MODELO CÓRDOBA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Marcela Marramá, Kevin Damiano

Dirección de Atención Primaria de la Salud
Subsecretaría de Bienestar Integral
Secretaría de Salud
Municipalidad de Córdoba

Marramá, Marcela
Modelo Córdoba de Atención Primaria de la Salud / Marcela Marramá ; Kevin Damiano. - 1a ed., 2026.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-631-01-6808-1

1. Acceso a la Salud. 2. Gestión Pública. I. Damiano, Kevin II. Título
CDD 613

Subsecretaría de Bienestar Integral, Secretaría de Salud, Municipalidad de Córdoba
Ciudad de Córdoba, 2026. 61 pp.
Municipalidad de Córdoba, Argentina.



Este material fue hecho para compartir.
Se permite la reproducción total o parcial por cualquier método, citando la fuente

Edición
Lic. Kevin Damiano

Textos y registro fotográfico de Act. Comunitarias
Equipos de trabajo de los proyectos “Las Lilas”, “Mujeres en Movimiento”
“Taller de la Imaginación”, “Consejo de Jóvenes de Empalme”

Colaboradores
Ing. María Eugenia Delgado
Dra. Marcela Robledo
Dra. Ana Godoy
Med. Marianela González Moa
Equipo de Comunicación de la Secr. de Salud

AUTORIDADES



Intendente de la Ciudad de Córdoba
Dr. Daniel Passerini



Secretario de Salud
Dr. Ariel Aleksandroff



Subsecretaria de Bienestar Integral
Mgtr. Marcela Marramá

Directora de Atención Primaria de la Salud
Dra. Patricia Álvarez

Directora de Planificación
Camila Pérez

Director de Programas
Lic. Kevin Damiano

Directora General de Cuidados Integrales
Dra. Marcela Robledo

Director de Coordinación Tecnológica
Ing. Maximiliano Dall´Aglio

sumario

p3
Prefacio: La Gestión del Sentido

p5
Red de Salud Pública Municipal

p9
La Atención Primaria de la Salud como estrategia central de Salud Pública

p13
Enfoque de Gestión

p16
Principios de Gestión del Modelo Córdoba

p21
El Abordaje Territorial y Comunitario de la APS

p59
Palabras finales

PRINCIPIO 1 – **ANCLADA AL TERRITORIO Y A LA COMUNIDAD**

p19 Jerarquizar las Actividades Comunitarias: Herramienta digital de trabajos territoriales

PRINCIPIO 2 – **CENTRADA EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA**

p31 Implementar espacios de monitoreo de Líneas de Cuidado Priorizadas 23/25
p32 Gestando Salud
p35 Hipertensión
p39 Cáncer Cervicouterino

PRINCIPIO 3 – **BASADA EN LA COGESTIÓN**

p45 Captación de liderazgos genuinos de los equipos de APS
p47 Jerarquizar los equipos de salud: Diplomaturas Universitarias diseñadas íntegramente.
p49 Participación comunitaria: Foros Comunitarios de Salud

PRINCIPIO 4 – **ORIENTADA A LA GESTIÓN DEL CAMBIO**

p53 El proceso de transformación digital de la Red de Salud Municipal
p55 Devolución de datos: primer Boletín Epidemiológico Digital de APS
p57 Recetando Salud: Garantizar la Cobertura pública exclusiva de tratamientos farmacológicos

Prefacio

La gestión del sentido

Lic. Kevin N. Damiano

Las transformaciones sociales, demográficas, epidemiológicas y ambientales del siglo XXI interpelan a los sistemas de gobernanza con mayores demandas de respuestas integrales y sostenidas en el tiempo.

El campo de la salud y en particular el de la salud pública no es ajeno a estas dinámicas de cambio, y en estos lugares, es nuestra responsabilidad reflexionar desde dónde estamos pensando el "cuidado de la salud", la forma en que se construye y los sentidos que la cimientan. Algunas de estas respuestas – muchas veces presentadas como neutrales u ortodoxas – se esconden bajo ropajes tecnocráticos, y tienden a constituirse como si estuvieran libres de posicionamientos, cuando en realidad son en sí mismos ejercicios de poder.

En esta particularidad, existe un espacio donde los trabajadores de la salud disputan esos sentidos sobre la salud, la población y el rol del Estado: la Atención Primaria de la Salud (APS).

La Atención Primaria de la Salud no es sólo una política pública específica, ordenadora y garante de la organización de servicios de la salud, sino una estrategia para hacer de la salud un derecho humano. Hacer de los sistemas sanitarios que la encauzan, redes centradas en las personas y sus comunidades; y dotadas de autonomía para delimitar y responder soberanamente a las "cuestiones de salud".

Caeríamos en un error epistémico si definimos solamente a la APS como un conjunto de servicios, desconociendo su capacidad para transformar prácticas, integrar saberes y reconocer a la comunidad como protagonista activa de sus propios procesos de cuidado dentro de un territorio que les pertenece.

En esta tríada salud/población/Estado, el territorio juega un rol fundamental porque se constituye como el espacio donde se operativiza la atención primaria de la salud. Los centros de salud y los trabajadores de la salud ubicados en las periferias, actúan como dispositivos que articulan desde dimensiones asistenciales, a aquellas que tienen que ver con la prevención y promoción de los procesos longitudinales de cuidado, hasta dimensiones más complejas que atraviesan proyectos de vida.

El sentido que produce la APS es por lo tanto preciso: no se agota en una definición de salud como ausencia de enfermedad, sino que la comprende como un proceso situado, inseparable de las tramas sociales y territoriales en las que se inscriben las personas y sus historias de vida.

En este marco, el **territorio** deja de ser un mero escenario para convertirse en un espacio de articulación y tensión, donde confluyen prácticas y condiciones de vida que configuran las formas de bienestar individual y colectivo.

Más que detenerse en lógicas deterministas —como las desarrolladas por las organizaciones internacionales o los sanitaristas clásicos—, busca expresar creativamente relaciones en permanente construcción, atravesadas por disputas, desigualdades y modos diversos de habitar y significar la salud.

Las páginas en este documento apuntan a recoger de modo sintético las políticas en Atención Primaria de la Salud llevadas a cabo durante los dos primeros años de gestión 2024 y 2025 de la Subsecretaría de Bienestar Integral a cargo de la Mgtr. Marcela Marramá.

Estas políticas no están desconectadas de un sentido u otro, responden a una lectura —aunque no acabada— de los procesos históricos de cuidado que se llevan a cabo por sus equipos y trabajadores de salud en sus distintos espacios de gestión.

Estas políticas sistematizadas bajo cuatro principios de gestión constituyen un modelo cuyo objetivo es fortalecer la Atención Primaria de la Ciudad de Córdoba: APS anclada en el trabajo territorial y comunitario, APS centrada en la planificación sanitaria, APS basada en la cogestión y APS orientada a la gestión del cambio.

Este modelo no constituye una experiencia acabada ni cerrada, sino que el lector encontrará en las páginas siguientes la constante construcción y reinvención de las estrategias que dieron/dan forma al Modelo Córdoba y su recorrido iniciado, los aprendizajes y sus desafíos a futuro.

Por último, pero no menos importante, el lector encontrará en este modelo una experiencia replicable, no solamente en términos de política pública como herramienta de gestión sino como marco de reflexión de los sentidos que las sostienen y una forma específica de comprender la Atención Primaria de la Salud.

Son estos sentidos los que configuran qué problemas se vuelven visibles, qué intervenciones se consideran legítimas y qué sujetos son los habilitados para actuar.

Red de Salud Pública Municipal

Ciudad de Córdoba y los desafíos de la descentralización

La Ciudad de Córdoba está ubicada en el centro del país. Fundada hace 452 años, es hoy un abanico de historias e identidades. El río Suquía la atraviesa de Oeste a Este, seccionando a la ciudad en dos, mientras que en su corazón urbano, sigue su curso hacia el suroeste, el cauce del arroyo “La Cañada”. “La Docta”, nombre popular ligado a su histórica tradición universitaria, está estructurada en un damero clásico a ambos márgenes del río, extendiéndose hacia localidades con las cuales conforman hoy el Ente Metropolitano de Córdoba.

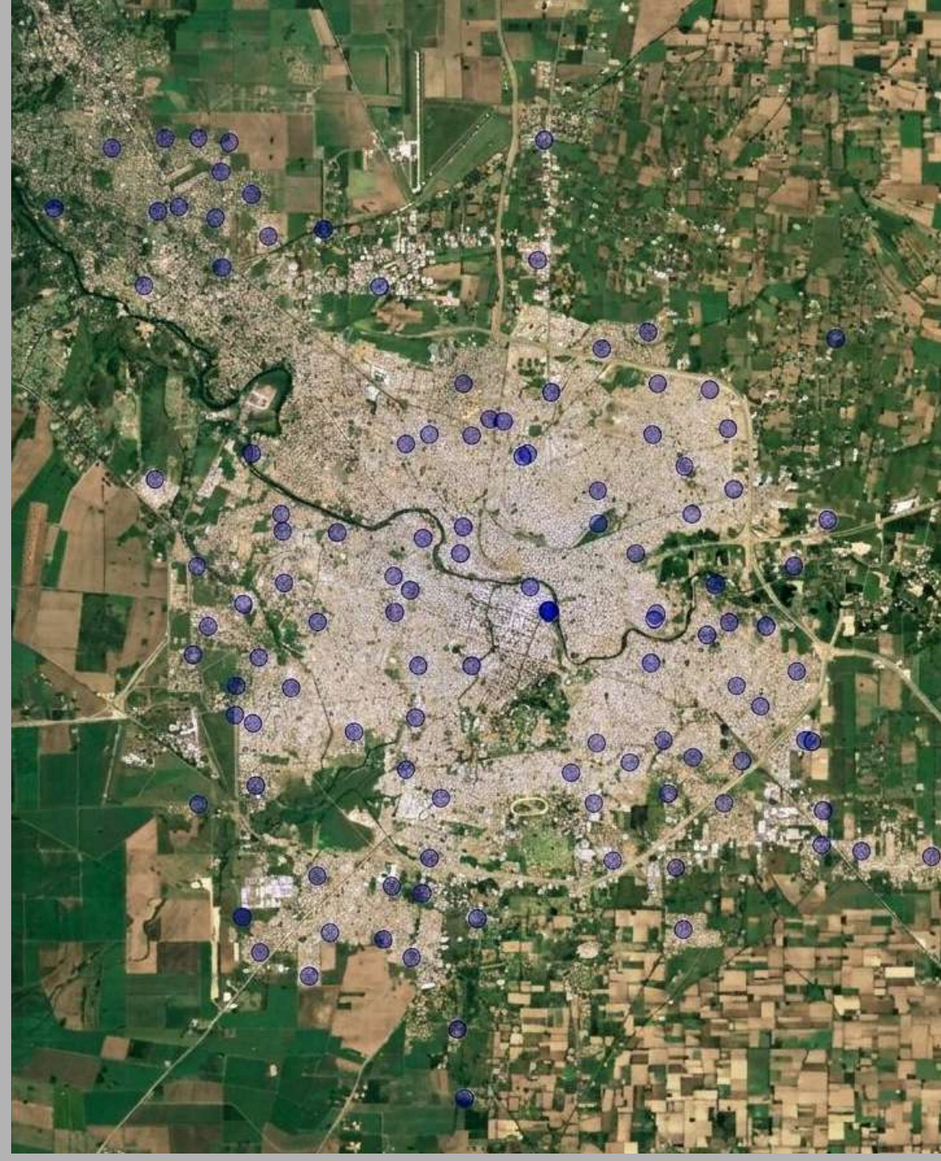
Córdoba es la segunda ciudad del país en población con 1.498.823 habitantes; lo que es un 12% más de crecimiento con respecto al censo anterior del año 2010. Es considerada una de las ciudades más grandes de Latinoamérica con más de 545 barrios oficiales extendidos en 576 km², triplicando incluso a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de 203 km² y asemejándose a grandes metrópolis como Chicago, Madrid o Yakarta.

Desde sus comienzos, la ciudad de Córdoba se caracteriza por ser un polo universitario y conviven tres sistemas educativos: Nación, Provincia y el municipal compuesto por 38 escuelas y 38 jardines maternales. Entre sus ocho universidades se destaca la Universidad Nacional de Córdoba fundada en 1613 y reconocida por su trayectoria. Se suman 5 Parques Educativos Municipales, ubicados en áreas suburbanas sensibles.

Para la descentralización del municipio se encuentran 16 Centros de Participación Comunal (CPC) con sus respectivoscentros operativos para atender el mantenimiento urbano e infraestructura barrial en cada zona de la ciudad.

La ciudad cuenta con una provisión importante de servicios esenciales: redes formales de agua potable, energía eléctrica, educación, salud, recolección e higiene urbana, mantenimiento de espacios verdes y seguridad; pese a que sus condiciones de desarrollo reflejen limitaciones estructurales propias de un país en desarrollo.

En términos de desarrollo social e infraestructura urbana, la ciudad de Córdoba presenta históricamente un desarrollo marcadamente heterogéneo y desigual, propio de una ciudad socialmente diversa con predominio de un crecimiento urbano horizontal. Conviven áreas consolidadas con un alto acceso a servicios urbanos, junto a sectores que arrastran déficits históricos en infraestructura básica, hábitat y desarrollo territorial.



Estas desigualdades estructurales impactan de manera directa en la calidad de vida, la salud ambiental y las oportunidades de desarrollo en algunos sectores vulnerables y de menores ingresos. A ello se suma la presión que el crecimiento urbano ejerce sobre las demandas de salud para toda la población, lo cual exige estructurar un sistema municipal de salud ordenado y con capacidad de respuesta.

Organización del Sistema de Salud Municipal

La red de salud pública está integrada por tres jurisdicciones: Sistema Nacional de Salud, Sistema Provincial de Salud y el Sistema Municipal de Salud. Este último cuenta con más de 120 instituciones, destacándose por su tamaño y desempeñando un papel fundamental en la salud de la población de Córdoba. Se estructura en tres niveles de atención orientados a garantizar el acceso a servicios de salud diferenciales, la eficiencia en el uso de los recursos y la longitudinalidad del cuidado de la persona.

Este esquema se diseñó siguiendo el modelo estratégico de gestión de redes integradas de los sistemas de la salud propuesto por la OMS. En el caso de la Ciudad de Córdoba, dada la extensión urbana se ha implementado además una estrategia de regionalización del gobierno que establece seis zonas sanitarias en las que se ubican los establecimientos municipales de salud.

Primer Nivel de Atención

Corresponde a la Atención Primaria de la Salud (APS), tiene a su cargo 100 centros de salud conformando la red más grande de Latinoamérica. También componen este nivel, los consultorios odontológicos distribuidos en cada uno de los Centros de Salud y los dispositivos de salud mental y consumo problemático.

Este primer nivel de atención se concibe como la puerta de entrada al sistema y es el ámbito privilegiado e ineludible para la promoción de la salud, la prevención y la resolución de la mayor parte de las demandas sanitarias de la población, a través de programas sanitarios con población a cargo. Esta organización permite que los efectores sanitarios de este nivel, distribuidos estratégicamente en los distintos sectores de la ciudad, actúen como nodos de referencia territorial, articulando con los efectores del segundo nivel.

Salud Mental y Consumo Problemático

El municipio cuenta con 6 Centros de Acompañamiento en Salud Mental y adicciones: “Las Aldeas”, “Lazos”, “Jaire”, “Tramas”, “Raíces” y un próximo centro “Ituzaingó Anexo”. Estos espacios cuentan con el servicio de escucha y orientación, donde se realiza la valoración de cada caso y el acompañamiento clínico. Asimismo se brinda servicio de escucha y orientación mediante abordajes individuales y grupales, como así también talleres abiertos a la comunidad y cursos de oficio.
Integran esta estrategia 5 Puntos de Encuentro Comunitarios (PEC) en constante articulación con organizaciones de la sociedad civil y dispositivos comunitarios con espacios de trabajo y talleres específicos en la materia. Los distintos dispositivos funcionan bajo la jerarquización de la Subsecretaría de Salud Mental y Adicciones.
En el año 2024 se lanzó la línea telefónica de contención, escucha y orientación en salud mental y adicciones. Este servicio es confidencial y funciona diariamente las 24 hs. articulando con la línea de urgencia en salud Mental dependiente del Hospital Laura Bonaparte, referente nacional en salud mental.

Segundo Nivel de Atención

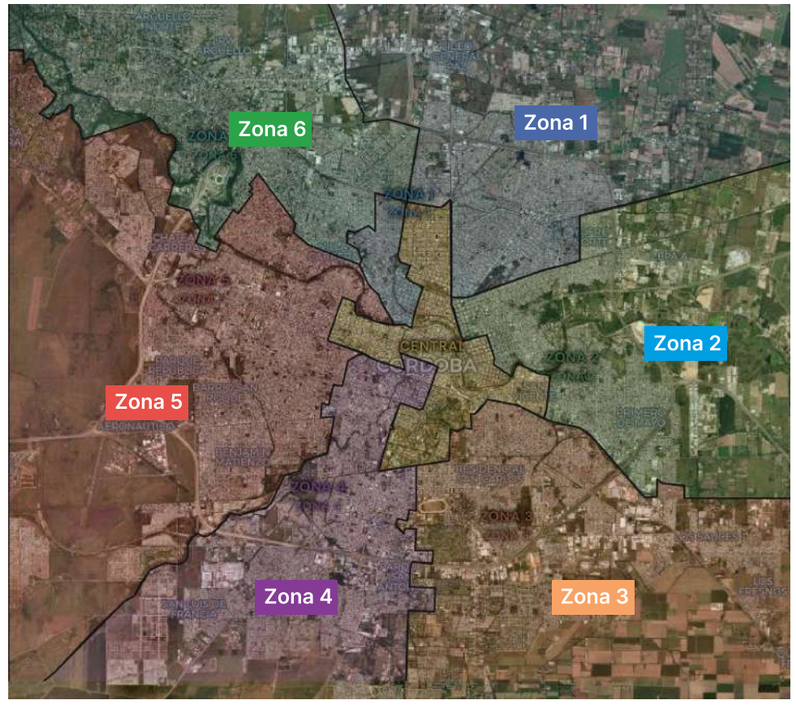
El segundo nivel de atención se compone de tres sedes de especialidades médicas contando con 33 especialidades (DEM), la Dirección de Medicina Preventiva, El Servicio Odontológico Municipal (SOM), un centro para urgencias odontológicas SOM 24hs. Se complementa a nivel hospitalario con 4 hospitales descentralizados de pronta atención: “COMIPAZ”, “Madre Teresa de Calcuta”, “San Jorge” y “Cura Brochero”, los cuales están distribuidos estratégicamente en la Ciudad de Córdoba para reforzar la respuesta a las emergencias y urgencias. Este segundo nivel está orientado a la atención especializada ambulatoria y a la internación de mediana complejidad, funcionando como instancia de referencia para los equipos del primer nivel.

Tercer Nivel de Atención

El tercer nivel o nivel hospitalario concentra las prestaciones de mayor complejidad diagnóstica, terapéutica y tecnológica integrando efectores de referencia como el Hospital Príncipe de Asturias en la zona sur de la ciudad, el Hospital Infantil Municipal y el Hospital de Urgencias Municipal ubicado en zona centro de la ciudad. Dentro de éste último funciona la Unidad de Procuración de Órganos y Tejidos reconocida nacionalmente, haciendo posible el trasplante y la donación de órganos.

Otras instituciones y efectores de la Secretaría de Salud

Finalmente, complementan estos tres niveles, la Dirección de Emergencias y Urgencias 107 que brinda atención médica de urgencia y emergencia (prehospitalaria) en la vía pública operando las 24 horas del día, el Laboratorio Farmacéutico Municipal dotado de una infraestructura considerable que cumpliendo con criterios reconocidos nacionales de calidad; la Dirección de Coordinación Tecnológica; la Dirección de Epidemiología Municipal; La Dirección General de Cuidados Integrales a cargo de los operativos y programas sanitarios extramuros, la Dirección de Calidad Alimentaria y su Laboratorio de Bromatología, la residencia de larga permanencia para adultos mayores Hogar Padre La Mónaca y el Banco de Sangre Municipal.





La Atención Primaria De la Salud como estrategia central de Salud Pública

Mgtr. Marcela Marramá
Subsecretaria de Bienestar Integral

La Atención Primaria de la Salud ocupa un rol estratégico como principal ámbito de contacto con la población y como espacio privilegiado para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención integral de las personas a lo largo del curso de vida.

En este marco, se prioriza la gestión del cuidado, la continuidad de la atención y el seguimiento longitudinal, así como la vigilancia en salud pública, la detección temprana de eventos sanitarios y la respuesta oportuna ante emergencias y brotes. La Atención Primaria de la Salud se consolida, de este modo, como el principal ámbito de resolución de las necesidades de salud de la población y como articulador del conjunto del sistema.

El Modelo de Atención Primaria de la Salud de la Ciudad de Córdoba constituye la estrategia central de gestión y organización del sistema de salud municipal, orientando de manera integral las políticas públicas, la asignación de recursos y las prácticas sanitarias hacia las personas, las familias y las comunidades, con un enfoque territorial, integral y equitativo. El modelo reconoce a la salud como un derecho humano fundamental y define al Estado municipal como garante de su cumplimiento, asumiendo la rectoría del sistema de salud local y promoviendo políticas orientadas a la reducción de inequidades en salud, el fortalecimiento de la cohesión social y la mejora sostenida de los resultados sanitarios.

Desde esta perspectiva, la Atención Primaria de la Salud no se concibe únicamente como un nivel de atención, sino como el eje estructurante del sistema de salud, a partir del cual se organiza la red de servicios, se definen prioridades sanitarias y se orienta la toma de decisiones en función de las necesidades reales del territorio.

Para lograrlo, la Atención Primaria de la Salud se fundamenta en los principios de equidad, solidaridad, integralidad, participación social, calidad y sostenibilidad, incorporando de manera transversal el abordaje de los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud mediante acciones intersectoriales que permitan incidir sobre las causas estructurales de los problemas sanitarios.

La gestión de este modelo se apoya de manera central en el análisis sistemático de la situación de salud de la población como herramienta estratégica para la planificación y la toma de decisiones. Este análisis permite comprender de forma integral el estado de salud de la comunidad, identificar inequidades territoriales y reconocer los principales problemas sanitarios.

Un conocimiento profundo y actualizado del territorio constituye la base para priorizar intervenciones, asignar recursos de manera equitativa y eficiente y diseñar estrategias ajustadas a las particularidades locales, evitando acciones fragmentadas o desvinculadas de las necesidades reales de la población.



Este enfoque permite orientar las políticas y las intervenciones hacia resultados sanitarios concretos, mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios y reducir brechas de atención. Asimismo, **la toma de decisiones también se concibe como un proceso participativo y transparente, que incorpora la perspectiva de los equipos de salud, la comunidad y otros sectores involucrados, fortaleciendo la legitimidad de las políticas públicas y la corresponsabilidad social.**

Un sistema de salud basado en la Atención Primaria de la Salud requiere, además de una gestión eficiente, un liderazgo claro, estratégico y transformador, capaz de definir el rumbo del sistema, alinear a los distintos actores y sostener los procesos de cambio en el tiempo.

En el Modelo de Atención Primaria de la Salud de la Ciudad de Córdoba, el liderazgo resulta fundamental para consolidar a la APS como estrategia organizadora del sistema, priorizar la equidad, fortalecer el enfoque territorial y garantizar la integración de los distintos niveles de atención.

Por último, la decisión política de invertir de manera sostenida en la Atención Primaria de la Salud constituye un componente clave para la consolidación del modelo y para la garantía efectiva del derecho a la salud. La evidencia demuestra que los sistemas que priorizan la inversión en la Atención Primaria de la Salud logran mejores resultados sanitarios, reducen inequidades y utilizan los recursos de manera más eficiente, al resolver la mayor parte de las necesidades de salud en el territorio y disminuir la demanda de servicios de alta complejidad.

Esta inversión estratégica se expresa en el fortalecimiento del primer nivel de atención, el desarrollo del recurso humano, la disponibilidad de infraestructura adecuada, medicamentos esenciales, tecnologías apropiadas e innovaciones organizacionales y digitales, alineadas con los objetivos del modelo.

En este marco, el Modelo de Atención Primaria de la Salud de la Ciudad de Córdoba fortalece la capacidad del sistema de salud local para responder de manera integrada y oportuna a los desafíos sanitarios actuales y futuros, incluyendo las inequidades territoriales, el envejecimiento poblacional, el aumento de las enfermedades crónicas, la creciente demanda de cuidados continuos y las emergencias de salud pública.

En síntesis, la Atención Primaria de la Salud, sostenida por el análisis de la situación de salud, el liderazgo estratégico y la decisión política de invertir en el primer nivel de atención, constituye la base para un sistema de salud más equitativo, resolutivo, resiliente y centrado en las personas, capaz de generar transformaciones sostenidas y mejorar la calidad de vida de la población de la ciudad de Córdoba.

Desde nuestro lugar, reafirmamos nuestra convicción de que fortalecer la Atención Primaria es fortalecer el sistema de salud en su conjunto, es cuidar mejor, es construir, desde lo local, un Estado presente que garantice un mayor bienestar integral.

Enfoque de gestión



DESDE	HACIA
Escritorio	Territorio
Multidisciplina	Transdisciplina
Tareas fragmentadas	Procesos ordenados
Sectorial	Red integrada
Táctico	Estratégico

Gestionar a partir de las fortalezas

Hay preguntas que probablemente acompañan toda experiencia humana: ¿Qué nos impulsa a hacer lo que hacemos? y ¿Por qué hacemos lo que hacemos? Quizás todas las personas, en algún momento, hayan intentado responderlas desde la individualidad, y a veces las respuestas a esas preguntas se encuentran en propósitos colectivos. Apuntalar la Atención Primaria de la Salud fue nuestro propósito.

Este propósito no se agota en una mera responsabilidad pública, se basa en una profunda convicción: la Atención Primaria de la Salud es la estrategia más acertada como política pública institucionalizada para responder a nuestras propias realidades como ciudad y la de las comunidades.

Para transitar este camino se partió de una premisa fundamental: gestionar no es aplicar recetas, es trabajar con perspectiva a largo plazo; lo que permite que las medidas que se tomen se sostengan en el tiempo, funcionen de la mejor manera y se puedan adaptar a cada uno de los contextos.

Bajo este enfoque también fue necesario incorporar nuevas miradas o herramientas provenientes de las ciencias sociales, abordar nuevas perspectivas que demandan los tiempos actuales, tales como: la centralidad de las actividades comunitarias en los procesos de cuidado colectivos, la transición hacia estrategias de salud sexual integral con perspectiva de derechos, el abordaje de problemáticas de salud mental mediante dispositivos comunitarios, entre otras.

En el análisis de situación inicial el sistema presentaba debilidades y fortalezas en las cuales apoyarse:

Demandas urgentes: Equipos atravesados por dinámicas de trabajo marcadas por la inmediatez y la resolución cotidiana de demandas urgentes. Esta lógica dificulta la posibilidad de planificar, analizar procesos y construir estrategias sostenidas en el tiempo, y por ende, obstaculiza la posibilidad de definir ejes prioritarios en el territorio y a nivel central.

Fragmentación de redes internas: Habla de dinámicas sedimentadas desde hace tiempo, pérdida de vínculos de trabajo y el aislamiento de áreas estratégicas, equipos o disciplinas que no son permeables al entendimiento colectivo de lo que significa la estrategia de APS en la Ciudad de Córdoba. Esta fragmentación en parte responde a que los equipos tuvieron que autogestionarse durante mucho tiempo al no contar con lineamientos claros de una estrategia común.

Pérdida de vínculos con la comunidad: Tiene que ver con la definición de territorio adoptada por este enfoque de gestión, definiéndolo como un espacio social, dinámico y construido en red, atravesado por conflictos, desigualdades y particularidades de cada uno de los barrios donde se ubican los Centros de Salud. Ya sea por la pérdida de motivación o por la naturalización de ciertas prácticas expulsivas algunos equipos perdieron el vínculo con su comunidad, careciendo de herramientas para discutir las problemáticas territoriales de salud.

Junto a estas dificultades también hay fortalezas sumamente valiosas sobre las cuales sostener los procesos de transformación.

Trabajadores de la salud con trayectoria en APS
La Atención Primaria de la Ciudad de Córdoba cuenta con equipos y profesionales con una amplia trayectoria, profundo conocimiento del territorio, capacidad de gestión y experiencia en el abordaje interdisciplinario de problemáticas complejas. Muchos de ellos se han constituido a lo largo de los años en referentes dentro de sus equipos y comunidades, no solo por sus saberes sino también por su capacidad de crear vínculos, organizar estrategias de trabajo y dar respuestas en contextos adversos. Reconocer y jerarquizar estos liderazgos resulta fundamental para este enfoque de gestión promoviendo que ocupen espacios estratégicos dentro de la organización institucional.

Anclaje comunitario y capacidad para construir redes locales
Equipos de salud que sostienen una fuerte mirada territorial y una histórica capacidad para construir vínculos y redes de trabajo con la comunidad e instituciones barriales: centros vecinales, clubes deportivos, escuelas, organizaciones sociales, espacios comunitarios, religiosos y que resultan fundamentales para abordar problemáticas propias del territorio que exceden lo estrictamente sanitario.

En conclusión, el fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud implica consolidar un enfoque de gestión que entienda a la APS en su anclaje territorial, promueva el abordaje interdisciplinario e intersectorial, oriente los procesos hacia instancias más ordenadas y sea capaz de generar espacios para la definición de políticas estratégicas junto a los propios equipos de salud y la comunidad.

La APS no puede pensarse desde enfoques exclusivamente verticalistas ni desde respuestas inmediatas; por el contrario, este enfoque de gestión parte de la idea de que construir procesos de cambio requiere tiempo, institucionalizar procesos y una construcción permanente con quienes sostienen cotidianamente el sistema de salud.

Principios de Gestión

Modelo Córdoba de APS

La sistematización contenida en este modelo se organiza en torno a cuatro principios de gestión que buscan dar cuenta del "cómo". Lejos de parecer una formulación totalizante, los principios pretenden constituirse como un recorte parcial pero posible de ciertas lógicas de trabajo, políticas o intervenciones que, de otro modo, quedarían dispersas en el trabajo cotidiano.

Más que ofrecer una receta, la propuesta gira en torno a ordenar una experiencia situada, reconociendo tanto sus condiciones de posibilidad a futuro como sus límites. Por ello, los principios no surgen a priori, sino de un proceso en constante revisión y producto de la coproducción de conocimiento en el ámbito de la Subsecretaría de Bienestar Integral con la Atención Primaria de la Ciudad de Córdoba.

Por ello, su valor está dado por su capacidad para ser replicados, como también por su potencial para ser apropiados, reinterpretados y tensionados en otros contextos u otros lugares. En este punto entran en juego los marcos de sentido como modo de pensar la atención primaria.

Los principios de este modelo son: Atención Primaria de la Salud anclada al territorio, Atención Primaria de la Salud centrada en la planificación sanitaria, Atención Primaria de la Salud basada en la cogestión con los equipos de salud y Atención Primaria de la Salud orientada a la gestión del cambio.

ANCLADA AL TERRITORIO Y A LA COMUNIDAD

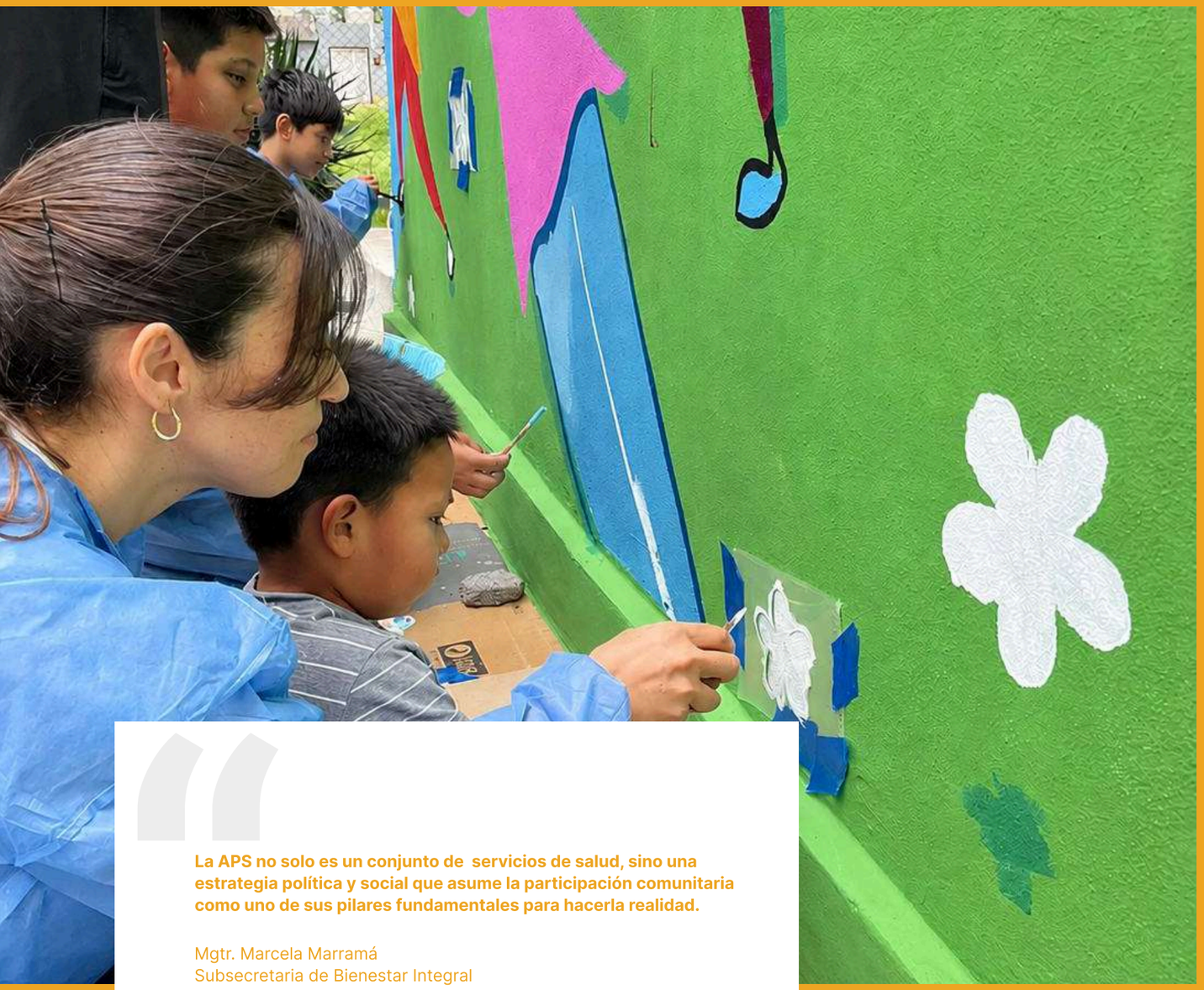
CENTRADA EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA

BASADA EN LA COGESTIÓN

ORIENTADA A LA GESTIÓN DEL CAMBIO

APS **Modelo Córdoba**

PRINCIPIO 1



La APS no solo es un conjunto de servicios de salud, sino una estrategia política y social que asume la participación comunitaria como uno de sus pilares fundamentales para hacerla realidad.

Mgtr. Marcela Marramá
Subsecretaria de Bienestar Integral

Anclada al territorio

y a la comunidad

Una atención primaria anclada al territorio y la comunidad supone reconocer que la salud no se produce exclusivamente dentro de las instituciones sanitarias. Esto implica pasar de una lógica centrada en la oferta de servicios a una comprensión más situada de los procesos de salud. Esto es justamente lo que realizan los centros de salud municipales al trabajar mediante intervenciones con la comunidad. Las políticas deben apuntar a visibilizar y fortalecer esta forma de abordar la salud colectiva.

POLÍTICA

HERRAMIENTA DE
ACTIVIDADES COMUNITARIAS

Jerarquizar el trabajo comunitario en APS

Jerarquizar el trabajo comunitario en APS: Herramienta de Actividades Comunitarias

Escenario

La red de atención primaria de la Ciudad de Córdoba habilita la intervención territorial: los Centros de Salud se encuentran ubicados allí donde viven las personas. Es a través de la APS que se puede llevar adelante el abordaje de los determinantes sociales de la Salud, a través de acciones y proyectos comunitarios que entiendan que la salud no solamente puede resolverse en el consultorio, sino más allá de las paredes de las instituciones.

Intervención

Cambio de paradigma: correr el foco de la salud vinculada a la enfermedad, para abrir el panorama al abordaje de los determinantes sociales de la salud como línea priorizada en la APS. Con el objetivo de revalorizar el trayecto comunitario que se realiza históricamente en la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS), se propuso darle mayor alcance, visibilidad e institucionalidad a esta labor.

Se creó por primera vez una herramienta de registro unificado de actividades comunitarias y un tablero de visualización de la información. La herramienta se trabajó junto a la Comisión de Actividades de la DAPS y el equipo de la Dirección de Coordinación Tecnológica, lanzándose en noviembre del 2025.

La herramienta recolecta la información de todo tipo de acción comunitaria. Se crearon categorías específicas para clasificar los objetivos de cada intervención, según el diagnóstico del territorio y población de cada Centro de Salud entre las que se encuentran:

- Arte, recreación y deporte
- Redes y organización comunitaria
- Promoción de Prácticas Saludables
- Economía social
- Violencias
- Acceso a servicios de salud
- Alfabetización y act. educativas
- Redes y organización comunitaria
- Hábitat y ambiente

Primeros resultados de la herramienta

Del total de actividades comunitarias registradas dede noviembre del 2025, se presentan algunos números preliminares:

60 Centros de Salud
Registraron actividades comunitarias de 100 Centros de Salud

65% de las act. registradas
Tienen por objetivo el abordaje de los determinantes sociales

35% restante de las actividades comunitarias
Tienen por objetivo aumentar la accesibilidad a los servicios de la salud.

+160 proyectos comunitarios
Sostenidos en el tiempo que contemplan diversas acciones.

256 actividades específicas
Son intervenciones puntuales que se realizan por única vez.

+20 grupalidades de mujeres
Una de las categorías más utilizada es la de **'Redes y organización comunitaria' que nuclea los proyectos que trabajan con Grupalidades de distintos rangos etarios: mujeres, adultos mayores, jóvenes, infancias.** Desde las grupalidades se han llevado adelante diferentes actividades vinculadas al derecho a la cultura, a la recreación, realizando visitas a Museos, parques y hasta viajes a otras ciudades.

El abordaje territorial y comunitario de la APS

Dir. Camila Pérez

El modelo de salud que incorpora el abordaje de los determinantes sociales reconoce que las necesidades de las personas exceden las cuestiones biológicas e incorpora en su enfoque la relación entre los sujetos, los espacios sociales a los que asiste, la cultura y sus proyectos de vida.

Esto modifica radicalmente la forma de pensar las prácticas que debe realizar el equipo de salud, resultando necesario incorporar dentro de la dinámica sanitaria otras acciones que tengan por objetivo modificar la realidad de las personas que asisten a los Centros de Atención Primaria, que puedan trabajar sobre las condiciones que limitan y afectan la vida de las personas.

Bajo este paradigma ubicamos a la APS de la Ciudad de Córdoba como condición de posibilidad de la intervención territorial: los Centros de Salud se encuentran ubicados donde se desarrolla y produce la comunidad. Cada uno de ellos desempeña su función en base a un diagnóstico de su propio territorio, con sus particularidades y el contexto en el que viven las personas a través de intervenciones comunitarias que entiendan que la salud no solamente se agota en la consulta clínica sino que va más allá de las paredes de las instituciones.

Bajo este enfoque se construyó colectivamente una herramienta que permita dar cuenta de aquellas prácticas constitutivas del abordaje territorial y colectivo: las actividades y proyectos comunitarios que realizan los Centros de Salud de la Ciudad de Córdoba.

¿Qué son las actividades comunitarias?

Las actividades comunitarias son intervenciones participativas, territoriales y situadas, orientadas a promover el bienestar integral de personas, familias, barrios, grupos, y organizaciones. Las mismas habilitan espacios de cuidado colectivo y protagonismo ciudadano, abordando integralmente determinantes sociales de la salud y fortaleciendo los vínculos entre el equipo de salud y diferentes actores de la comunidad. Puede conocerse sobre algunas de estas grupalidades en las páginas 23 a 28.

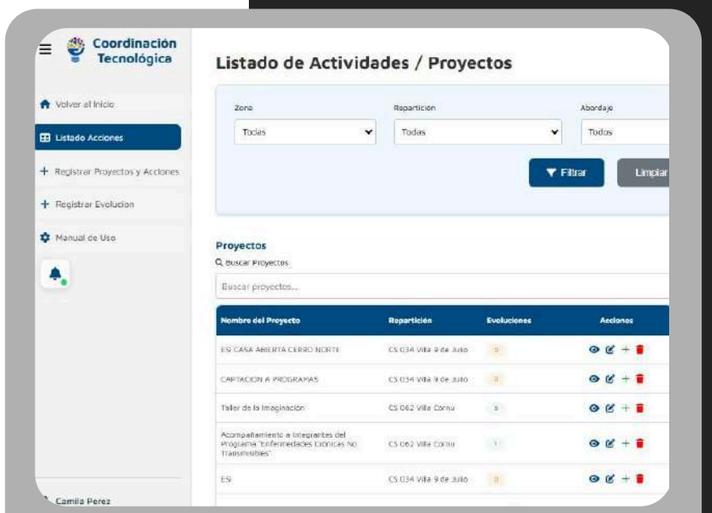
Se diseñan en función de diagnósticos sanitarios particulares de cada área programática (entendida no sólo como una delimitación geográfica, sino como una comunidad con historias, relaciones, saberes y formas organizativas propias), y permiten intervenir sobre múltiples problemáticas, entre las que se encuentran: violencia, vínculos comunitarios, acceso a derechos, estrategias alimentarias, entre muchas otras.

Estas actividades no se definen únicamente por realizarse fuera del centro de salud, sino por su capacidad de generar espacios de participación, encuentro y trabajo conjunto con la comunidad, tanto en la planificación como en la ejecución y evaluación de las propuestas. En ese sentido, no se trata solo de acercar los servicios de salud al territorio, sino de construir salud y bienestar junto a la comunidad, fortaleciendo vínculos, promoviendo derechos y generando respuestas integrales y sostenibles.

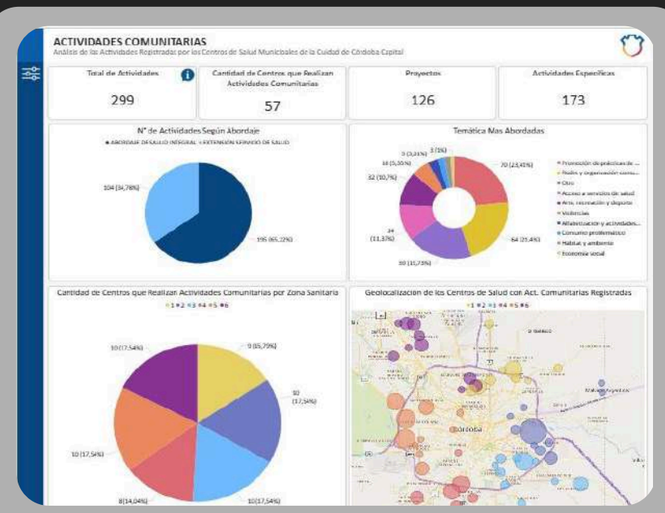
Plataforma digital de registro de actividades comunitarias

El registro de las acciones sanitarias resulta relevante para la práctica de los equipos de salud. La información que brindan los registros es esencial para comprender, analizar, visibilizar y tomar decisiones respecto al cuidado de las poblaciones con las que trabajamos.

En este sentido, se llevó a cabo la creación de la herramienta digital de registro de actividades comunitarias para poner en valor el trabajo comunitario entendido como pilar fundamental del primer nivel de atención. Se desarrollaron categorías junto a los mismos equipos que permitan sistematizar y reflejar las acciones y proyectos comunitarios realizados en los Centros de Salud. Además, se construyó un tablero de visualización de la información cargada en la herramienta.



Herramienta de registro



Tablero de visualización



“Las Lilas”

Centro de Salud N° 60 Marquéz Anexo

Grupalidad de mujeres adultos mayores

“Encuentro de Lilas, Mujeres en Libertad, es el nombre que nos regalamos luego de leer el Libro “El árbol de Lilas” de la escritora cordobesa, María Teresa Andruetto. Para nosotras “la Tere”, su escritura nos es tan cercana que la sentimos parte de nuestro recorrido.

Comenzamos a reunirnos en el año 2018. La apuesta era generar un espacio de encuentro que fuese parte de los procesos comunitarios del marqués a la vez que propiciar sostén, alegría y refugio para las mujeres. Cada jueves es distinto y es nuestro. Porque hacer para nosotras es importante, es necesario, aunque ese hacer sea simplemente mirarnos y conversar. Tenemos derecho a tener nuestras propias palabras. Como dice Michele Petit tenemos derecho a la metáfora.

Nos reímos mucho de nosotras mismas, cada vez nos sentimos más libres, aunque costó mucho: dejar un rato la casa sin sentir culpas, organizarnos para reunirnos, decir que no a otros y otras, decir que sí al tiempo libre, al encuentro porque sí, al compartir entre nosotras, a aprender de las otras, a apoyar a las compañeras cuando les duele el alma, no nos fue fácil.

Soñamos un mundo más bonito para todos y todas, un mundo más justo, un mundo que también escuche y valore a las mujeres. Y lo estamos haciendo, hoy leemos, narramos y también hicimos nacer la escritura”.

Las Costuranderas”

Las costuranderas viven en un mundo casi ideal o ellas en realidad lo hacen así.
Son mujeres creativas, que se las rebuscan,
vestidas de trapos de colores y pelos de lanas.
Sus manos mágicas tejen y tejen formando la realidad.
La realidad es un mundo infinito de posibilidades desde su propia libertad.
Lo roto no se tira, se recrea, lo que duele se teje, las alegrías también.

Las costuranderas se encuentran, se comparten y celebran. Embellecen el mundo con cada uno de sus pasos.
Sueñan que con sus hilos puedan coser una historia.
Ellas son nómadas, valientes, sueñan con un mundo con sentido que albergue todo eso, dándose permiso para lograr todo lo que anhelan.
Ellas bordan nuevas realidades emparchando con dedicación y amor.
Las costuranderas nosotras, no somos muchas no somos pocas, somos las que elegimos ser.

Capelinas al cielo salimos al encuentro, vamos palabra corazón y barrio bordamos historias para otras mujeres, a veces emparchamos nuestros corazones, otras veces compartimos las heridas porque donde hay una red amorosa tejida por años con hilos de la confianza el respeto y el afecto, dejarse caer no es tan difícil.
Somos fuertes, por estar entrelazadas pese a todo porque seguimos y porque creemos en el poder de las palabras, palabras que abrigan.
Por eso Las Lilas, nos decimos costuranderas.

Texto colectivo “Las Costuranderas”
Las Lilas



Consejo Comunitario Empalme

Centro de Salud N° 90 Ituzaingó Anexo y N° 91 Villa Bustos

Grupalidad de jóvenes y adolescentes

Hace 13 años, referentes de centros de salud, escuelas, parroquias y organizaciones comunitarias del sudeste de Córdoba pusimos en marcha el Consejo de Jóvenes del CPC Empalme.

La idea era simple y profunda: escuchar y hacer protagonistas a niñas, niños y jóvenes. Visibilizar sus voces, sobre los barrios, la escuela, las formas de diversión, la salud, la sexualidad, la alimentación y la vida cotidiana.
Para las y los jóvenes, es un lugar para conocerse, intercambiar ideas, debatir y participar, un espacio de confianza y libertad: “Es un arte donde nos juntamos chicos y jóvenes para conocernos, hablar, participar, intercambiar ideas y consejos”.
Entendemos la participación como un derecho vivo, en movimiento, que se construye en el encuentro intergeneracional y en el diálogo constante. El Consejo enseña que participar es ejercer ciudadanía, no sólo ser convocados a conversar. Es que la participación real transforma la palabra en acción, y la acción en incidencia pública.

Hoy, el horizonte se abre hacia nuevos caminos: más jóvenes participando, más redes, más diálogo con las políticas públicas. Porque cuando una generación se organiza, el futuro deja de ser promesa y se vuelve presente en construcción.

Fragmentos del Fanzine ‘Transformar desde el territorio, un viaje que sigue en movimiento - historias, voces y huellas del Consejo de Jóvenes del CPC Empalme” publicado en el año 2025

“Taller de la Imaginación”

Centro de Salud N° 62 Villa Cornú

Grupalidad de infancias

Desde hace más de 15 años el Centro de Salud junto a organizaciones vecinales, comunitarias e instituciones educativas de la Red de Villa Cornú (ciudad de Córdoba) se realiza un trabajo territorial sostenido y atento a las problemáticas sociales, de salud, económicas, educativas y culturales para promover el acompañamiento a las familias, niñas/es/os, adolescentes y jóvenes del barrio.

En el marco de este trabajo en red se realizan cartografías barriales y mapeos desde las cuales se identifican las familias en mayores situaciones de desigualdad.

Ya en el año 2019 se gestiona y habilita el espacio sociopedagógico “Taller de la Imaginación” para acompañar los procesos educativos de los niños y niñas. El ‘Taller’ es una estrategia de promoción de la Salud para niños y niñas acompañando desde el territorio el derecho al juego, al arte, la recreación y la cultura.

Dos sábados cada mes, el Centro de Salud abre sus puertas para recibir pasantes y estudiantes de distintas carreras y universidades, personal del equipo de salud, vecinos/as y los niños y niñas del barrio, proponiendo diferentes actividades recreativas y educativas en conjunto.

Durante el año 2025, en el marco de un proyecto de extensión universitaria, el proyecto formó parte de la producción de un cortometraje llamado ‘El Taller’, realizado con dibujos y muñecos que se armaron durante las dinámicas de los sábados. Este cortometraje fue presentado en una jornada en el Pabellón Argentina de la UNC, en el Concejo Deliberante de la Ciudad de Córdoba y en la plaza de Villa Cornú, junto a todos los vecinos del barrio.

Texto reconstruido a partir del proyecto de extensión y recopilación de prácticas por Lic. Lia Esteve - Psicóloga del Centro de Salud N° 62



“Mujeres en Movimiento”

Centro de Salud N° 57 Argüello IPV

Grupalidad de mujeres



La mayoría de las mujeres sostienen su peso hace 8 años y mejoraron sus niveles de glucemia y tensión.

Mantienen sus controles anuales de la mujer al día

6 mujeres lograron finalizar sus estudios secundarios o primarios

Algunas mujeres vivían situaciones de violencia doméstica y lograron separarse de esos vínculos

Aprendieron sobre los derechos de las mujeres y de las personas adultos mayores.

Realizaron un corto de Cine que salió ganador en el “Festival Invisibles”.

Aprendieron sobre Cultura, Arte y Turismo, conocieron lugares que nunca habían visitado, algunas salieron por primera vez de la Ciudad Viajaron a Miramar y otras localidades de las sierras cordobesas.

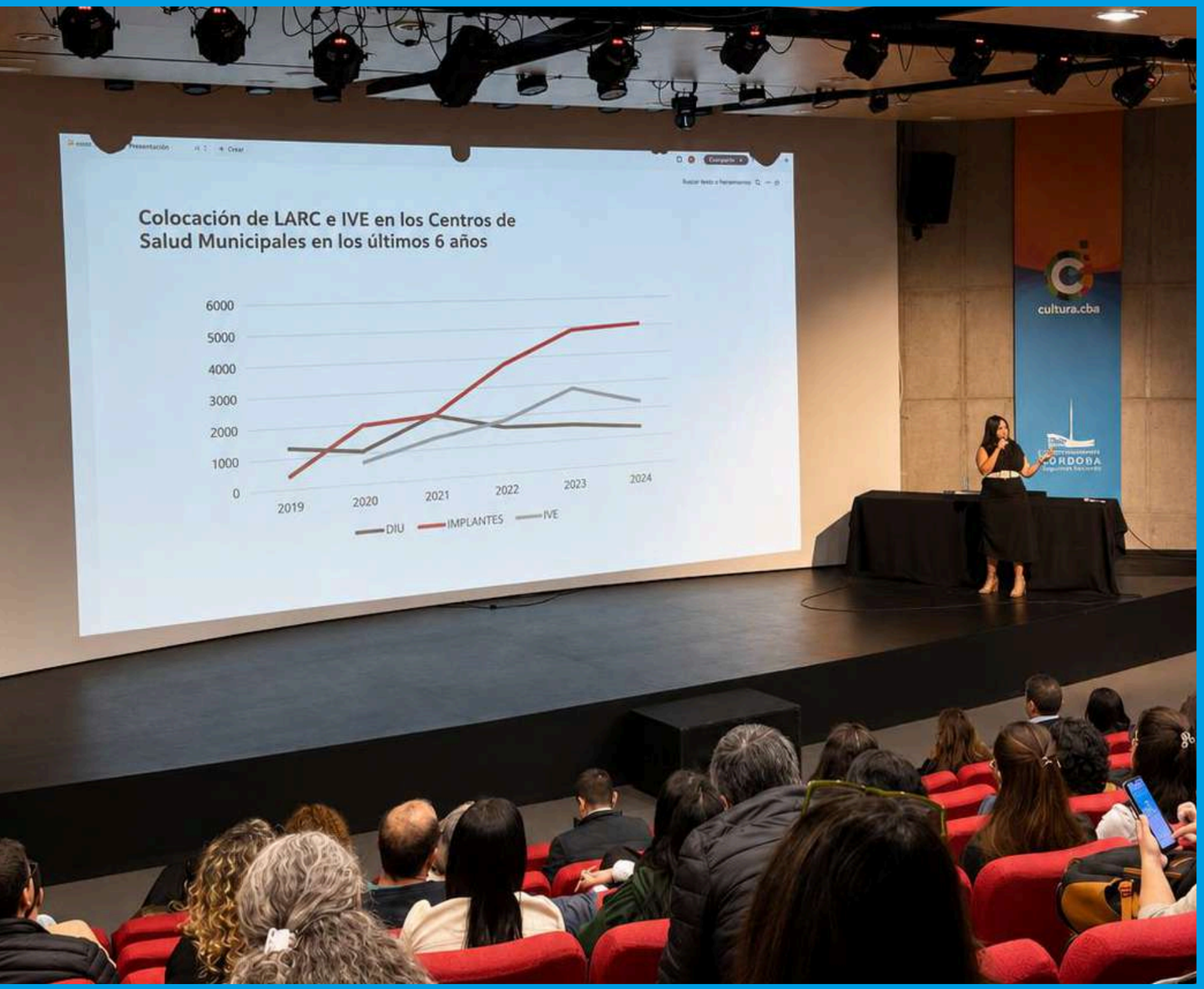
“Caminatas y algo más...”

Desde 2018 aproximadamente 35 mujeres de entre 50 a 80 años, todos los martes y viernes a las 9 hs. realizan actividad física recreativa y social en el Polideportivo Social de Argüello IPV. Este proyecto lleva 8 años gestándose. Estas mujeres no sólo están mejorando su salud física, sino también mejoraron su autoestima, mejoraron su estado de ánimo, sus funciones cognitivas, fomentaron sus redes sociales lo cual favorece su salud a nivel integral.

Cada año, proponen trabajar sobre diferentes ejes que les permitan crecer como mujeres adultas. Entre algunas de las temáticas trabajadas, se encuentran alimentación saludable, educación, derecho al arte y a la cultura, salud integral, entre otros. Sin embargo, el grupo ha ido más allá: hace varios años que vienen impulsando iniciativas para fortalecer su autonomía y trabajar el derecho a la cultura, recreación y turismo.

APS **Modelo Córdoba**

PRINCIPIO 2



Centrada en la Planificación Sanitaria

Las intervenciones deben partir de diagnósticos de situación. Una mejor capacidad instalada es pasar de gestionar lo urgente a generar espacio para unificar criterios, establecer metas claras, intervenir sobre programas sanitarios desactualizados y medir indicadores. Esto permite ordenar los procesos organizacionales y por definición, disponer de mayor gobernanza sanitaria para los trabajadores de la salud. Las políticas implementadas en este principio combinaron instancias mensuales de seguimiento con participación de los equipos zonales (EZIs), responsables de programas y subcomités técnicos, articulando análisis de información, construcción de consensos y capacitación continua en un mismo dispositivo operativo.

POLÍTICAS

Incorporación de Instancias de Monitoreo de Líneas de Cuidado Priorizadas 2023/2025

—

CONTINUIDAD INSTITUCIONAL

1.Línea de cuidado de gestantes: Programa “Gestando Salud”

—

LCP 2025

2.Fortaleciendo las capacidades para la Prevención del Cáncer Cérvicouterino (CCU)

—

LCP 2025

3.Disminuyendo brechas de registro en población objetivo con Hipertensión Arterial (HTA)

Incorporación de Instancias de Monitoreo de Líneas de Cuidado Priorizadas

Escenario

Los sistemas de salud avanzan hacia modelos de atención más eficientes, orientados a alcanzar el mayor nivel posible de salud para la población. En aquellos organizados sobre la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), este objetivo se operacionaliza mediante la definición de líneas de cuidado o hitos asistenciales que estructuran la organización de los servicios en función de los distintos ciclos de vida y de eventos priorizados. Este enfoque permite alinear las acciones de los distintos niveles y equipos de salud hacia objetivos comunes y optimiza la distribución de recursos y capacidades de acción.

Intervención

Tanto por responder al objetivo de la producción de valor en APS basado en la gestión del cambio, como a explicitar la orientación de los resultados, se han elegido algunos eventos medibles en torno a los servicios de salud. Esta explicitación de indicadores y metas es una propuesta también reforzada por OPS para alcanzar la salud universal.

Podemos definir las Líneas de Cuidado Priorizadas (LCP) como rutas clínicas que garantizan continuidad, coordinación y eficiencia de las acciones llevadas a cabo por los equipos en el modelo de APS. Las líneas definidas en el modelo Córdoba de APS fueron pensadas estratégicamente para abordar problemáticas sanitarias prioritarias al contexto y para disponer de indicadores sanitarios que permitan tomar las decisiones pertinentes.

Se implementaron para ello reuniones de monitoreo con las Encargados/as Zonales Interdisciplinarios y mandos medios e instancias de evaluación con los subcomités disciplinarios para evaluar las acciones implementadas y otorgarle sostenibilidad a las mismas.

LCP 2023/2025

23/24/25 Línea de cuidado **gestantes**

2025 Línea de cuidado **hipertensión**

Línea de cuidado **cáncer cérvicouterino**



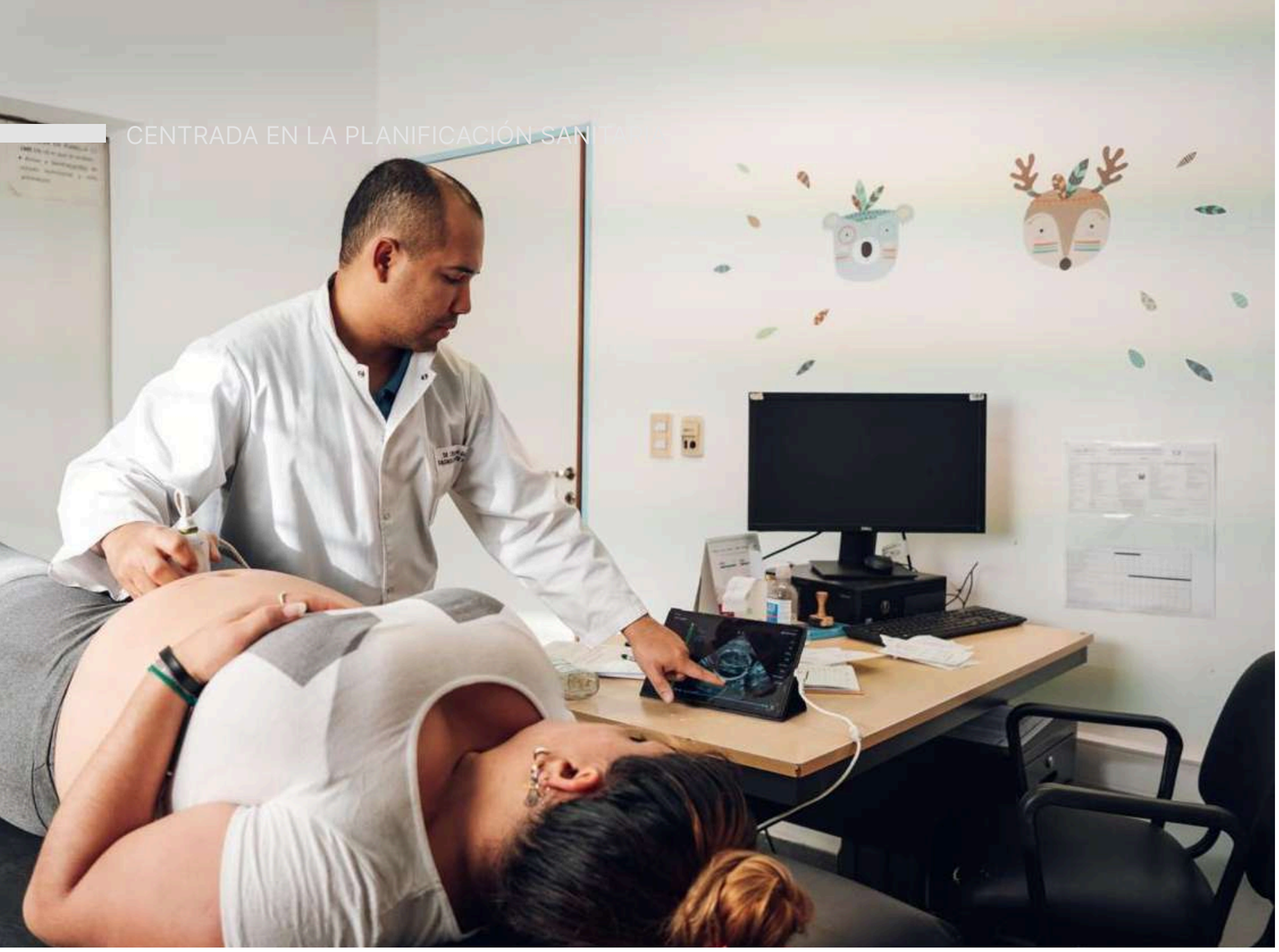
1.Continuidad Institucional Línea de Cuidado Gestantes: Programa “Gestando Salud”

Implementación 2023

El embarazo es parte del ciclo vital de quienes eligen gestar y su control debe ser acompañado por el sistema público de salud. En el año 2022, el equipo de gestión detectó **que sólo 2364 mujeres gestantes se encontraban bajo órbita del sistema de salud municipa**l, lo cual representaba un problema de cobertura y acceso a controles de embarazo teniendo en cuenta **que se alcanzaba a sólo un 30% de la población objetivo** estimada en aquel momento en 6.000 mujeres gestantes, dado que no se contaba con fuentes de información consolidadas que permitieran determinar con precisión el universo poblacional.

Con el fin de fortalecer el control de embarazo oportuno y equitativo se implementó la estrategia Gestando Salud. Su principal fortaleza consiste en **acercar cada 15 días diversas prestaciones de salud, entre ellas, el servicio de ecografía, testeo de ITS y análisis clínicos a los 100 Centros de Atención Primaria de la Salud cuya población a cargo y ubicada en las periferias presenta mayores dificultades para el acceso a ciertos servicios de la salud en el centro de la ciudad**.

Se conformaron 4 unidades itinerantes con ecógrafo móvil y ecografista. Cada móvil es acompañado por técnicos de laboratorio para la extracción de muestras de análisis clínicos y serológicos en la mujer gestante, como así también acercar los testeos de Infecciones de transmisión sexual (ITS) a las parejas de las personas gestantes y población en general. También conforman los móviles personal de soporte administrativo encargado del recupero de las prácticas a través de SUMAR.



CENTRADA EN LA PLANIFICACIÓN SANITARIA

Cada móvil tiene un recorrido anual ya estipulado, donde visita diariamente a tres centros de salud en la zona sanitaria que corresponda, prestándose el servicio de ecografía en el centro de salud base designado para ese día. Este programa permitió apoyar a los equipos del Centro de Salud en el abordaje integral de las gestantes que les permita transitar esta etapa de la vida en las mejores condiciones posibles, como así también a población general paciente del Centro que accede a estos servicios.

Al finalizar el año 2023 el programa permitió captar más de 5.200 embarazadas. Del total de ecografías, el 75% correspondieron a controles de embarazos oportunos.

Continuidad de la estrategia 2024-2025

Hacia finales del año 2023 el Programa Gestando Salud se conformaba como una de las estrategias con mayor aceptación y apropiación por parte de los equipos. A esto se suma que los resultados obtenidos dieron cuenta del amplio fortalecimiento de la línea de cuidado de gestantes. A partir de ello, y con el cambio de gestión, la política fue sostenida institucionalmente hasta la actualidad y profundizada en su implementación, principalmente para mejorar la calidad y ampliación del servicio de ecografía.

Junto a la Dirección de Coordinación Tecnológica se construyó la trazadora municipal de embarazo precisada mediante la protocolización y capacitación en registro correcto de la fecha probable de parto (FPP) y la fecha de última menstruación (FUM). Este indicador disponible en el Boletín Epidemiológico Digital permite saber la cantidad de gestantes bajo cobertura efectiva y la cantidad de gestantes estimadas por cada una de las 100 áreas programáticas de los Centros de Salud. Asimismo, la captación temprana de embarazo permitió reforzar el diagnóstico y tratamiento temprano de sífilis y chagas, fortaleciendo también estas líneas de cuidado mediante el seguimiento a través del servicio de telemedicina de la Secretaría de Salud.

Resultados años 2024 y 2025

9502 ecografías realizadas a personas gestantes y población general. Esto es ≈4.570 ecografías anuales.

70% de las ecografías corresponden a controles de embarazo, mientras que el **30%** corresponden a ecografías de control ginecológico y ecografías abdominales.

29.401 extracciones a población gestante y población general para procesamiento en Laboratorio municipal DEM Centro.

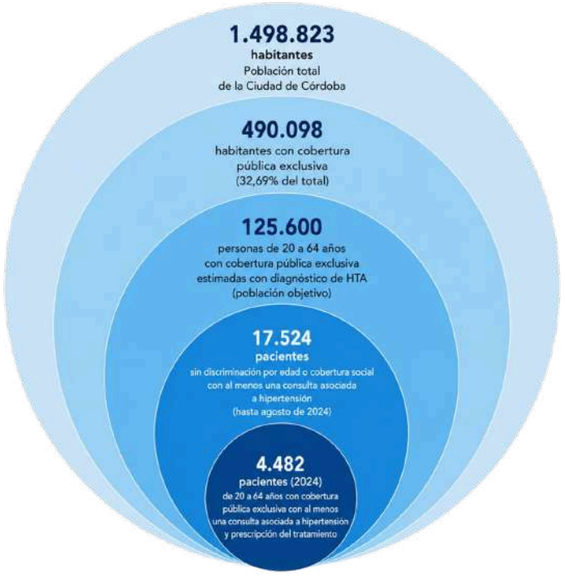
24.576 testeos ITS realizados por la Dirección de Medicina Preventiva en el marco de la estrategia.

2.Disminuyendo brechas de registro en población objetivo con Hipertensión Arterial (HTA)

Diagnóstico y línea de base

La hipertensión arterial (HTA) constituye el principal factor de riesgo modificable para las enfermedades cardiovasculares (ECV). En Argentina, según la 4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), la prevalencia de HTA en la población adulta alcanza el 34,7%. Considerando que la Ciudad de Córdoba cuenta con 1.498.823 habitantes de los cuales el 32,69% poseen cobertura pública exclusiva, **se estima que aproximadamente 125.600 personas entre 20 y 64 años puedan presentar diagnóstico de HTA en la ciudad.**

Si miramos los registros del sistema de salud municipal en la Historia Clínica Digital, se identificaron hasta el año 2024 17.524 pacientes sin discriminación de edad o cobertura social con al menos una consulta asociada a hipertensión, mientras que si le sumamos a la consulta el registro de la medicación, **el número desciende a 4.482 pacientes entre 20 a 64 años con cobertura pública exclusiva que registraron al menos una consulta asociada a hipertensión junto a la prescripción del tratamiento, lo que representa sólo el 3,56 % de la población objetivo**. Éste representa nuestra línea de base.



Estos datos no parecen dar cuenta de problemas en el desempeño real de los equipos de salud, sino de un recorte parcial **asociado a una marcada brecha de subregistro de personas hipertensas, revelando brechas significativas en detección, diagnóstico, tratamiento y control dentro del sistema de salud municipal.**

Estas brechas en la calidad de los registros y la fragmentación de las bases de información limitan por un lado el seguimiento adecuado de los pacientes y su efectiva incorporación al programa de hipertensión de Atención Primaria de la Salud. Asimismo, **condicionan la posibilidad de avanzar en la mejora de los estándares sanitarios que no deberían orientarse únicamente a garantizar el acceso al tratamiento farmacológico de manera aislada, sino también a alcanzar una población adecuadamente controlada.**

Una segunda dificultad en el abordaje de la hipertensión tiene que ver con instancias organizacionales y metodológicas: La Dirección de Atención Primaria de la Salud estructura las instancias de actualización, planificación y capacitación de sus programas base (control de niño sano, control de embarazo, enfermedades crónicas, inmunizaciones, salud sexual integral) a través de subcomités organizados por disciplina o área de trabajo, lo que dificulta la consolidación de un enfoque interdisciplinario.

Bajo este escenario y al diagnosticarse un indicador bajo, se delinearon estrategias orientadas al fortalecimiento de la capacidad instalada para la mejora continua del indicador municipal. Se convocó a los equipos de Atención Primaria a priorizar esta línea de trabajo, estableciendo una meta e implementando el protocolo HEARTS para fortalecer tanto la correcta toma de presión arterial como la adecuada carga, el registro de la información clínica y la estandarización de tratamientos de los cuatro fármacos base.

Estrategia Implementada

La estrategia implementada para mejorar el indicador en el ámbito de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS) fue trabajar la hipertensión como línea de cuidado priorizada, diseñando e institucionalizando rutinas periódicas de priorización y monitoreo desde el comienzo del 2025 a la fecha.

En estas instancias hubo una participación interdisciplinaria e integrada por diferentes áreas: encargados/as zonales, responsables de programas, subcomités asesores técnicos externos y equipo de gestión, lo cual permitió articular análisis de información, construcción de consensos, capacitación continua y seguimiento del desempeño de las acciones planificadas.

A partir de la línea de base, se definió una meta de un aumento del 10% en el registro correcto y carga en la Historia Clínica Digital de HTA para finales del 2025.

Indicador Municipal de Hipertensión

Representa el registro de pacientes únicos entre 20 y 64 años con cobertura pública exclusiva, con al menos una consulta asociada a hipertensión registrada en el sistema de salud municipal a través de la Historia Clínica Digital junto a la prescripción adecuada y registro efectivo del tratamiento farmacológico.

Para alcanzar la meta, a modo orientador, se **implementó de forma gradual en las seis zonas sanitarias de los 100 Centros de Atención Primaria el Protocolo Hearts de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este se apoya en tres pilares: la captación de pacientes con HTA, la estandarización de tratamientos por igual y el registro adecuado de los pacientes con HTA y toma correcta de presión arterial.**

Esto se llevó a cabo a través de las capacitaciones a los equipos, un seguimiento de lo trabajado dentro de las instancias de monitoreo implementadas y lo que no es menor, el proyecto comenzó estratégicamente por cargar nominalmente los pacientes ya detectados por las prescripciones a través del Sistema de Receta Electrónica (Programa Recetando Salud), lo cual permitió identificar rápidamente los pacientes sin la trazabilidad adecuada.

Resultados a Diciembre del 2025

9502
Pacientes hipertensos bajo trazadora municipal
consulta+tratamiento +seguimiento

↑115%
En la carga cargada respecto al inicio del proyecto hearts

+120
Puntos de la ciudad para la valoración del riesgo cardiovascular

100%
de cumplimiento de la **meta propuesta en la Atención Primaria de la Salud**



Por último, para **avanzar sobre la identificación y captación de nuevos pacientes, se desarrollo una aplicación digital propia** destinada a la valoración del riesgo cardiovascular y a la recopilación de información sobre hábitos y estilos de vida saludables de la población de la ciudad. Esta estrategia se utilizó en **operativos extramuros de concientización y prevención de las enfermedades cardiovasculares y a su vez, promover el control de presión arterial.**

Las jornadas se llevaron a cabo en distintos puntos de la ciudad de manera simultánea junto al área de deportes y estudiantes de la Universidad Nacional de Córdoba llevando a cabo **distintas acciones relacionadas a la salud cardiovascular.** Mejorar el acceso a los controles de presión e implementar una misma herramienta para todos los equipos en terreno, permitió disponer de datos para estudiar factores de riesgo asociados como obesidad, diabetes, colesterol alto, tabaquismo, estrés, entre otros.

3.Fortaleciendo las capacidades para la prevención del Cáncer de Cuello Uterino (CCU)

Diagnóstico

El Cáncer de Cuello Uterino (CCU) constituye una de las expresiones más marcadas de desigualdades sociales en salud y ocupa el segundo lugar entre los tipos de cáncer más comunes entre mujeres a nivel mundial. Según la 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2018) el CCU en Argentina es el tercer cáncer más diagnosticado entre las mujeres y la cuarta causa de muerte por tumores malignos. Es un cáncer prevenible cuya detección puede ser realizada de manera precoz a través de la citología exfoliativa cervical o Papanicolaou (PAP).

Por lo tanto es necesario que en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud se implementen estrategias para garantizar una cobertura efectiva de tratamiento y seguimiento de la población objetivo. Una de las fortalezas de estas intervenciones es que resultan altamente costo-efectivas para los sistemas de gestión pública, en tanto que con una inversión relativa se pueden alcanzar mejoras sostenidas y significativas en los indicadores de salud.

Particularmente en la Ciudad de Córdoba del total de la población **el 52% son mujeres, esto es 785.970 mujeres, mientras que 398.469 son mujeres entre los 25 a 64 años. Teniendo en cuenta que el 32,69% de la población tiene cobertura pública, el universo se reduce a 130.265 mujeres**, siendo este grupo generalmente definido por estándares y guías internacionales como población objetivo.

Población total de la Ciudad de Córdoba	1.498.823 personas
Población total de mujeres de la Ciudad de Córdoba	785.970 mujeres
Mujeres entre 25 a 64 años	398.469 mujeres
Mujeres con cobertura pública exclusiva (32,69% del total de mujeres)	130.265 mujeres
Mujeres que pasaron por el sistema de salud municipal en el año 2024 (HCD)	49.545 mujeres



Línea de base: Partiendo de los registros municipales, a partir de los datos de la Historia Clínica Digital, en 2024 se contabilizaron 49.545 mujeres entre 25 y 64 años que registraron al menos una atención finalizada en alguno de los efectores municipales, es decir, que pasaron por el sistema de salud público municipal. A esta población debe garantizarse la mayor cobertura posible en tamizaje, por lo que se utiliza a efectos operativos como población objetivo, mientras que la cobertura de tamizaje es medida en relación a la producción de PAP.

Se realizaron en total 16.577 citologías exfoliativas en los 100 Centros de Salud, segundo nivel de atención (Dirección de Especialidades Médicas, Medicina Preventiva) y Hospital Príncipe de Asturias. **Del total, el 73% fueron realizados por el primer nivel de atención, es decir, 12.169 PAPs.**

Estrategias implementadas

En este escenario, se delinearon nuevas estrategias para llevar a cabo durante el año 2025 y comienzos del 2026. **La primera intervención fue optimizar la gestión de la información clínica a través de la digitalización de los estudios de PAP**. Este hito del sistema de salud municipal fue implementado por el Área de Citología de la Dirección de Medicina Preventiva junto a los equipos de Atención Primaria, **permitiendo acortar los tiempos entre la instancia de consulta y la devolución de resultados, como así también mejorar la trazabilidad de todo el proceso.**

Paralelamente, **en los espacios de monitoreo y evaluación se trabajó el CCU como línea priorizada entre los distintos niveles de gestión:** equipos de gestión, mandos medios y equipos de salud en terreno. Este proceso de fortalecimiento de monitoreo de PAP permitió establecer instancias regulares de trabajo, fijándose encuentros mensuales y garantizando un **abordaje longitudinal e interdisciplinario de la prevención del CCU en el marco del Programa de Salud Sexual Integral** de la Dirección de Atención Primaria de la Salud.

Además **se trabajó en el ordenamiento de procesos de los equipos y mejoras de prácticas de calidad de toma de muestra.** En este sentido, se realizaron capacitaciones en colocación de PAP y dispositivo Intrauterino en el espacio de simulación “Prof. Dr. Hugo Juri” del Hospital Nacional de Clínicas utilizando maniquíes de simulación. Se fijaron competencias técnicas en los equipos de Atención Primaria y se reforzaron los procedimientos para reducir los errores en la toma y consecuentemente mejorar la calidad de las muestras.

De igual manera **se optimizó el circuito de seguimiento de las pacientes con resultado positivo en el estudio de PAP mediante la reorganización del registro de casos a nivel central en el Área de Salud Sexual Integral de la DAPS**, contando así con información nominalizada y en constante actualización. Se generó así un circuito de contacto telefónico para la consejería y la orientación sobre la continuidad del cuidado articulando con el segundo nivel municipal para acceder al servicio de biopsia e incluso identificando aquellas mujeres que necesitan una consulta al segundo o tercer nivel de la red provincial. Esto nos permitió no solo garantizar la entrega oportuna del resultado de la citología sino acompañar a las personas en la gestión de los turnos de seguimiento para que puedan acceder efectivamente al tratamiento.

Resultados 2025

Para finales del 2025 si bien no se evidenciaron grandes mejoras en la cantidad de PAP realizados, sí es importante señalar que los **cambios implementados permitieron fortalecer capacidades de los equipos de salud en el abordaje de esta línea y consolidar procesos más ordenados** lo cual representa mejoras a nivel de toda la organización y principalmente en la Atención Primaria de la Salud municipal.

19.027
PAP realizados entre todos los efectores. Diciembre del 2025

↑14,7%
De aumento con respecto al año anterior en la producción de PAP

12.743
PAP en el primer nivel de atención

↑4,7%
De aumento con respecto al año 2024 en el primer nivel de atención

39% De cobertura en tamizaje de la población objetivo municipal.

Programa de Salud Sexual Integral de la DAPS

La línea de cuidado de Cáncer de Cuello Uterino se desarrolla en el marco del Programa Municipal de Salud Sexual Integral, uno de los programas estructurantes y centrales de la Dirección de Atención Primaria de la Salud (DAPS).

El Programa constituye una estrategia institucional para garantizar el acceso integral, equitativo y de calidad a la salud sexual de la población desde una perspectiva de derechos y de género, promoviendo un abordaje longitudinal de las personas a lo largo de todo el curso de vida.

La coordinación del Programa está a cargo de la Comisión de Salud Sexual Integral, creada en 2019 con el propósito de fortalecer el acceso efectivo a las prestaciones de salud sexual en el primer nivel de atención. Integrada por un equipo interdisciplinario, coordina la implementación del Programa, desarrollando funciones de gestión, asistencia técnica, capacitación, monitoreo y articulación de la red de servicios.

A través de la comisión se trabajó la línea de cuidado de CCU, articulando las acciones necesarias para la implementación de los cambios y garantizando así su integración dentro de la estrategia más amplia del programa municipal.

APS **Modelo Córdoba**

PRINCIPIO 3



Basada en la cogestión

La gestión en el modelo de APS Córdoba se construye junto a los equipos de salud, reconociendo en ellos un rol activo tanto en el abordaje de los espacios y nodos de trabajo como en la responsabilidad de sostener y dar continuidad a los procesos. Las políticas implementadas no se reducen a lineamientos verticalistas o de "escritorio", sino que se produce en el intercambio, donde circulan saberes, experiencias y criterios que permiten ajustar las intervenciones a cada caso. Este enfoque favorece una mayor apropiación de las iniciativas, al tiempo que habilita el surgimiento y la captación de nuevos liderazgos con metodologías propias.

POLÍTICAS

Captación de liderazgos genuinos en los equipos de APS.

—

Jerarquización de los equipos de salud: Diseño y desarrollo de diplomaturas en APS.

—

Participación comunitaria:
Foros Comunitarios de Salud

Captación de liderazgos genuinos en los equipos de Atención Primaria de la Salud

Escenario

Para ciudades con grandes extensiones administrativas, la gestión sanitaria representa un desafío permanente. Esto hace necesario avanzar desde modelos verticalistas hacia esquemas de corresponsabilidad, en los que dialoguen la micro y la macrogestión con el fin de construir una gobernanza de la Atención Primaria de la Salud sostenible en el tiempo. Este modelo se basa en la generación de espacios de codiseño y coproducción junto a los equipos de salud, mandos medios y Equipos Zonales Interdisciplinarios, reconociendo que quienes habitan cotidianamente la APS poseen saberes reconocidos por sus pares y prácticas de gestión igualmente legítimas.

Intervención

Implica identificar en los distintos niveles de gestión y en espacios estratégicos, liderazgos comprometidos con metodologías propias para potenciarlos. Se trata de trabajadores y trabajadoras con capacidad para movilizar equipos, construir acuerdos y capacidad para traducir las particularidades de cada territorio. Conocen las dinámicas de los equipos y las condiciones concretas en las que se desarrollan los procesos cotidianos de trabajo. Lo que es más importante logran interiorizar en el resto de sus colegas de trabajo las metodologías de trabajo propias.

son liderazgos situados: porque los liderazgos más efectivos no siempre son los que ocupan formalmente los cargos jerárquicos, sino aquellos que tienen legitimidad entre sus pares y capacidad de articulación territorial, logrando interiorizar en el resto de sus colegas de trabajo las metodologías de trabajo propias.

La estrategia también implicó revisar y reestructurar espacios de conducción para fortalecer aquellos ámbitos con capacidad de generar valor para la APS y promover nuevos acuerdos de trabajo. La interdisciplinariedad de perfiles también es fundamental.

Gestión con perspectiva de género

En un campo históricamente feminizado como la Atención Primaria de la Salud, la perspectiva de género tiene un lugar central en este proceso: priorizar que estos espacios estratégicos sean ocupados por mujeres.



Aproximadamente el 75 % de la fuerza laboral está compuesta por mujeres y esta composición debe reflejarse en dichos espacios. De los 100 centros de salud, 78 cuentan con encargadas mujeres, entre las que se encuentran médicas, psicólogas, trabajadoras sociales, enfermeras y otras profesionales de la salud. Del mismo modo, los Equipos Zonales Interdisciplinarios (EZI), responsables de la coordinación de las seis zonas sanitarias de la ciudad y actores clave para la cogestión territorial, son en su mayoría mujeres.

Este modelo de gestión basado en la corresponsabilidad, la participación mayoritaria de mujeres en espacios fundamentales y el fortalecimiento de liderazgos genuinos reduce la distancia entre el diseño de las propuestas y su implementación efectiva, al involucrar activamente a quienes llevarán adelante los procesos de cambio. Se trata de generar condiciones para su sostenibilidad más allá de los cambios de gestión.

Jerarquizar los equipos de salud: Diplomaturas universitarias diseñadas íntegramente

Escenario

Fortalecer un modelo específico de Atención Primaria de la Salud implica jerarquizar los trabajadores de la salud que construyen este modelo, principalmente uno que considere a la salud en su enfoque de derechos y que incorpore nuevas herramientas con perspectiva de género. La APS depende de la capacidad de los equipos para garantizar integralidad, coordinación y sostenibilidad de su implementación, y estas capacidades no pueden pensarse como espontáneas sino que requieren de formación, desarrollo profesional y apoyo institucional para desarrollarlas.

Por lo tanto, una de las estrategias para potenciar liderazgos y ampliar las capacidades de gestión es promover instancias formativas que cumplan dos condiciones: por un lado que **no sean enlatados de contenidos estandarizados, sino que estén diseñadas íntegramente y en conjunto con los equipos de salud, y en segundo lugar que la formación no se entienda como una simple transmisión de contenidos sino como una herramienta para transformar las prácticas cotidianas de trabajo.**

Intervención

Se impulsaron **tres diplomaturas con certificación universitaria junto a la Universidad Nacional de Córdoba que permitieron jerarquizar las competencias de los equipos de salud en los aspectos centrales de la estrategia de APS**. La primera, **Diplomatura Universitaria en Estudios Avanzados en Atención Primaria de la Salud se impulsó junto a la Secretaría de Extensión Universitaria de la UNC.** Este tramo formativo permitió reforzar las competencias para analizar las condiciones epidemiológicas, socioculturales y de acceso a los servicios de salud como así también aplicar herramientas de planificación operativa en APS. Los conocimientos se sedimentaron a través de un trabajo integrador que incluía un proyecto de intervención a implementar en los Centros de salud y que fueron formulados a partir de un diagnóstico de situación particular.

Por su parte, la **Diplomatura Universitaria en APS con orientación administrativa realizada con la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC** estuvo dirigida a los equipos administrativos con el fin de jerarquizar al equipo administrativo en su rol fundamental para el funcionamiento de los centros de salud. En los encuentros se partía de una reflexión sobre los problemas reales del trabajo cotidiano y las problemáticas del territorio.



Esto permitió incorporar de manera más proactiva nuevas herramientas que piensen formas de cuidado como así también desarrollar nuevas actitudes organizacionales.

Por último, en el segundo semestre del año 2025 se desarrolló la **Diplomatura Universitaria Salud Sexual Integral y Derechos (No) Reproductivos coordinada por la Comisión de Salud Sexual Integral junto a la Facultad de Ciencias Sociales y la Escuela de Nutrición (UNC)**. Esta iniciativa se enmarcó en la necesidad de seguir fortaleciendo las capacidades de los equipos de APS frente a los desafíos actuales que plantea el abordaje de la salud sexual integral, actualizando enfoques y prácticas con perspectiva de derechos. Uno de los aspectos más valiosos de esta experiencia fue la posibilidad de poner en diálogo los conocimientos académicos con la trayectoria y la experiencia cotidiana de los equipos de salud en los territorios y su capacidad para el trabajo en red.

Al término de las diplomaturas, se egresaron 270 trabajadores de la salud. El intercambio de experiencias y el poder afianzar los vínculos de trabajo resultó sumamente enriquecedor en estos trayectos formativos.

Participación comunitaria: Foros Comunitarios de Salud

Escenario

Las problemáticas que se expresan en el territorio son complejas y no pueden comprenderse ni abordarse únicamente desde una sola perspectiva. La Atención Primaria de la Salud es en efecto, por sus características y cercanía con la comunidad, un ámbito privilegiado para abordar problemáticas que exceden lo estrictamente sanitario, pero que forman parte de la realidad social de los territorios en que se ubican los Centros de Salud.

Éstos no actúan de manera aislada, sino que forman parte de una trama más amplia de actores, instituciones, referentes territoriales y organizaciones comunitarias con las que comparten corresponsabilidades en torno al bienestar de su población. Ante estas problemáticas, las respuestas no pueden ser simplistas. En cambio, hay que pensar los problemas de manera interconectada y con un carácter integral, con interrelación de todas las problemáticas poblacionales consideradas en su heterogeneidad y bajo un enfoque multiactoral que promueva una participación comunitaria real en la toma de decisiones. Es necesario por lo tanto, generar espacios que den lugar a los saberes legítimos de quienes habitan y experiencian el territorio.

Intervención

Se comenzaron a llevar a cabo espacios de diálogo en los cuales participaban el equipo de salud, referentes territoriales, funcionariado y la comunidad a través de instituciones barriales como centros vecinales, escuelas, clubes deportivos, iglesias, organizaciones y otros dispositivos territoriales. Estos espacios, que en un principio se convocaban de manera reactiva frente a situaciones emergentes que requerían una intervención puntual o problemáticas que escalaron en centros de salud puntuales, con el tiempo fueron evolucionando hacia instancias más sistemáticas y planificadas dando lugar a los actuales Foros Comunitarios de Salud.

Los encuentros se planifican cada 30 días y se realizan en las salas de espera de los Centros de Salud que han llevado a cabo estas instancias con los vecinos comprometidos con la salud colectiva. **Se desarrollan bajo una metodología específica: la planificación local participativa en salud, que promueve la cogestión de problemáticas priorizadas partiendo de un diagnóstico participativo para abordarlas.**



A través de esta forma de gestión, se definen líneas de acción adecuadas a cada uno de los espacios y se asumen compromisos por parte de todos los actores. **Con esta metodología de trabajo y en pocos encuentros se consiguieron grandes resultados, fomentando su sostenibilidad en el tiempo.**

Durante 2025 se llevaron a cabo más de 12 Foros Comunitarios de Salud. Se trabajó con una taxonomía de problemáticas que se estructuran en categorías y subcategorías de problemáticas, permitiendo sistematizar a qué esfera de la realidad corresponden y qué tipo de carencia esta sucediendo dentro de esa esfera.

Entre las principales problemáticas asociadas a un territorio/comunidad/Centro de Salud se encuentran aquellas asociadas a la **capacidad de respuesta o mayor demanda de profesionales de la salud por el crecimiento y movimiento demográfico**, desarticulación de redes institucionales, problemáticas ambientales o de desarrollo social, demanda de mayores programas de prevención y abordaje de problemáticas emergentes como salud mental y consumo problemático.

APS **Modelo Córdoba**

PRINCIPIO 4



Orientada a la gestión del cambio

La gestión del cambio se inscribe en esta lógica como un proceso orientado a transformar prácticas, incorporar herramientas e introducir mejoras en el sistema de salud. Implica intervenir sobre los modos de organización del trabajo, los circuitos de decisión y las formas en que se produce y utiliza la información. En este sentido, el proceso de transformación digital iniciado en el año 2021 permitió implementar proyectos para fortalecer la capacidad de gestión y planificación. Este enfoque permite reducir la dependencia de instancias centralizadas, promover mayor autonomía operativa en los equipos y generar respuestas más oportunas y acordes a las formas actuales de trabajo.

POLÍTICAS

HISTORIA CLÍNICA DIGITAL

Proceso de Transformación Digital del Sistema de Salud Municipal

—

DEVOLUCIÓN DE DATOS

Primer Boletín Epidemiológico Digital de APS

—

RECETA ELECTRÓNICA

Garantizar la cobertura publica exclusiva de tratamientos farmacológicos

El proceso de Transformación Digital

El sistema municipal cuenta con una extensa red de más de 120 efectores e instituciones distribuidos en toda la ciudad. A pesar del tamaño, los circuitos de información, principalmente sanitaria, se sostenían en gran medida en registros de formato papel, careciendo de una infraestructura tecnológica adecuada a un sistema de salud municipal en tiempos actuales.

Particularmente en lo que refiere a la información clínica, la totalidad de los efectores y sus más de tres mil trabajadores de la salud registraban las consultas en fichas manuscritas llamadas C1 que se almacenan en antiguos ficheros de cada una de las reparticiones. Esto limitaba la posibilidad de producir información epidemiológica confiable para una planificación sanitaria efectiva, así como la integración entre los diferentes niveles de atención, imposibilitando disponer de indicadores sanitarios en tiempo real para monitorear las condiciones de salud de toda la población a cargo.

Bajo este escenario, la Secretaría de Salud inició en el año 2021 un proceso integral de transformación digital que continúa desarrollándose en la actualidad. La magnitud de la red de establecimientos existente al momento de su implementación representó un importante desafío, tanto desde el punto de vista institucional como cultural. Desde sus inicios, este proyecto tuvo claro que el propósito era impulsar una **estrategia propia de salud digital que esté orientada a fortalecer la gobernanza local en salud.**

En este sentido, el proceso tuvo por **objetivo principal la implementación progresiva de un sistema de historia clínica digital en los tres niveles de atención. Sin embargo, también implicó una reestructuración edilicia, el desarrollo desde cero de una infraestructura de conectividad propia** y la creación de un área específica responsable de planificar y conducir la implementación, capacitación y soporte del sistema. Paralelamente, supuso **impulsar un cambio organizacional y cultural que se puso a prueba en las distintas estrategias de capacitación en alfabetización digital** dirigidas a todos los equipos de salud.

Se comenzó por un diagnóstico y relevamiento de las instalaciones de todos los efectores para implementar la logística de infraestructura y conectividad: detectar la ubicación del armario de comunicaciones, los puestos de red, los trayectos de canalizado troncal y el recorrido del cableado. Esto implicó una inversión histórica destinada a la adquisición de más de 1.100 computadoras, instalación del cableado eléctrico y fibra óptica. Dadas estas condiciones, se llevó adelante una primera estrategia de capacitación de la Historia Clínica Digital (HCD) de manera gradual y en cascada, iniciando en hospitales y extendiéndose progresivamente hacia los Centros de Salud y servicios especializados.

La HCD permite registrar en tiempo real la información sanitaria de una persona a lo largo de todo su recorrido por el sistema de salud, lo cual es una ventana con respecto al registro en papel dada por la posibilidad de la integración de la información pudiéndose consultar desde cualquier lugar o servicio.

Cultura organizacional y alfabetización digital en APS

El proceso de transformación digital implicó la capacitación de más de 3.700 trabajadores de la salud, siendo este el punto más desafiante pero también es el más importante si se quiere garantizar la sostenibilidad del proyecto. Este proceso de transformación digital no constituyó únicamente incorporar tecnologías, sino una transformación profunda de las formas de trabajo, los procesos institucionales y las prácticas cotidianas de quienes integran la organización.

Particularmente en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud, se puso en evidencia con mayor claridad la necesidad de acompañar el cambio organizacional y fortalecer las capacidades de alfabetización digital de los equipos. **La alfabetización digital debe entenderse por lo tanto como un proceso continuo que habilite a los trabajadores de la salud a desenvolverse de manera autónoma pero también críticamente en contextos donde medie la tecnología.**

En función de ello, a principios del año 2024 se observó la necesidad de generar condiciones de acompañamiento a los equipos de atención primaria en un proceso de transformación digital aún inacabado. Por ello, se llevó adelante la e**strategia de capacitación entre pares "CentroXCentro", en la que trabajadores de atención primaria capacitaban a cada equipo mediante simulaciones realizadas en cada centro de salud, atendiendo a las particularidades de cada equipo y a los distintos perfiles de sus integrantes**, ya fueran médicos, administrativos o profesionales de la salud. Asimismo, la estrategia incluyó la simplificación y homogeneización de los códigos diagnósticos duplicados e imprecisos para facilitar su registro en APS.

Hacia finales de ese año, tanto la cantidad —en un 68% — como la calidad de los registros habían mejorado sustancialmente, consolidando un mayor uso del sistema.

Nuevas herramientas y nuevos desafíos

El proceso de transformación digital fue complejo e implicó superar resistencias iniciales propias del cambio cultural y generacional. Sin embargo, representa no solo una importante oportunidad para desarrollar políticas sanitarias más efectivas basadas en datos en tiempo real, sino también para **sentar las bases de la integración con otras tecnologías de salud digital, como telesalud o el sistema de receta electrónica**, abriendo así nuevas posibilidades para la planificación estratégica en salud.
Al mismo tiempo, plantea **desafíos ineludibles** de cara al futuro, particularmente la **necesidad de pensar sistemas, adaptaciones y herramientas con un enfoque más familiar y comunitario, que reflejen mejor las particularidades que habitan en la Atención Primaria de la Salud.**

Devolución de datos: primer Boletín Epidemiológico Digital de APS

Escenario

La APS mantiene un contacto estrecho y longitudinal con la población, abarcando todo el ciclo de vida de las personas. Esta cercanía permite relevar de manera permanente información sobre las condiciones de salud de la comunidad y el funcionamiento de los servicios. Se hace necesario, por lo tanto, contar con una herramienta que permita sistematizar esa información, transformarla en conocimiento y orientar decisiones oportunas basadas en la realidad epidemiológica de cada área programática de los centros de salud, fortaleciendo la capacidad de planificación y gestión de los equipos.

El primer paso fue generar una estructura adecuada que permita la implementación de un sistema de registro en salud o HCD en la que se trabajó junto a la Universidad Tecnológica Nacional y la Universidad Nacional de Córdoba para la conformación de un área de soporte técnico, visualización y análisis de datos.
Desde su implementación se ha generado una gran cantidad de datos que debe transformarse en información orientada a la producción de políticas efectivas. En este sentido, se desarrollaron los primeros tableros de monitoreo y análisis en tiempo real en la Dirección de Coordinación Tecnológica mediante herramientas de visualización de datos, permitiendo mejorar el seguimiento de los primeros indicadores de gestión.

Posteriormente, se fueron consolidando nuevos modelos de datos y tableros que permitieron mejorar el seguimiento de trazadoras sanitarias como hipertensión arterial y obesidad infantil, así como la notificación de enfermedades y la geolocalización de las atenciones para el direccionamiento de programas. Asimismo, se desarrollaron tableros de control para monitorear consultas, tipos de consulta, frecuencia de diagnósticos y prestaciones, con posibilidad de desagregar la información por efector, servicio y período de tiempo. **Sin embargo, aún era necesario avanzar en la construcción de indicadores sanitarios vinculados a los programas prioritarios de la APS y generar mecanismos que permitieran devolver esa información a los equipos de salud de manera sistemática.**

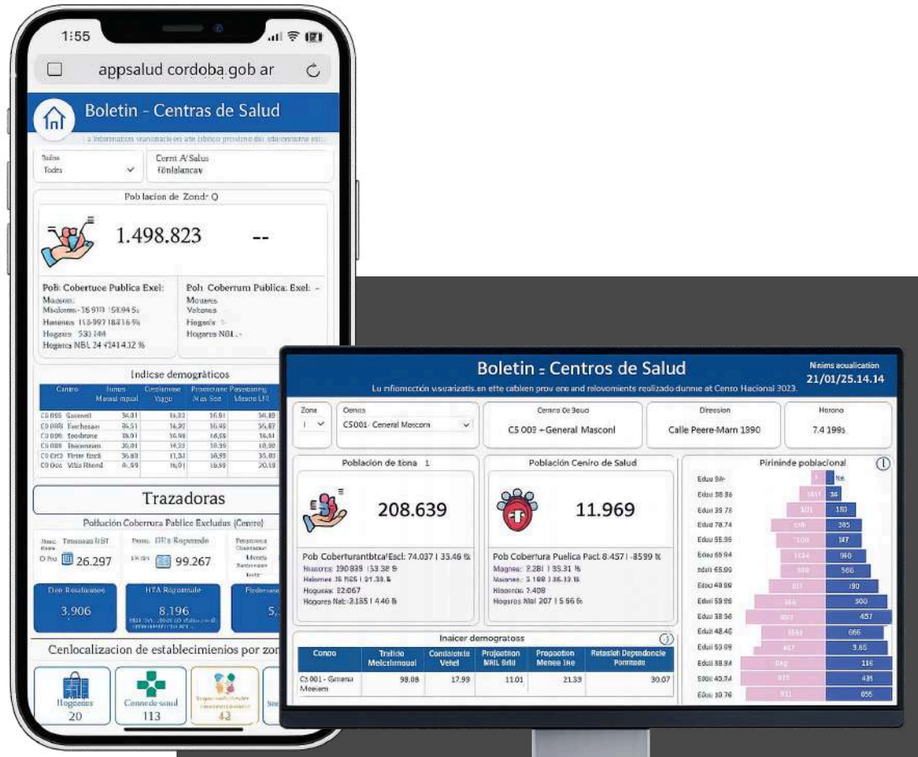
Intervención

En este marco, **durante 2025 se comenzó a desarrollar un boletín epidemiológico digital que reúne información poblacional, epidemiológica y de trazadoras sanitarias (control de embarazo, CCU, ECNT, entre otras) así como un registro de actividades comunitarias y vigilancia epidemiológica:** nacidos vivos, mortalidad general e infantil, enfermedades de notificación obligatoria más frecuentes, su evolución anual y semanal. Mediante la recopilación e integración de información proveniente del sistema ehCOS, el Censo Nacional 2022 (INDEC) y estadísticas vitales de la Dirección de Epidemiología, se logró construir una primera versión del boletín epidemiológico digital. Es importante destacar que se trata de una **herramienta dinámica, diseñada para ser modificable y adaptable a los requerimientos de información del primer nivel de atención,** en función de las necesidades de los equipos o de nuevas líneas de trabajo que surjan.

El boletín digital permitió por lo tanto pasar de modelos de gestión sustentados en información fragmentada o percepciones basadas en la experiencia hacia un enfoque basado en información. **Al sistematizar y presentar información central, permite a los equipos contar con un panorama actualizado e integral del centro de salud y su área programática, facilitando la identificación temprana de tendencias o problemáticas prioritarias como así también oportunidades de mejora en lo que respecta al desempeño de servicios puntuales de salud.**

Más importante aún es que el boletín **funciona como un dispositivo de integración y valorización de la información producida cotidianamente por los propios equipos de los Centros de Salud**, visibilizando su trabajo de forma organizada, dinámica y comparable en el tiempo.

Para 2026 el boletín se consolidó como una herramienta transversal para todo el equipo de salud reforzando el sentido de corresponsabilidad de la gestión sanitaria.



Receta electrónica: Garantizar la cobertura pública exclusiva de tratamientos farmacológicos

Escenario

En los sistemas públicos, la gestión de insumos y fármacos responde históricamente a modelos tradicionales de prescripción y dispensa basados en la compra a granel. Estos están caracterizados por un bajo nivel de modernización, lo que dificulta el monitoreo y trazabilidad de medicamentos, como así también la valoración de costos, los controles de inventarios y mayor posibilidad de vencimiento. Se hace necesario una estrategia que permita ordenar la trazabilidad de la dispensa de medicamentos a los 100 Centros de Salud de Atención Primaria, como así complementar el resto de las fuentes de provisión para asegurar la disponibilidad efectiva del tratamiento farmacológico.

Intervención

Un modelo de Atención Primaria fortalecido debe orientarse prioritariamente a garantizar el acceso oportuno, eficiente, seguro y gratuito a los tratamientos farmacológicos para la población con cobertura pública exclusiva. **En la ciudad de córdoba se implementó a través del Programa "Recetando Salud" la posibilidad de prescripción mediante receta electrónica como política complementaria al resto de las fuentes de provisión (compra, producción propia y Remediar) y de esta manera asegurar en tiempo y forma a los pacientes bajo programa, la continuidad y adherencia a los tratamientos**. El programa también permitió la trazabilidad de la prescripción como así también el uso racional de los medicamentos en el ámbito ambulatorio a través del diseño de tres etapas: prescripción electrónica, dispensa del medicamento en la farmacia local adherida y finalmente auditoría y control de la práctica.

Los pacientes acceden a tratamientos mensuales los cuales son prescritos por médicos municipales en el ámbito de una consulta médica registrada en la Historia Clínica Digital para su posterior auditoría. En este sentido, la receta electrónica persigue el camino de la modernización permitiendo la mejora continua y la disponibilidad de información estadística certera para la toma de decisiones.

En cuanto al proceso, el fármaco se retira mediante un número de identificación en alguna de las **207 farmacias locales que dispensan en su conjunto 10 mil ítems farmacológicos mensualmente en promedio.** Se cuenta con un **vademécum actualizable de 122 monodrogas en diferentes presentaciones** que pueden darse de alta o baja de acuerdo a la disponibilidad del stock físico de los depósitos centrales y Laboratorio Farmacéutico Municipal.



Esto permitió eficientizar el sistema de compras, adquiriendo lo que efectivamente se consume. **Asimismo, la dinamicidad de la implementación permite garantizar el acceso efectivo a tratamientos farmacológicos para la población con cobertura pública exclusiva en función de las necesidades epidemiológicas.** Esto posibilita, por ejemplo, reforzar la provisión de medicamentos destinados al abordaje de las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB) durante los períodos de mayor circulación estacional.

Actualmente se encuentra en etapa de implementación y prueba piloto una plataforma destinada a unificar las fuentes de provisión de medicamentos de todo el sistema de salud municipal. Su próxima puesta en funcionamiento constituirá un hito en la gestión de la política de medicamentos, fortaleciendo la planificación, la capacidad de anticipación al detectar stock críticos y el ordenamiento de las formas de adquisición y descarte de los fármacos e insumos que son utilizados en el ámbito de la Atención Primaria de la Salud.

#ESTIEMPODEAPS

Caminatas Saludables en el marco de la Feria de Salud “Hábitos que Crecen” con la población a cargo de los Centro de Salud N° 7 Pueyrredón y Centro de Salud N° 32 Yapeyú e instituciones del barrio (CPC Pueyrredón, colegios primarios y secundarios, centros vecinales, clubes deportivos, Ministerio de Educación, otras organizaciones).



3° Congreso de Salud Municipal "Es Tiempo de Atención Primaria de la Salud"

Segundo Congreso de Salud Municipal con Orientación de Atención Primaria de la Salud

23 de Octubre del 2024
Teatro Comedia Municipal de la Ciudad de Córdoba

Palabras finales

Desde la Declaración de Alma-Ata de 1978, la Atención Primaria de la Salud continúa siendo la estrategia más justa para garantizar el derecho a la salud. En ese camino, la Ciudad de Córdoba puede sentirse orgullosa de contar con una de las redes de atención primaria más extensas y capilares del país, construida a lo largo de cinco décadas por trabajadores comprometidos con el cuidado de su población y sus familias.

La atención primaria de la salud es también el nivel más afectado ante los cambios sociales, políticos y económicos del contexto, por lo cual debe tener capacidad de adaptación y contar con equipos que apuesten a un aprendizaje continuo y colectivo.

Fortalecer la capacidad instalada, consolidar procesos de trabajo más ordenados, jerarquizar equipos de salud y trabajar en políticas dinámicas que se sostengan a largo plazo, constituyen condiciones indispensables para que en el futuro puedan abordarse de manera efectiva las problemáticas que se presentan en la comunidad.

En octubre del 2024 se llevó a cabo el tercer Congreso de Salud Pública Municipal y el primero orientado particularmente al trabajo de los equipos de Atención Primaria de la Salud. El mismo se enfocó en el trabajo de los 100 Centros de Salud municipales, los servicios odontológicos periféricos, y los dispositivos territoriales y comunitarios de Salud Mental.

"Es Tiempo de APS" fue el eslogan elegido por los propios equipos que participaron de la organización del Congreso y, en definitiva, fue también una **declaración política y colectiva: es tiempo de visibilizar el trabajo de quienes sostienen el primer contacto entre el sistema de salud y la comunidad; y esto debe ser ahora.**

Nuestro principal objetivo fue unir a los equipos en torno a una identidad y aspiración común, poder trabajar con liderazgos genuinos que surgen del mismo equipo de salud fue crucial para pasar del modelo piramidal a un modelo más colectivo y plural. **Esta visión compartida supone un objetivo común con compromiso futuro y no un mero acatamiento de órdenes o de recetas preestablecidas.**

Las mesas de trabajo interdisciplinarias y el trabajo de cogestión fortalecieron el diálogo, permitiendo reconocer patrones de interacción que erosionan el aprendizaje de un equipo, **los mismos a veces se encuentran naturalizadas dentro del equipo bajo el concepto de " años de experiencia", o "siempre se hizo así**", esta modalidad de trabajo bajo una visión compartida alienta un compromiso a largo plazo.

Esta nueva manera de gestionar el sistema de salud evita reformas cosméticas que lo único que hacen es cambiar algo para que todo siga igual. Trabajar en un modelo de gestión del conocimiento proactivo requiere de creatividad, innovación, investigación y riesgo, pero que a futuro lo sostiene el mismo equipo y que mejora junto con el aprendizaje colectivo.

Definir claramente el concepto de territorio, que no es el simple recorrido de una zona, sino el dar lugar y legitimar la voz de la comunidad, de los equipos y su historia, y abrir el debate a través de los **foros comunitarios de salud** es realmente una estrategia de atención primaria de la salud.

Podemos pensar que como equipo de salud de atención primaria estamos en una etapa de resistencia, de aprendizaje y de pensar una táctica oportuna para continuar. En este contexto social atravesado por dinámicas de fragmentación y creciente individualización apostar a las **actividades comunitarias** como estrategia sanitaria de gestión implica una construcción colectiva entre el equipo de salud, la comunidad y el Estado.

Las redes son importantes: priorizamos en primera instancia las redes internas de trabajo y las redes con la comunidad, esta red permite los **liderazgos genuinos**, sin jerarquías de poder y la comunicación con la comunidad de igual manera.

No se puede construir un futuro posible sin convicción, la Atención Primaria de la Salud tiene el compromiso incuestionable de lucha de los y las trabajadoras de la salud por transformar de manera cotidiana las realidades de los territorios y las comunidades.

Esta convicción de trabajo se construye cuando el equipo de salud no "baja" al territorio, sino que se reconoce como parte de él, que las decisiones no sean impuestas desde una oficina técnica, sino que nazcan de la realidad local. Trabajar en mesas de cogestión implica aceptar la complejidad. La soledad, la tristeza y la pobreza estructural no se "curan" con una receta; se enfrentan con estrategias colectivas que exceden lo asistencial.

En un contexto de "soluciones mágicas" y respuestas estandarizadas, apostar por los procesos largos y el trabajo en equipo es un acto de resistencia que el equipo de APS está dispuesto a dar.



#ESTIEMPODEAPS #ESTIEMPODEAPS #ESTIEMPO