2) -----
- 3) -----
- 4) -----
- 5) -----

Conforme el artículo 4° de la Ley N° 6.021 las obras públicas deberán construirse en bienes que sean de propiedad de la Provincia, o en los que ésta tenga posesión o disponga del uso; y/o que podrán ejecutarse cuando el propietario sea la Nación, una municipalidad o una institución con personería jurídica, pero en esta última circunstancia con la condición de que en caso de disolución, el valor de la obra realizada sea reintegrado en parte proporcional a la inversión efectuada, o que la obra y el terreno pasen a ser propiedad de la Provincia, de acuerdo con lo que reglamente el Poder Ejecutivo; es por ello que las partes acuerdan:

El Municipio se compromete a otorgar el derecho de ocupación y uso gratuito para la ejecución de la totalidad de las obras propuestas en el marco de la implementación de la Red Pública de Salud AMBA en el Primer Nivel de Atención.

La contratación y ejecución de las obras estarán a cargo del Ministerio de Infraestructura de la provincia de Buenos Aires. Las mismas serán financiadas mediante fondos específicamente asignados en el Presupuesto Provincial.

El Municipio declara conocer el anteproyecto de la obra y los compromisos que asumirá una vez finalizada la misma, prestando su plena conformidad. Una vez concluida, la obra será entregada para ser afectada y utilizada conforme a las condiciones establecidas en un convenio a suscribirse posteriormente entre el Municipio y la Provincia.

**Anexo F**  
**De las especificaciones del Sistema de Información.**

La implementación de la "HCE AMBA" ocurrirá en los CAPS dependientes del municipio, para la atención sanitaria que se realice en el mismo.

El municipio brindará toda información que resulte necesaria para la provincia, siempre que se relacione con el objeto descrito en el presente Anexo, y resulte atinente a la puesta en marcha de la "HCE AMBA" en su jurisdicción.

La provincia ofrecerá en cada uno de los puntos de atención de los CAPS donde se implemente el sistema "HCE AMBA", los siguientes recursos:

- **Hardware:** El sistema "HCE AMBA" será de aplicación en computadoras habilitadas e instaladas específicamente para la implementación del mismo. Este compromiso no incluye las licencias del software que fueren complementarios a la propia HCE, como el paquete de office o cualquier otro.
- **Aplicativos Informáticos:** Se trata de las aplicaciones que posee el sistema de "HCE AMBA" que serán aportados por la Provincia y componen la totalidad del sistema de información que está compuesto de:
  - **Historia Clínica Electrónica:** En él se registra el quehacer del ES y permite el acceso a la misma en el momento y a la persona que corresponda.
  - **Gestión de turnos:** Desde este aplicativo se permite la gestión de agendas asistenciales, asignación y consulta de turnos para pacientes.
  - **Apertura de Historia Clínica Electrónica:** Este aplicativo permite realizar la gestión de pacientes en padrones.
  - **Servicios terminológicos y tablas maestras:** Se trata de diccionarios comunes que permite la gestión de información utilizada por el sistema de información clínico. Se incluirá en las mismas: personas, lugares físicos, profesionales, áreas jerárquicas, roles y funciones y clasificación de enfermedades, determinantes sociales y actividades comunitarias.
  - **Gestión de Fármacos:** Incluye la gestión informática de las especialidades medicinales, productos médicos, drogas y fármacos en general.
  - **Actualizaciones del Software y soporte técnico relacionado:** Incluye las actualizaciones del sistema "HCE AMBA" y la cobertura de las necesidades de uso acordadas con el Municipio.
  - **Capacitación:** El grupo humano recibirá la capacitación necesaria para llevar adelante la puesta en marcha, así como para alcanzar una utilización eficiente del sistema informático y luego la autonomía en el uso a largo plazo.