



UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE  
SAN MARTÍN

ESCUELA  
DE POLÍTICA  
Y GOBIERNO

**Maestría en Planificación y Evaluación de Políticas Públicas**

## **Tesis de maestría**

***POLÍTICA DE APOYO A LA TOMA DE DECISIONES:  
UNA CLAVE EN LA MEJORA DE LA ATENCIÓN DE LAS  
ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES***

*Maestranda: Mg. Brunilda Casetta*

*Director: Dr. Julián Bertranou*

*Ciudad Autónoma de Buenos Aires*

*19 - XII - 2024*

## Tabla de contenido

Abreviaturas.....	3
Resumen.....	4
Introducción.....	7
Propósito y objetivos.....	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos.....	13
Material y metodología.....	14
CAPÍTULO 1. Abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles .....	18
1.1. Relevancia de las enfermedades crónicas no transmisibles.....	18
1.2. Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles.....	21
CAPÍTULO 2. La política pública nacional de apoyo a la toma de decisiones .....	24
2.1. La Dirección Nacional que aborda las enfermedades no transmisibles .....	24
2.2. Programas y proyectos ministeriales de interés para la política de apoyo a la toma de decisiones.....	27
2.3. Situación objetivo y teoría de cambio.....	29
2.3.1. Situación objetivo.....	29
2.3.1. Teoría de cambio.....	32
CAPÍTULO 3. Resultados y análisis de los principales hallazgos del nivel central .....	34
3.1. Rol rector en el apoyo a la toma de decisiones .....	36
3.2. La Dirección de ECNT como unidad elaboradora de GPC .....	39
3.3. El análisis documental de la producción y calidad de las GPC.....	42
3.4. Otros documentos.....	49
3.5. La implementación de GPC .....	49
3.5.1. Diseño de la implementación.....	50
3.5.2. Unificación de criterios en el nivel central.....	50
3.5.3. Elaboración de aplicativos y capacitaciones .....	53
3.5.4. REDES: capacitaciones y microgestión.....	60
3.5.5. PROTEGER: el préstamo para las crónicas .....	65
3.5.6. SUMAR: las prestaciones.....	68
3.6. Corolario y perspectivas del apoyo a la toma de decisiones en ECNT desde el nivel central..	69
CAPÍTULO 4. Resultados y análisis de los principales hallazgos del nivel municipal: Moreno y Quilmes .....	74
4.1. Municipio de Moreno, desde el Programa de Salud del Adulto .....	74
4.2. Municipio de Quilmes, desde la Secretaría de Salud .....	79
CAPÍTULO 5. Discusión y recomendaciones finales .....	82
Anexos.....	96
Referencias.....	98

# Abreviaturas

**ACIC:** del inglés *Assessment of Chronic Illness Care* instrumento de evaluación del grado de desarrollo de los componentes del MAPEC con formularios diferenciados para los equipos y para la población.

**ACV:** accidente cerebrovascular.

**AGREE, AGREE II y AGREE-REX:** del inglés *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*, instrumentos para valoración de la calidad de las guías de práctica clínica. [www.agreetrust.org](http://www.agreetrust.org)

**CAPS:** centros de atención primaria de la salud.

**CEB:** Cobertura Efectiva Básica.

**COI:** conflictos de interés.

**CVP:** Cadena de Valor Público.

**DNFSP:** Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales.

**DM y DM2:** diabetes mellitus y su variedad tipo 2 o no insulino dependiente.

**ECNT y ENT:** enfermedades crónicas no transmisibles independientemente del uso del término “crónicas” para su caracterización.

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

**GLIA:** del inglés *The GuideLine Implementability Appraisal* (GLIA) instrumento desarrollado por la Universidad de Yale (EE.UU.) para evaluación de las barreras intrínsecas de una guía para su implementación.

**GPC:** guías de práctica clínica.

**GRADE:** del inglés *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* como metodología de ponderación de la evidencia y de su pasaje a las recomendaciones.

**HbA1c:** hemoglobina glicosilada para el seguimiento del grado de control de la diabetes mellitus.

**HCE:** historia clínica electrónica (en distintos ámbitos públicos se divulgo como historia sanitaria integral).

**HTA:** hipertensión arterial (medida en mmHg, milímetros de mercurio).

**IAM:** infarto agudo de miocardio.

**IVT:** Indicadores Vinculados a Transferencias.

**MAPEC:** modelo de atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles.

**MBE:** Medicina Basada en Evidencias.

**MSN:** Ministerio de Salud de la Nación de Argentina.

**MV:** microvasculares.

**OMS/OPS:** Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud.

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas.

**PICO:** por sus componentes Población, Intervención, Comparador y *Outcomes* -medidas de desenlace o de resultado- típicamente de una pregunta clínica.

**PNA:** primer nivel de atención de la salud.

**PMO:** plan médico obligatorio.

**PNCT:** Programa Nacional de Control del Tabaco.

**PNGCAM:** Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

**RCVG:** cálculo del riesgo cardiovascular global para las Américas subregión B de la OMS/OPS.

**RS-MA:** revisiones sistemáticas con metaanálisis.

# Resumen

**Introducción:** Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, en Latinoamérica y en Argentina. Estas engloban principalmente a las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer y sus factores de riesgo como el consumo de tabaco y de alcohol, el sedentarismo y la mala alimentación. Se estima que una gran parte de las personas con problemas crónicos reciben una atención poco adecuada. Por ello, surgió la necesidad de reorientar los servicios de salud para la atención de estas condiciones. Dentro de los elementos necesarios a este fin, la Organización Mundial de la Salud (OMS/OPS) impulsa que los Estados orienten a los equipos de salud de manera científica y adecuada a su realidad a través de guías de práctica clínica (GPC).

Desde 2009, el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) cuenta con una Dirección que aborda las ECNT e implementa un modelo de atención acorde: el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles, esto es, el MAPEC. Este modelo comprende al APOYO A LA TOMA DE DECISIONES de los profesionales sanitarios representado centralmente por la implementación de GPC de calidad. Esta implementación se fundamenta en abordajes multinivel para mejorar la práctica y garantizar los mejores cuidados a la población que redunde en reducción del impacto de las ECNT sobre la morbimortalidad.

La comprensión de la política pública como un proceso productivo del Estado, es decir, como una Cadena de Valor Público (CVP) en la que los recursos estatales producen bienes y servicios orientados a ordenar diversas áreas de la vida social de acuerdo con sus valores y propósitos, facilita la evaluación de los procesos y efectos de este aspecto central del MAPEC. Desde la máxima cartera sanitaria se ha desarrollado la política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT desde los comienzos de la creación de una dirección específica y es de interés conocer formalmente esta producción, implementación y primer nivel de efectos, en su recorrido de tres lustros.

Para ello, la presente Tesis buscó caracterizar su desarrollo, analizar su proceso productivo y de implementación con una primera línea de efectos. Como contraparte, se analizó el efecto en dos municipios del conurbano bonaerense.

**Material y métodos:** Se realizó un diseño de evaluación cualitativo de las áreas sustantivas e instrumentales caracterizando las variables e indicadores consistidos en una matriz. Entre junio de 2023 y enero del año 2024 se realizaron siete entrevistas, de las cuales cinco fueron a actores claves del nivel central y dos a actores de los Municipios de Moreno y de Quilmes. El análisis documental incluyó las GPC matriciales y sus aplicativos, informes de gestión y otros resultados disponibles tanto de la Dirección de ECNT como de los programas con incentivos económicos PROTEGER, SUMAR y REDES y de la provisión de medicamentos esenciales del REMEDIAR entre los más relevantes a señalar del nivel central. Asimismo, se analizaron materiales de las jurisdicciones municipales para complementar los hallazgos.

**Resultados:** El MSN, representado por la Dirección de ECNT, desarrolló la política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES de un modo intencional y consistente contribuyendo sólida y federalmente a robustecer la atención de las ECNT. El punto de partida fue un sistema de salud público destinado a atender los episodios agudos y la salud materno infantil que no contaba con preparación estructural para la atención de las ECNT. Esta política la impulsó a través de un producto integrado, conformado por una clara producción de bienes, servicios y transferencias a tal fin. Entre estos productos destacan la elaboración de GPC acorde a estándares de calidad y sus aplicativos, el desarrollo de capacitaciones, microgestión, rotaciones para adquisición de destrezas, las transferencias para reembolsos de prestaciones y la provisión de medicamentos acordes.

El APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT se orientó a reducir la variabilidad inadecuada en la atención de la salud y a superar la inercia terapéutica. La calidad de las GPC basadas en la evidencia científica se fundamentó en la inclusión de estándares acorde a la metodología GRADE (del inglés *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*), con participación interdisciplinaria y federal, explicitación y manejo de los potenciales conflictos de intereses, valorando el punto de vista de los pacientes. Las temáticas troncales impulsadas de manera priorizada fueron sobre la valoración global del riesgo cardiovascular (RCVG), diabetes mellitus, hipertensión arterial y cesación tabáquica.

El trabajo de implementación se basó en una teoría de cambio fundamentada en la evidencia científica, lo cual fue trabajado con estrategias multinivel y multicomponente. El REMEDIAR fue modelando su botiquín acorde a las recomendaciones de las GPC particularmente en cuanto a diabetes mellitus, hipertensión arterial y a la reducción del riesgo cardiovascular. REDES aportó una amplia implementación a través de las capacitaciones, de microgestión para sus trazadoras de ECNT y la nominalización de personas con RCVG elevado. El SUMAR reembolsó por la práctica de prestaciones basadas en las recomendaciones de las GPC sobre ECNT en todo el país. El PROTEGER se destacó como ordenador para el fortalecimiento de la estructura para la atención de las crónicas, facilitando el acceso a las GPC y orientando procesos de atención basados en las recomendaciones nacionales. Estos programas contribuyeron a una adopción local de las GPC por un lado homogeneizada a la vez que heterogénea acorde a las necesidades e intereses locales, con indicios de baja superposición entre los programas/proyectos contribuyendo incluso a establecer puentes entre los sectores fragmentados del sistema de salud argentino.

Dentro de los logros mensurables del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT encontramos: la provisión de directrices para la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento de las principales ECNT, la orientación hacia lo que NO hay que hacer basado en recomendaciones en contra de alternativas sin suficiente evidencia científica que las respalde o sin un balance beneficio/riesgo adecuado, la influencia en la regulación y acceso a medicamentos a nivel nacional, la integración a la práctica clínica de prestaciones para atención de las ECNT como líneas de cuidado acorde a las recomendaciones basadas en la evidencia científica, la conceptualización generalizada e integrada en el equipo de salud del riesgo cardiovascular a nivel federal, la mejora de la prescripción de fármacos

antihipertensivos, antidiabéticos, para la cesación tabáquica y otros, el aumento de CAPS con médicos y personal de enfermería entrenados en destrezas de abordaje del pie diabético y en insulinización, el aumento de CAPS con algún agente capacitado en realización y/o interpretación de espirometrías, y como incidencia en el impacto, posible reducción de la incidencia de accidente cerebro vasculares (ACV) a partir de la mejora de la prescripción de antihipertensivos.

Respecto a las jurisdicciones municipales seleccionadas de Quilmes y Moreno, avalaron el prestigio y direccionamiento que han producido a partir de las GPC y su efecto orientador y ordenador de la mano de los programas y planes de incentivos económicos. Tanto desde Quilmes como de Moreno se pudieron describir numerosas líneas de trabajo en relación a ECNT con implementación de distintas líneas de cuidado, predominantemente RCVG, hipertensión arterial y diabetes mellitus, como también en otras como cesación tabáquica, salud renal y respiratoria en el Municipio de Moreno en el cual un claro ejemplo del impulso generado fue el Plan de Hipertensión Arterial Municipal. Como dificultades capilares se describieron las temáticas que compiten en el territorio, la implementación fragmentada de estos y otros temas desde el nivel central, la crisis económica y el vínculo variable entre los decisores y los médicos para implementar las recomendaciones de alta calidad. Ambas jurisdicciones registraron como un paso a dar, el desarrollo de la vigilancia epidemiológica sobre prácticas específicas y sobre indicadores de salud acerca de cuán controladas se encuentran las ECNT. Aunque falta asegurar el impregnar la práctica clínica cotidiana de modo más estable y nuevos estímulos proponen contribuir en la implementación de las recomendaciones como la continuidad del proyecto *HEARTS* de OMS/OPS y la implementación la historia clínica electrónica (HCE).

**Conclusión:** La presente Tesis representa un aporte al reconocimiento de la política pública nacional de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT la que resulta un tema poco abordado en las investigaciones de políticas. Así, en estos primeros quince años de trabajo hubo un cambio sustancial en la estructura y capacitación de la atención de las crónicas a nivel nacional en el que las GPC no solo orientaron al equipo de salud sino a distintos estratos de decisores llegando a todas las provincias. La metodología de múltiples entrevistas de actores del nivel central y de dos jurisdicciones municipales destinatarias junto al análisis documental con datos de los planes/programas con financiamiento permitió dar solidez a los resultados obtenidos. El APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT en Argentina resulta una realidad palpable que ha impulsado cambios de importancia y que ha logrado en gran parte su misión de mejorar el abordaje de las crónicas. Su robustez se pondrá a prueba ante la presencia de amenazas como la crisis económica, la finalización del PROTEGER, los cambios de equipos y la reorientación de las políticas.

# Introducción

¿Hace bien una copita de vino para prevenir los problemas cardíacos? ¿La hipertensión arterial puede ser de origen emocional? ¿Una aspirina por día protege de un infarto cardíaco? ¿Sirve el cigarrillo electrónico para dejar de fumar? Estas y otras preguntas despiertan el interés tanto del equipo de salud como de la población, sin embargo, brindar a los médicos y a la población respuestas al respecto ¿puede constituir una política pública de salud?

Al sistema de atención de la salud de Argentina se lo describe habitualmente como fragmentado y funciona con superposiciones entre lo público, lo privado y la cobertura por empleo<sup>1,2</sup>. Sin embargo, existe también una fragmentación conceptual, que se relaciona con la evolución científica y del estilo de vida. A esta evolución se la denomina transición epidemiológica<sup>3-5;a</sup>. Durante siglos los cementerios estuvieron llenos de niños y jóvenes<sup>b</sup> y la mortalidad materna por causas obstétricas fue muy elevada. Esto se debió principalmente a la impiedad de las enfermedades infectocontagiosas, a la ausencia del conocimiento científico sobre causas y tratamientos y al escaso desarrollo de tecnologías en salud<sup>4</sup>. Los avances y desarrollos en esta área cambiaron la historia y permitieron arribar a nuevos conocimientos en el siglo XX: fumar mata, la obesidad mata, la hipertensión arterial mata, el sedentarismo mata. Esta nueva lista está compuesta de factores de riesgo metabólicos o de estilo de vida y de sus consecuencias en diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas<sup>6;c</sup>, que hoy en día representan la más alta mortalidad y gasto en salud. A estas situaciones se las identifica en contraposición a las producidas por organismos microbiológicos como enfermedades crónicas no transmisibles

---

<sup>a</sup> La transición epidemiológica se refiere a los cambios de frecuencia, magnitud y distribución de las condiciones de salud, expresadas en términos de muerte, enfermedad e invalidez. La transición epidemiológica del siglo XX se refiere a: a) la sustitución entre las primeras causas de muerte de las enfermedades infecciosas comunes por enfermedades no transmisibles y lesiones; b) el desplazamiento de la mayor carga de morbimortalidad desde los grupos más jóvenes a los grupos de edad avanzada; y c) el cambio de una situación de predominio de la mortalidad en el panorama epidemiológico a otra en la que la morbilidad es lo dominante. Alrededor de 1930, en la mayor parte de los países latinoamericanos la esperanza de vida al nacer era inferior a 40 años y más de 60% de las muertes eran debidas a enfermedades infecciosas. En cambio, a principios de la década de los ochenta, la esperanza de vida promedio era de 64 años.<sup>3</sup>

<sup>b</sup> En memoria de mi tío paterno Bruno Casetta († a los 8 años) y de mis tíos maternos Bortolussi: Guerino († a los 2 años por una peste durante la primera guerra mundial, posiblemente gripe española), Emma († a los 9 años, accidente) y otros tres hermanitos de los que no me llegó el nombre pero que fallecieron en la infancia por accidentes o pestes cuando no existían antibióticos ni avances científicos para salvarlos.

<sup>c</sup> Las ECNT incluyen, entre otras, a las enfermedades cardiovasculares (ej. Infartos de miocardio (IAM), accidentes cerebrovasculares (ACV)), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (ej. asma y EPOC), la diabetes mellitus y a los factores de riesgo metabólicos y conductuales que presentan en común (ej. hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad, sedentarismo/inadecuada actividad física, mala alimentación, exceso de consumo de sal de sodio). En nuestro país la transición epidemiológica es acumulativa ya que coexisten patologías de la etapa pre transición (enfermedades transmisibles) y de la post transición (ECNT).

(ECNT) o enfermedades no transmisibles, o bien coloquialmente llamadas “las crónicas”, denominaciones que usaré indistintamente.

Cuando se habla sobre la prevención de ECNT como posible, lo que se quiere decir es que numerosas muertes se dan prematuramente y millones de eventos duros como infartos cardíacos, accidentes cerebrovasculares (ACV), ceguera, diálisis/trasplantes, internaciones ocurren tempranamente, acortan la esperanza de vida y generan discapacidad. Entonces, la prevención y reducción del impacto de las ECNT requieren de un abordaje integral. Esto se logra tanto con políticas poblacionales que comprenden entre otras a las legislaciones, impuestos y diseño de ciudades como también de políticas dirigidas directamente al sistema de atención de la salud. Para la población está aceptado buscar acceso a la atención por problemas de salud transmisibles por mosquitos, por las gotitas de un estornudo (*Flügge*), por contacto interpersonal o con animales, por síntomas agudos, etc., a la vez que el sistema de salud se centró históricamente en lo agudo. A todo esto, se suma que la opinión pública y las políticas de salud son captadas con mayor facilidad por las situaciones infectocontagiosas ya sea VIH-SIDA (virus de la inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida), dengue o virus respiratorios. Una buena muestra de ello fue la reciente pandemia por un nuevo coronavirus, conocida como COVID-19.

En el siglo XXI ya está ampliamente difundida la importancia de una alimentación saludable, de la mantención del peso dentro de ciertos parámetros, de la relevancia de evitar el consumo nocivo de alcohol y de asegurar el no consumo de tabaco ni de exposición a su humo en el ambiente, la importancia de caminar tantos pasos o de sumar tantos minutos de actividad física a la vida cotidiana. Sin embargo, a pesar de la difusión de estos parámetros saludables, la incorporación a la vida cotidiana de los argentinos en líneas generales, no muestran buena evolución en las encuestas poblacionales.

Por otra parte, una política pública busca hacer que las cosas sucedan movilizando recursos del Estado. Cada política busca reducir la brecha entre una realidad actual no satisfactoria y una imagen objetivo que orienta hacia dónde se propone llegar como situación futura<sup>7</sup>. En 2009 surgió a nivel nacional la Dirección encargada de propulsar la prevención y la atención de calidad de las personas con ECNT y sus factores de riesgo con una estrategia comprensiva de sus determinantes. El sistema de atención necesitaba entonces adecuarse a estas situaciones y el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) debía cumplir un rol rector al respecto.

En los más de tres lustros en los que me desempeñé en el MSN, colaboré fundamentalmente en dos políticas. La primera fue la exitosa política de Control del Tabaco llevada a cabo desde su programa homónimo (PNCT), que se encontraba en desarrollo cuando ingresé en 2006. De hecho, las primeras leyes de ambientes libres de humo fueron de esa época<sup>d</sup> y la ley

---

<sup>d</sup> Ley de Ciudad Autónoma de Buenos Aires sancionada en 2005 con entrada en vigencia en 2006. La ley 7.575 de la provincia de Tucumán sancionada en 2007.

nacional, llegaría pocos años después. A su vez, el equipo de salud estaba escasamente involucrado en la cesación tabáquica y pude colaborar fuertemente al respecto. La segunda política en la que me desempeñé fue el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT la cual presenta como destinatario directo al equipo de salud principalmente del primer Nivel de Atención (PNA). Esta política se encontraba en período embrionario y fui parte de su gestación, nacimiento y desarrollo, junto a profesionales de gran valía, determinación y perseverancia.

Entonces, ¿qué es el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES? En pocas palabras diría que es lo opuesto al dicho "cada maestrillo con su librillo". Por un lado, el amplio y exponencial crecimiento de las publicaciones científicas hace que sea prácticamente imposible al equipo de salud estar actualizado y menos aún de modo homogéneo<sup>8;e</sup>. Por otro lado, los estudios científicos pesan distinto en la certeza que aportan ya sea por el número de participantes, el tipo de diseño aplicado para demostrar o no el objetivo, los conflictos de intereses de los investigadores y otros muchos aspectos que hacen a la certitud de un conocimiento que se dio en llamar Medicina Basada en Evidencias (MBE)<sup>9</sup>. A esto se suma que en general los estudios científicos en temas de salud no suelen incluir poblaciones que representen a la gran variedad de personas que consultan generando cierta evidencia indirecta.

Un gran paso en compendiar y mejorar el conocimiento científico en el área de la medicina, fueron las revisiones sistemáticas con metaanálisis (RS-MA)<sup>9</sup>. Sin embargo, esta homogeneización es principalmente un ajuste de precisión de resultados y no es su función generar recomendaciones, es decir, cursos de acción que es lo que el equipo de salud requiere en su práctica cotidiana. Esto demanda saber convertir esta evidencia científica en recomendaciones, esto es función específica de las Guías de Práctica Clínica (GPC)<sup>10</sup>. Aceptando que la realidad es heterogénea, lo que intenta limitar el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES son las diferencias arbitrarias en los abordajes por parte del equipo de salud, lo cual da origen a una variabilidad injustificada en la práctica de atención.

Esto remite a una cierta necesidad de estandarización de los procesos asistenciales. Entre las herramientas a tal fin existen importantes diferencias como entre las GPC y los documentos de consensos de expertos<sup>11</sup>. En los últimos, el acuerdo desarrollado ya sea por métodos de consenso formal o informal, se realiza sin valorar críticamente la evidencia científica. En cambio, en una GPC este es el elemento central y fundante de las recomendaciones resultantes.

Una GPC es la estrategia reconocida para responder a las preguntas que interesan a la población y al equipo de salud sobre prevención, diagnóstico o tratamiento. Esa respuesta es brindada a través de cursos de acción o recomendaciones lo más explícitas y coherentes posibles sobre la población a la que se aplican, con suficiente especificación de la

---

<sup>e</sup> Se estima que el tiempo de duplicación del conocimiento médico en 1950 fue de 50 años; en 1980, 7 años; y en 2010, 3,5 años. Para 2020 sería de 0,2 años, es decir, sólo 73 días.

intervención a aplicar y del resultado a esperar<sup>12</sup>. De esta manera, cada GPC permite arribar consensuadamente a dar respuestas de temáticas conflictivas, a distinguir con la mejor claridad posible qué se espera lograr con la aplicación de cada intervención, a concientizar el balance entre el beneficio y el riesgo de la aplicación de cada actuación. Todas estas exigencias concluyen en recomendaciones de distinto grado de aplicación, esto es si la propuesta es fuerte o si se plantea para ser aplicada de modo condicional<sup>10</sup>.

A partir de la transición epidemiológica, la gran parte de las personas con ECNT recibían una atención poco adecuada. Por ello, la necesidad de reorientar los servicios de salud para la atención de estas condiciones crónicas requirió de pasar de un modelo reactivo centrado en la enfermedad, a un modelo de cuidados con seguimiento longitudinal<sup>13</sup>. Las GPC son parte de dicha reorganización y si bien los usuarios más directos lo componen los equipos de salud y los pacientes, también lo son en sentido más amplio los decisores políticos y actores organizativos del sistema sanitario. Durante la elaboración de GPC se tiene conciencia de que el destinatario real lo constituye la población a la que se busca proteger preguntando sobre su aceptación, en combinación con el análisis de su balance a favor del beneficio, los costos y los resultados que se espera alcanzar por cada intervención propuesta<sup>10</sup>.

¿Pero no se ocupan de estos temas las sociedades científicas? Es innegable el aporte que realizan las sociedades científicas con sus avances y discusiones en orientar la práctica, las cuales están generalmente organizadas por especialidades, áreas temáticas o de desempeño. Estas asociaciones de profesionales impulsan conferencias, simposios y congresos para mantener los conocimientos actualizados, sin embargo, se desconoce en qué medida contribuyen a la mejora y homogeneización de las prácticas. A la vez, estos eventos y visiones pueden estar afectadas por intereses económicos o rivalidades académicas que pueden contener segundas intencionalidades al influir en las prescripciones y la toma de conducta<sup>14,15</sup>. Por otra parte, el recurso metodológico es escaso costoso y requiere de una *expertise* específica en elaboración de GPC.

Como esbocé, el nacimiento de la Dirección sobre ENT me encontró trabajando en políticas de Control del Tabaco y el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES captó mi atención. Desde el principio algunos profesionales médicos impulsamos y sostuvimos los productos centrales de esta política que son las GPC matriciales<sup>f</sup>, sus documentos de implementación y las capacitaciones relacionadas. Incorporar los mejores estándares en la elaboración de GPC comprendía el análisis del “peso” de los resultados de las RS-MA y de los estudios científicos individuales conforme al sistema de evaluación de la misma de la metodología GRADE<sup>10</sup>. Esta metodología de valoración de la calidad de la evidencia es considerada la de mayor claridad y transparencia, y hoy en día es la más aceptada mundialmente. La elaboración de cada GPC y todo lo que se movilizaba a partir de ello era como mover una montaña de lugar. Por otro

---

<sup>f</sup> Llamaré GPC matrices o matriciales a los documentos extensos iniciales de las GPC que contienen todas las recomendaciones y el detalle del proceso metodológico y de la evidencia científica en la que se sustentan las recomendaciones.

lado, cuando en alguna temática no contábamos con ese proceso, nos sentíamos inseguros e influenciados y notábamos heterogeneidad de criterios en distintos ámbitos del MSN, sociedades científicas y del equipo de salud. Esta falta de un criterio ordenador, esta falta de una guía sólida que nos orientara a obtener los mejores resultados, esto es contar con soluciones probadas, para el equipo de salud y para la población por el camino más adecuado y amplio, se hacía notorio.

En muchos aspectos, es imposible capturar la influencia e importancia de este recorte de política que es el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT. Ya habiendo dejado el MSN y trabajando en políticas públicas en el área de la salud ambiental, me sigue llegando la repercusión de las GPC como una orientación valorada en el ámbito tanto docente y académico como de la atención de la salud y del diseño de políticas jurisdiccionales.

Ahora bien, esta Tesis trata de evaluar una política pública. Una pregunta de investigación resulta en un recorte significativo de la actividad estatal y así la convierte en su foco de estudio. A su vez, el punto terminal de la actividad intraestatal, esto es el producto, es el inicio de la cadena de efectos donde se articula fuera de él<sup>16</sup>. Entonces ¿Cómo sistematizar y compendiar tanto trabajo? ¿Cuáles fueron las representaciones de los momentos esenciales de esta política? ¿Cuáles fueron las lógicas que la relacionan? ¿Cómo medir su alcance y su efecto? ¿Hasta dónde pueden llegar los hallazgos de manera de ser abordados de manera pertinente, interesante y alcanzable?

Para el abordaje de esta evaluación del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT el objetivo fue reconstruir la tarea realizada desde el nivel central hasta llegar a una primera línea de efectos que se acerque a las inmediaciones de la actuación del equipo de salud destinatario. Para abordar este análisis, fueron delineados los objetivos, se diseñó un modelo evaluativo con una matriz para explicitar las dimensiones, variables e indicadores como también las fuentes e instrumentos. Se delinearon las entrevistas y el análisis documental, como fuentes principales de constatación de lo avanzado en la política en estudio, tanto desde el nivel central como en dos municipios del conurbano bonaerense.

De esta manera, la presente Tesis cuenta con cinco capítulos. En el primero, se desarrolla un bosquejo sobre las ECNT y de su carga de enfermedad, la situación en Argentina, y sobre qué es el apoyo a la toma de decisiones como también los aspectos metodológicos de elaboración de las GPC. En el 2do. Capítulo, se aborda tanto la política de control de las ECNT en Argentina con la Dirección de ECNT y los lineamientos esenciales de los programas de apoyo como también la teoría de cambio y de la Cadena de Valor Público como las herramientas de análisis de este recorte de la política. Los capítulos centrales son el tercero y el cuarto, donde se resumen los principales hallazgos como consecuencia de las entrevistas a múltiples actores y del análisis documental. Aquí se brindan los resultados desde el surgimiento de la política, sus productos y una aproximación a la implementación llegando a un primer nivel de efecto en influir en las prácticas en el equipo de salud. Por último, en el

5to. capítulo, se discuten los resultados aportando un marco más amplio de análisis de la política en el marco de la Cadena de Valor Público y las recomendaciones resultantes.

# Propósito y objetivos

Analizar la política de mejora a la calidad de los servicios de atención médica en cuanto al APOYO A LA TOMA DE DECISIONES e en el marco de la estrategia nacional de ECNT.

## Objetivo general

Evaluar la instrumentación del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT y la obtención de logros preliminares en la Cadena de Valor Público (CVP).

## Objetivos específicos

- a. Analizar el diseño, desarrollo y cobertura de la política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES sobre ECNT a nivel nacional con la lógica de la Cadena de Valor Público (CVP).
- b. Caracterizar el proceso de planificación, desarrollo, diseminación e implementación de esta política.
- c. Difundir conceptos sobre el rigor de elaboración de instrumentos de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES.
- d. Analizar resultados disponibles de los programas/proyectos con incentivos económicos que buscaron impulsar el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en la atención de las ECNT.
- e. Analizar la brecha entre la situación objetivo y la actual y conocer posibles prácticas o resultados no deseados sobre este recorte de política.
- f. Cotejar con dos jurisdicciones de la provincia de Buenos Aires, el alcance y efectos de la política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES propuesta por el MSN.
- g. Conocer limitaciones surgidas del estudio de estos casos.

# Material y metodología

Para caracterizar el recorrido, productos e implementación de la estrategia nacional sobre ECNT, para su política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES de los servicios de salud se confeccionó una matriz de diseño de evaluación, con dimensiones (sustantivas, instrumentales, de atributos), indicadores y variables (de proceso, de resultado, de efecto y de impacto) (Tabla 2a). La conceptualización utilizada fue la propuesta del modelo evaluativo de Nirenberg O, Brawerman J, Violeta Ruiz <sup>66</sup>. Según esta conceptualización, las dimensiones sustantivas se corresponden con las principales líneas de acción de la política y aluden a sus propósitos centrales. Las dimensiones instrumentales constituyen los medios para el desarrollo de las líneas sustantivas de los proyectos y su accionar se relaciona en forma indirecta con los contenidos sustantivos de los programas o proyectos. La selección de variables e indicadores fue realizada en base a los estándares de calidad para la elaboración de GPC, la teoría de cambio del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES y el marco ministerial de gestión y articulación de los programas y proyectos de implementación.

Las técnicas aplicadas fueron entrevistas y análisis documental y las fuentes comprendieron documentos, estadísticas y actores claves. Los indicadores comprendieron desde la presencia de recomendaciones actualizadas y la existencia de materiales de apoyo hasta la reducción de prevalencias de ECNT y de la morbimortalidad acorde a la conceptualización de productos y efectos de la CVP (Tabla 2b).

Las entrevistas fueron realizadas a miembros de los equipos de la Dirección de ECNT del MSN como informantes clave y de dos jurisdicciones de la provincia de Buenos Aires, estas fueron de los municipios de Moreno y Quilmes. Los entrevistados del NIVEL CENTRAL comprendieron a Sebastián Laspiur primer director de crónicas y actual asesor de OPS; Alejandra Alcuaz quien se desempeñó en la política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT desde sus comienzos; Gabriel Gonzáles quien inicialmente comenzó en la Dirección y luego coordinó el programa REDES facilitando la integración de estas áreas; Julieta Méndez quien desde 2017 se desempeña como coordinadora del Programa Nacional que aborda la Diabetes Mellitus; Alejandro J. Videla, tanto experto en metodología en la elaboración de las GPC como excoordinador del PNCT. Las entrevistas a REPRESENTANTES DE LAS JURISDICCIONES fueron realizadas a Betina Forno a cargo del Programa de Salud del Adulto del Municipio de Moreno; y a Jonatan Konfino Secretario de Salud saliente del Municipio de Quilmes. Ambos tuvieron algún recorrido en el MSN en la Dirección de ECNT (Ver CV en el anexo). Todos los entrevistados brindaron su consentimiento sobre su participación en la presente Tesis.

**Tabla 2a. Matriz de diseño de evaluación: dimensiones (1ra. columna), variables e indicadores**

	Tipos de variables	Variables	Indicadores
Sustantivas	De proceso	Calidad de GPC	Inclusión de estándares de calidad (Instrumento AGREE, metodología GRADE).
	De producto	Desarrollo GPC	Tipo y cantidad de GPC desarrolladas y aplicativos.
	De producto	Capacitaciones, rotaciones/visitas para adquisición de destrezas	Presencia de capacitaciones sobre las recomendaciones de ECNT. Presencia de visitas capacitantes (microgestión). Presencia de rotaciones
	De producto	Incentivos/ Transferencias/ provisión de bienes	Presencia de prestaciones reembolsadas. Incorporación de medicamentos de las ECNT al REMEDIAR. Compras de medicamentos ECNT por las jurisdicciones. Entrega de materiales
	De efecto	Implementación de GPC	Conocimiento e implementación de recomendaciones sobre ECNT basadas en la evidencia. Presencia de iniciativas locales para mejora de la atención de las ECNT (ej. desarrollo de programas).
	De efecto	Cambios observables en la atención de calidad de las ECNT	Mejora de estándares de diagnóstico y tratamiento (reducción del subdiagnóstico y mejor control de las ECNT). Reducción de la variabilidad inadecuada y superación de la inercia prescriptiva. Capacidad instalada en ECNT
	De impacto	Reducción de la morbimortalidad por ECNT	Reducción de la prevalencia de ECNT. Reducción de las complicaciones y eventos mayores por ECNT (ACV, IAM, ceguera, diálisis/trasplantes, EPOC, discapacidad, cáncer, muerte, etc.).
	De producto	Diseño de prestaciones y reembolsos	Presencia de prestaciones seleccionadas a reembolsar basadas en GPC sobre ECNT.
	De producto	Diseños de capacitaciones	Presencia de diseño de capacitaciones basadas en recomendaciones de las GPC sobre ECNT.
	De proceso	Planificación y ejecución de la microgestión	Presencia de convenios provinciales para la microgestión.
	De producto		Presencia de actividades de microgestión.
Gerenciales e Instrumental	De proceso	Planificación y ejecución	Selección de prestaciones a reembolsar. Firma de convenios con las jurisdicciones. Diseño pedagógico de las capacitaciones.

<b>Estrategias y atributos</b>	De proceso	Federalismo e interdisciplina	Presencia de representación federal en la elaboración de las GPC. Presencia de planificación federal en el diseño de los proyectos de reembolsos/incentivos financieros. Presencia de interdisciplina en la planificación y convocatoria de capacitaciones.
--------------------------------	------------	-------------------------------	---

Fuente: elaboración propia en base a conceptualizaciones del modelo evaluativo<sup>66</sup>, teoría de cambio y CVP.

Nota: ACV: accidente cerebrovascular, ECNT: enfermedades crónicas no transmisibles, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, GPC: guías de práctica clínica, IAM: infarto agudo de miocardio, MSN: Ministerio de Salud de la Nación.

**Tabla 2b. Matriz de diseño de evaluación: relación entre los indicadores propuestos y las fuentes consultadas**

<b>Indicadores</b>	<b>Fuentes</b>
Inclusión de estándares de calidad (Instrumento AGREE, metodología GRADE).	Análisis documental de las GPC matriciales.
Tipo y cantidad de GPC desarrolladas y aplicativos.	Informantes claves del MSN. Análisis documental de los repositorios web del MSN y de documentos de la Dirección de ENT (MSN)
Presencia de capacitaciones sobre las recomendaciones de ECNT. Presencia de visitas capacitantes y rotaciones	Informantes claves del MSN Análisis documental de las publicaciones de la Dirección de ECNT y REDES
Presencia de prestaciones reembolsadas.	Informantes claves del MSN Análisis documental de las publicaciones de REDES, SUMAR y PROTEGER
Conocimiento e implementación de recomendaciones sobre ECNT basadas en la evidencia por parte de los equipos de salud jurisdiccionales Presencia de iniciativas locales para mejora de la atención de las ECNT (ej. desarrollo de programas).	Informantes claves del MSN Informantes claves de las jurisdicciones Análisis documental de las publicaciones de REDES, SUMAR y PROTEGER Análisis documental de los planes jurisdiccionales desarrollados
Mejora de estándares de diagnóstico y tratamiento (reducción del subdiagnóstico y mejor control de las ECNT). Reducción de la variabilidad inadecuada y superación de la inercia prescriptiva Capacidad instalada en ECNT.	Informantes claves del MSN Informantes claves de las jurisdicciones Análisis documental de las publicaciones de la Dirección de ECNT (MSN) Análisis documental de las publicaciones de REDES, SUMAR y PROTEGER
Reducción de la prevalencia de ECNT. Reducción de las complicaciones y eventos mayores por ECNT (ACV, IAM, ceguera,	Informantes claves del MSN Informantes claves de las jurisdicciones Análisis documental de las estadísticas

diálisis/trasplantes, EPOC, discapacidad, cáncer, muerte, etc.).	Nacionales y de las publicaciones de la Dirección de ECNT (MSN) y de REDES
Presencia de prestaciones seleccionadas a reembolsar basadas en GPC sobre ECNT.	Informantes claves del MSN Análisis documental de las publicaciones de de la Dirección de ECNT (MSN), SUMAR y PROTEGER
Presencia de diseño de capacitaciones basadas en recomendaciones de las GPC sobre ECNT.	Informantes claves del MSN Informantes claves de las jurisdicciones Análisis documental de las publicaciones de REDES
Presencia de convenios provinciales	Informantes claves del MSN
Presencia de actividades de microgestión.	Informantes claves del MSN Informantes claves de las jurisdicciones Análisis documental de las publicaciones de REDES
Selección de prestaciones a reembolsar. Firma de convenios con las jurisdicciones. Diseño pedagógico de las capacitaciones.	Informantes claves del MSN Informantes claves de las jurisdicciones Análisis documental de las publicaciones de REDES y Dirección de ENT
Presencia de representación federal en la elaboración de las GPC. Presencia de planificación federal en el diseño de los proyectos de reembolsos/incentivos financieros.	Análisis documental de las GPC matriciales Informantes claves del MSN Análisis documental de las publicaciones de los programas y proyectos de incentivos financieros y Dirección de ENT

Fuente: elaboración propia en base a conceptualizaciones del modelo evaluativo<sup>66</sup>, teoría de cambio y CVP.  
Nota: ACV: accidente cerebrovascular, ECNT: enfermedades crónicas no transmisibles, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, GPC: guías de práctica clínica, IAM: infarto agudo de miocardio, MSN: Ministerio de Salud de la Nación.

Entre junio de 2023 y enero del año 2024, se realizaron siete entrevistas (311 minutos) tanto a profesionales de la Dirección de ECNT que se desempeñaron o se desempeñan actualmente (238 minutos), como a destinatarios de las dos jurisdicciones, esto es Moreno y Quilmes, del oeste y sur del conurbano bonaerense respectivamente (73 minutos). Para el análisis documental se analizaron las GPC matriciales y sus aplicativos, diversos documentos de la Dirección (informes de gestión, informes de actividades, etc.), páginas web y banco de recursos del MSN, resoluciones ministeriales, estadísticas, resultados de los programas/proyectos PROTEGER, REDES y SUMAR tanto publicados como sin publicar, entre otros.

# CAPÍTULO 1. Abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles

## 1.1. Relevancia de las enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, en Latinoamérica y en Argentina<sup>6,17,18</sup>. Actualmente, explican el 74,0% de las muertes que se producen en el mundo y más del 85,0% de estas ocurren en países de ingresos bajos y medianos<sup>19</sup>. En la Región de las Américas mueren 2.2 millones de personas por ECNT antes de cumplir 70 años<sup>19</sup>. Su abordaje implica tanto a los factores de riesgo que las predisponen como a la atención adecuada de las patologías en los centros de atención<sup>13</sup>.

Las estimaciones informadas por la OMS/OPS refieren que, de los 44 millones que fallecen anualmente de forma prematura por las ENT, las enfermedades cardiovasculares suponen la mayoría aportando 17.9 millones de personas cada año, seguidas del cáncer 9.3 millones, las enfermedades respiratorias crónicas suman otros 4.1 millones y la diabetes causa 2 millones, incluidos los fallecimientos por nefropatía diabética, diálisis/trasplante<sup>19</sup>. Al consumo de tabaco se le atribuyen más de 6 millones de muertes anuales en el mundo para los años en curso<sup>20</sup>.

La preocupación de los países por alcanzar un correcto abordaje de las crónicas se traduce en numerosas iniciativas y proyectos. La OMS/OPS lanzó en 2008 el Plan de Acción para poner en marcha la Estrategia Global para la Prevención y Control de las ECNT y la renovó en 2013<sup>18,21</sup>. Esta estrategia tiene como objetivo enfrentar el rápido crecimiento de la carga de las ECNT y su impacto en la pobreza y el desarrollo económico de los países de bajos y medianos ingresos<sup>18,21,22</sup>. La gravedad de la evolución de estas enfermedades, llevó a la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2011<sup>23</sup>) a realizar una Declaración Política en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las ECNT, reconociendo que la carga y la amenaza mundial de las ECNT constituyen unos de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI. De esta manera, dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 referidos a la salud, se propone la reducción en un tercio la mortalidad prematura por ECNT mediante su prevención y tratamiento<sup>22</sup>.

La Estrategia Global de la OMS/OPS describe tres objetivos claves: 1. Monitorear y analizar los determinantes de las ECNT con el objetivo de guiar el diseño de políticas de control; 2. Reducir el nivel de exposición de los individuos y la población a factores de riesgo comunes de las ECNT; 3. **Fortalecer el cuidado de la salud para personas con ECNT, por medio de normas y guías costoefectivas**<sup>18</sup>. En la misma línea, el Ministerio de Salud de la Nación

estableció la *Estrategia Nacional para la Prevención y Control de ECNT*<sup>6</sup> la cual propone como objetivos: reducir la prevalencia de factores de riesgo, disminuir la mortalidad y mejorar el acceso y la calidad de atención médica, a través de tres ejes de acción: 1. Promoción de la salud y control de factores de riesgo a nivel poblacional, 2. Reorientación de los servicios de salud para el manejo integrado de las ECNT, y 3. Sistema de vigilancia epidemiológica<sup>24</sup>.

En consonancia con esto, la OMS ha desarrollado la Iniciativa Global HEARTS en vistas a lograr la reducción del RCVG y con particular foco en lograr el control de la hipertensión arterial<sup>25</sup>. Subsidiariamente, el Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la OPS lidera la implementación del HEARTS en la Región de las Américas, de modo alineado con las prioridades estratégicas de la Región, especialmente la Cobertura Universal de Salud, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios basados en la APS y los ODS ya referidos<sup>25</sup>. Este consiste en un paquete técnico que favorece el uso de protocolos de tratamientos estandarizados y medicamentos esenciales para mejorar el control principalmente de la hipertensión arterial pero también de otras ECNT como la diabetes y la enfermedad renal crónica en la APS en toda la Región de las Américas<sup>25</sup>. Propone el uso de VÍAS CLÍNICAS (basados en las GPC locales) ya que serviría a los países como medio para definir protocolos de tratamiento estandarizados, integrando los aspectos relacionados al diagnóstico correcto de la hipertensión, la evaluación del riesgo cardiovascular y la estratificación de los cuidados según el nivel de riesgo, así como fortaleciendo la integración de la diabetes y la enfermedad renal crónica en la estrategia de prevención cardiovascular para la atención primaria de salud.

Cuán necesario es mejorar el abordaje de las ECNT lo puede dar, por un lado, el aumento de la población con esta problemática como lo deficitario que resulta su control. Una buena muestra la aporta la hipertensión arterial por su sencillo diagnóstico y su fácil tratamiento lo cual aun así convive con altos porcentajes de subdiagnóstico y una brecha mayor aún en lo referido al control logrado en cuanto a niveles de su medición en milímetros de mercurio (mmHg). De esta manera consta que, a nivel mundial, cerca del 60% de las mujeres y alrededor de la mitad de los hombres se reconocen con hipertensión arterial y que las personas entre 30 y 79 años con hipertensión arterial se duplicaron entre 1990 y 2019, sumando 626 millones de mujeres y 652 millones de hombres en 2019<sup>26</sup>. El mismo análisis global reciente, refiere que cerca del 47% de las mujeres y del 38% de los hombres recibían tratamiento marcando un primer déficit de abordaje. Esta brecha se acentuaba más aun al informar que solo el 23% de las mujeres y el 18% de los hombres lograban el control de este factor de riesgo metabólico<sup>26</sup>.

La diabetes mellitus también alarma por su déficit de abordaje. Destacamos aquí que la diabetes mellitus tipo 2 es la relacionada con los hábitos de vida y el peso corporal elevado<sup>g</sup>, variante que representa al menos el 85% de la prevalencia de diabetes. En 2017, aproximadamente 462 millones de personas se vieron afectadas por diabetes mellitus tipo

---

<sup>g</sup> La diabetes mellitus tipo 1 presenta otras causas, se suele diagnosticar en niños y requiere de insulina como tratamiento vital.

2 (6,28% de la población mundial). Esta prevalencia presenta características crecientes con la edad arribando al 15% entre personas entre 50 a 69 años y al 22% de los mayores de 70 años<sup>27</sup>. Más de un millón de muertes al año pueden atribuirse únicamente a la diabetes, lo que la convierte en la novena causa de mortalidad. La distribución por género es equivalente. Se prevé que la prevalencia mundial de diabetes tipo 2 aumentará a 7.079 personas por 100.000 para 2030, lo que refleja un aumento continuo en todas las regiones del mundo<sup>27</sup>. Como se señaló, desde 2009 el MSN cuenta con una estrategia específica a nivel nacional, que propone tanto la promoción de la salud que permita el control de los factores de riesgo a nivel poblacional, como un modelo de atención adecuado a tal fin, en el marco de la vigilancia epidemiológica de su evolución<sup>6</sup>. Para mejorar la atención por parte del sistema de salud, la OMS/OPS propuso una reorganización integral e integrada de los servicios con componentes que abarcan desde los sistemas de información, el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES, el fomento del automanejo de quienes presentan las patologías y factores de riesgo, y el apoyo de los recursos comunitarios esperando obtener los mejores resultados (Figura 1)<sup>18</sup>. Esta reorganización se compendia en un modelo conocido como MAPEC que será desarrollado líneas adelante.

Como se explicó, en las últimas décadas se ha dado una transición epidemiológica en salud<sup>28</sup>. Esta transición hace referencia a los cambios en los patrones de morbimortalidad de las poblaciones, que progresivamente pasan de presentar perfiles con preeminencia de causas agudas, fundamentalmente infecciosas y de salud materno infantil a situaciones en las que prevalecen enfermedades relacionadas con el estilo de vida como el consumo de tabaco y alcohol y el desarrollo de factores de riesgo metabólicos como la hipertensión arterial y la obesidad<sup>28</sup>. Como expresión de esta realidad, en Argentina la situación de ECNT y sus factores de riesgo es de alta prevalencia<sup>24</sup>. La 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo publicada en 2019 (ENFR, datos 2018), da cuenta de sus frecuencias en personas de 18 o más años<sup>24</sup>. Estas proporciones solo fueron en descenso principalmente para consumo de tabaco (22,2%, cuando en 1999 era el 39,8%<sup>29</sup>) y menos notoriamente para actividad física baja (44,2%) respecto a la encuesta anterior.

La misma encuesta permitió conocer proporciones que se mantuvieron semejantes a las ediciones anteriores en conductas no muy saludables respecto al uso de la sal de sodio, consumo dañino de alcohol y la cantidad de porciones de frutas/verduras diarias<sup>24</sup>. El 16,4% de la población agregó siempre o casi siempre sal en sus comidas después de la cocción o al sentarse a la mesa, el consumo de alcohol regular de riesgo fue del 8,4%, y el promedio diario nacional de porciones de frutas o verduras consumidas por persona fue de dos cuando lo recomendado es cinco y esto solamente lo hizo el 6,0% de la población<sup>24</sup>. Entre aquellos que se midieron alguna vez en la vida la presión arterial, el 34,7% refirió que un profesional de la salud le dijo que tenía la presión arterial elevada (prevalencia de presión arterial por autorreporte), siendo este valor semejante a los obtenidos en las tres ediciones previas de la ENFR<sup>24</sup>.

Las prevalencias en aumento se relacionaron con el tipo de alimentación inadecuada, el aumento del peso corporal y sus consecuencias<sup>24</sup>. Tres de cada 10 personas indicaron que su alimentación fue poco saludable (28,2%) y la prevalencia de exceso de peso por autorreporte (sobrepeso u obesidad) fue del 61,6% (3ra. edición de la ENFR 57,9%)<sup>24</sup>. En consonancia, la prevalencia de glucemia elevada/diabetes en la población de 18 años y más por autorreporte fue del 12,7%, registrando un aumento significativo con respecto a la 3° ENFR (9,8%)<sup>24</sup>.

## **1.2. Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles**

La atención de las ECNT presenta como desafíos no estar ligada exclusivamente a los síntomas y estar vinculada a factores de riesgo relacionados con las conductas de las personas, familias y poblaciones. Estas situaciones requieren pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto<sup>13</sup>. Entonces, las crónicas requieren de un modelo que facilite el seguimiento longitudinal, favorezca la participación activa y la adherencia al tratamiento.

Se parte de la necesidad de reorganizar los servicios anteriormente centrados en la atención materno infantil y de urgencias, para llegar a una atención apta para acciones de promoción y prevención sin detrimento de lo anteriormente logrado. Para ello se requiere allanar barreras de acceso, articular entre los distintos niveles de atención y un paciente activo<sup>13,30</sup>. De parte del equipo de salud, resulta imprescindible un personal que trabaje interdisciplinariamente con roles claramente definidos, que pueda brindar cuidados planificados y participe de una educación permanente<sup>13</sup>.

Este modelo de atención fue conceptualizado por E.H. Wagner e impulsado por la OMS/OPS. Implica la existencia de interacciones productivas entre un equipo de salud proactivo, adecuadamente capacitado, y pacientes activos, informados e involucrados con los cuidados que requiere la atención de su enfermedad. Este modo de abordaje integral e integrado consta de seis componentes (Figura 1)<sup>30</sup>:

1. Organización de la atención de la salud no sólo orientada a procesos agudos;
2. Sistema de provisión de los servicios que permita al equipo de atención realizar controles periódicos, ajustar el tratamiento, poner en prácticas medidas preventivas, y fomentar la educación para el automanejo;
3. Contar con sistemas de información clínica capaces de contener los datos y presentar información demográfica de la persona, historial de consultas, medicamentos, intervenciones pendientes, resultados de laboratorio y otras medidas;
4. **APOYO A LA TOMA DE DECISIONES: fundamentalmente la implementación de GPC que permita a los equipos de salud y a las personas con ECNT contar con recomendaciones**

**basadas en evidencia que le permiten tomar las mejores decisiones para controlar la enfermedad, prevenir complicaciones y preservar la calidad de vida;**

5. Apoyo al automanejo: las personas con ECNT deben poder reconocer su enfermedad y los signos de alarma de posibles complicaciones y saber cómo responder a ellas;
6. Recursos comunitarios: las comunidades pueden prestar servicios que complementen y apoyen la atención prestada en las organizaciones de atención de salud.

**Figura 1. Modelo de atención de personas con ECNT**



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación (MSN) basado en E.H. Wagner y col<sup>13</sup>.

En cuanto a la evaluación del MAPEC se cuenta con el instrumento ACIC (*Assessment of Chronic Illness Care*). Este instrumento, permite a los servicios identificar sus fortalezas y debilidades en cada componente<sup>31</sup>. En este sentido, en distintos ámbitos las autoevaluaciones realizadas por los centros de atención de la salud en distintas partes del mundo, frecuentemente identifican no contar con suficiente apoyo científico lo que hace referencia principalmente a debilidades en la disponibilidad o accesibilidad a GPC actualizadas<sup>32</sup>.

La disponibilidad de GPC es deseable como una vía segura de atención de calidad que sea a la vez localmente consensuada<sup>12</sup>. Estos documentos son un conjunto de directrices o recomendaciones, desarrolladas de forma sistemática con el objetivo de facilitar al equipo de salud y a los pacientes los cuidados de salud más apropiados para circunstancias clínicas específicas<sup>12</sup>. La OMS/OPS describe las acciones claves para el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES, entre estas se señalan de modo preeminente el adaptar o desarrollar y diseminar GPC basadas en evidencias. Esa diseminación implica su inclusión en la práctica clínica diaria usando métodos probados de educación del personal sanitario y compartir las

guías e información con los pacientes<sup>21</sup>. Asimismo, la ONU dentro de las acciones destacadas para el abordaje de las ECNT se refiere a la importancia de elaborar y utilizar directrices basadas en datos empíricos<sup>12</sup>, y sostiene que **“las guías informadas por la evidencia se constituyen en la actualidad, en una de las herramientas más útiles para mejorar la salud pública y la práctica clínica, ofrecer intervenciones con sólidas pruebas de eficacia, evitar riesgos innecesarios, utilizar razonablemente los recursos, disminuir la variabilidad clínica y, en esencia, mejorar la salud y garantizar una atención de calidad, razón de ser de los sistemas y servicios de salud”**<sup>12</sup>.

Entonces, la implementación de una GPC supone la puesta en marcha de todo un proceso encaminado a trasladar sus recomendaciones a la práctica de la atención cotidiana<sup>12</sup>. Este proceso incluye el diseño de intervenciones múltiples con el objetivo de: ampliar y difundir el conocimiento, cambiar hábitos, actitudes y comportamientos en los integrantes del equipo de salud teniendo en cuenta las preferencias de las personas atendidas conjuntamente al impacto económico y administrativo. Estos objetivos buscan modificar resultados, es decir, mejorar la calidad de atención y en definitiva la salud de la población con la adopción de las recomendaciones de la GPC<sup>33</sup>.

Se encuentra ampliamente difundida la necesidad de contar con documentos de recomendaciones clínicas de calidad. Los instrumentos más relevantes para esta evaluación surgieron de un grupo internacional de investigadores y elaboradores de GPC denominado Colaboración AGREE<sup>34,35</sup> (del inglés *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation*). Las principales herramientas resultantes fueron el instrumento AGREE original (2003)<sup>34</sup>, su actualización el instrumento AGREE II (2009)<sup>35</sup> y más recientemente uno complementario el AGREE-REX (2019)<sup>36</sup>.

A partir de cada pregunta clínica (PICO: Población, Intervención, Comparador y *Outcomes* -medidas de desenlace o de resultado-), se llega a las recomendaciones finales como resultado de un consenso basado en los juicios de los miembros del panel, informados por la evidencia presentada y su experiencia en cuanto al balance entre beneficios y riesgos, la contextualización a las circunstancias específicas como los valores y preferencias de los pacientes, y los recursos que demande su aplicación. Así se obtienen recomendaciones fuertes o condicionales a favor o en contra.

Por último, en cuanto a la implementación es crucial la identificación de barreras. Si bien podría resultar peligroso el implementar guías de baja calidad, tampoco sirve desarrollar GPC de alta calidad sin que modifiquen la práctica ya sea por barreras intrínsecas o extrínsecas. Existen instrumentos que pueden servir a los grupos elaboradores para realizar algunos ajustes en la presentación en orden a mejorar su implementabilidad. El instrumento GLIA (*The GuideLine Implementability Appraisal*) desarrollado por la Universidad de Yale (EE.UU.), propone identificar las barreras intrínsecas las cuales se alojan en las mismas recomendaciones, o bien, identificar debilidades y fortalezas de los procesos y documentos<sup>37</sup>.

# **CAPÍTULO 2. La política pública nacional de apoyo a la toma de decisiones**

## **2.1. La Dirección Nacional que aborda las enfermedades no transmisibles**

Como se señaló, el MSN cuenta hace algo más de tres lustros, con una Dirección que aborda ECNT (Resolución Ministerial N° 719/2009) bajo distintos nombres: Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (DNPSyCECNT 2009 a 2020) o Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles (DNAIENT 2020 hasta la actualidad). Los principales Programas Nacionales que la componen son:

- Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del paciente Diabético (PRONADIA) y las Normas de provisión de medicamentos e insumos (Resolución Ministerial N° 301/1999), y su modificatoria, Programa Nacional de Prevención y Control de Personas con Diabetes Mellitus (Resolución Ministerial N° 1156/2014).
- Programa Nacional de Control del Tabaco (PNCT, Resolución Ministerial N° 1124/2006).
- Programa Nacional de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares (Resolución Ministerial N° 801/2011).
- Programa Nacional de Lucha contra el Sedentarismo (Resolución Ministerial N° 578/2013).
- Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas (Resolución Ministerial N° 645/2014).
- Programa Nacional de Alimentación Saludable y Prevención de la Obesidad (Resolución Ministerial N° 732/2016).
- Programa Nacional de Prevención y Lucha Contra el Consumo Excesivo de Alcohol, componente servicios de atención (Resolución Ministerial N° 84/2019).
- Programa Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades Renales (Resolución Ministerial N° 729/2021).

Por otro lado, las patologías neoplásicas (cáncer), si bien son consideradas dentro de las ECNT por compartir factores de riesgo, estas entidades requieren de un abordaje particular nominalizado en su atención y lo lleva adelante el Instituto Nacional del Cáncer (INC, decreto 1286/2010).

Para el momento fundante de la Dirección, un estudio da cuenta del escaso desarrollo de los CAPS del país para atender ECNT que se viene insinuando. El grupo GESICA buscó conocer

barreras para la implementación de la guía de bolsillo de estratificación de RCVG<sup>38,39,h</sup>. Entre los resultados, resaltaron que era necesario trabajar intensivamente en la capacitación de los médicos de PNA dada la falta de conocimiento sobre las guías y sobre la factibilidad de su aplicación al mismo tiempo que evidenciaron que en la mayoría de los CAPS no contaban con historia clínica y en caso de que los hubiera, no se registraban las consultas<sup>39</sup>. El atraso fue tan notorio que entre las recomendaciones aconsejaron no solo centrarse en los médicos sino más bien involucrar a los referentes de gestión, para que resuelvan las barreras organizacionales e institucionales que obstaculizaban la práctica clínica. Por otra parte, también se acompañaba ese momento de distintos aspectos contextuales que podían ser de tipo cultural como que los médicos fumaban en altas proporciones<sup>40</sup>, incluso mientras atendían pacientes <sup>41,i</sup>, los estudiantes de medicina fumaban en altas proporciones y no tenían capacitación al respecto para ayudar a sus futuros pacientes<sup>42</sup>.

La Dirección sobre ECNT impulsó políticas poblacionales reconocibles como son las leyes de ambientes libres de humo de tabaco, el aumento de impuestos al tabaco, la reducción del contenido de sal y la eliminación de las grasas *trans* en los alimentos y, más recientemente, la ley de etiquetados frontales indicando exceso en azúcares, grasas y sodio entre otros los cuales resultan claros ejemplos<sup>43,j</sup>. Estas políticas públicas poblacionales de promoción de la salud<sup>k</sup> sobre entornos saludables, comunidades y sistema de salud, buscan lograr que lo más saludable sea lo más realizable y accesible.

Al interés de nuestra evaluación describimos particularmente el desarrollo de GPC que fueron insumos adoptados o producidos para el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES por la dirección de ECNT y las mismas se detallan en la Tabla 1 (Fuente: elaboración propia).

---

<sup>h</sup> Estudio realizado en CAPS de cinco municipios, de las provincias de Buenos Aires, Entre Ríos y La Pampa.

<sup>i</sup> A modo de ejemplo, en mi rotación durante la residencia por una maternidad pública muy importante de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) mis colegas atendían a las embarazadas fumando como algo totalmente normal (año 1992).

<sup>j</sup> Ley nacional 26.687/11 sobre control del tabaco. Reforma fiscal de diciembre de 2017, fijó la alícuota de impuestos internos a los cigarrillos en 70,0%, con la potestad del Poder Ejecutivo Nacional de subirla hasta 75,0% y además se incluyó un impuesto mínimo que sube el precio de las marcas más baratas. La Ley 26.905 sobre Consumo de sal busca reducir el consumo de sal en la población para evitar enfermedades. La ley argentina 2014 Libre de Grasas Trans. Ley nacional 27.642 sobre etiquetado frontal es un sistema que promueve la alimentación saludable mediante avisos en los envases de los productos.

<sup>k</sup> Promoción de la Salud: proceso político y social que abarca acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de favorecer su impacto positivo en la salud individual y colectiva (cfr. Carta de Ottawa, OMS).

**Tabla 1. GPC incorporadas y elaboradas por la Dirección de ECNT.**

<b>GPC incorporadas</b>	<b>Identificador</b>
Guía de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. 2005. MSN. PNCT <sup>44</sup>	Cesación tabáquica
Guía Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 para el PNA. 2008. ANM y MSN <sup>45</sup>	Diabetes (DM2)
Prevención de las enfermedades cardiovasculares: guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. 2009. OMS/OPS <sup>38,46</sup>	RCVG
<b>GPC elaboradas con metodología GRADE (GPC-GRADE)</b>	
Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. 2011 <sup>47</sup>	Cesación tabáquica
Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. 2013 <sup>48</sup>	Obesidad
Guía de Práctica Clínica Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. 2015 <sup>49</sup>	EPOC
Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. 2019 <sup>50, l</sup>	Diabetes
Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. 2019 <sup>51</sup>	HTA
Guía de Práctica Clínica Nacional para la Reperusión del Infarto Agudo de Miocardio (IAM). 2020 <sup>52, m</sup>	IAM
Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Actualización 2020 <sup>53</sup>	Cesación tabáquica
Guía de Práctica Clínica Nacional sobre detección y manejo ambulatorio de Complicaciones Microvasculares de la Diabetes Mellitus. 2021 <sup>54</sup>	Complicaciones MV
Guía de Práctica Clínica Nacional de Prevención Cardiovascular. 2021 <sup>55</sup>	Prevención CV
Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Tratamiento del Asma Leve en Personas Adultas, 2022. <sup>56</sup>	Asma
Guía de Práctica Clínica Nacional de manejo de la Enfermedad Renal Crónica en el Primer Nivel de Atención. 2022 <sup>57</sup>	Renal
Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Intervención Breve para Reducir el Consumo de Alcohol. 2022 <sup>58</sup>	Alcohol
Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. Actualización parcial 2023 <sup>59</sup>	Obesidad

<sup>l</sup> RESOL-2023-256-APN-MS <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/281529/20230223>

<sup>m</sup> RESOL-2023-256-APN-MS <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/281529/20230223>

En relación con apoyo técnico metodológico para la realización de GPC desde el mismo MSN, resulta relevante mencionar al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM, Resolución N° 432/92 y Decretos N° 1424/1997 N° 178/2017)<sup>n</sup>, que tiene como fin, la calidad de los servicios y de las prestaciones que se brindan a la población. En sus lineamientos, este Programa señala particularmente que la calidad de los mismos y la seguridad del paciente se encuentran en relación al desarrollo de GPC (Resolución Ministerial N° 856e/2017). En el mismo sentido, un marco en el aspecto metodológico en la elaboración de GPC, fue la *Guía para el desarrollo de Guías de Práctica Clínica*<sup>60</sup> del MSN conjuntamente con la Academia nacional de Medicina (Resolución Ministerial N° 850/2008) que brindó lineamientos para el proceso de elaboración y que fuera posteriormente actualizada desde el PNCGAM<sup>61</sup> (Resolución Ministerial N° 2502/2019).

## 2.2. Programas y proyectos ministeriales de interés para la política de apoyo a la toma de decisiones

Existen políticas públicas impulsadas a nivel nacional relacionados con el fortalecimiento de la toma de decisiones que describiré brevemente en este apartado. Se trata de los programas/proyectos REMEDIAR, REDES, SUMAR y PROTEGER<sup>o</sup>.

El programa REMEDIAR (Resolución Ministerial N° 816/2002) provee de MEDICAMENTOS esenciales a quienes no tienen cobertura de obra social y presentan imposibilidad de adquirirlos y su logística se basa en la distribución de botiquines. El primer botiquín contenía 22 medicamentos (no incluía las ECNT). Para 2022 pasó a incluir 68 presentaciones y 129 medicamentos sumando 4 millones de botiquines entregados en 8.042 CAPS con convenios marco actualizados en las 24 jurisdicciones, universidades y centros penitenciarios, entre otros. A su vez se complementó con la capacitación del recurso humano que se desempeñaba en los CAPS, en particular al equipo vinculado directamente a la operatoria con los medicamentos provistos.

Por su parte, el Programa REDES de Salud<sup>62</sup> que comenzó a funcionar integrado al REMEDIAR y luego de forma independientemente, es una de las estrategias del MSN para fortalecer la coordinación de los servicios de salud, las competencias de los equipos valorando el trabajo articulado de los servicios y equipos de salud en conjunto con las comunidades. Se centra en

---

<sup>n</sup> Será de aplicación obligatoria en todos los establecimientos nacionales de salud, en el Sistema Nacional del Seguro de Salud, en el Sistema Nacional De Obras Sociales, en el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), en los establecimientos incorporados al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, así como en los establecimientos dependientes de las distintas Jurisdicciones provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y las entidades del Sector Salud que adhieran al mismo...."<https://www.argentina.gob.ar/salud/calidadatencionmedica>. Acceso septiembre 2023.

<sup>o</sup> Posteriormente La Dirección Nacional de Fortalecimiento de los Sistemas Provinciales (DNFSP) tiene bajo su órbita a los Programas Proteger, Redes de Salud y SUMAR.

dar respuesta a los problemas prevalentes y necesidades en salud locales, conformando redes de salud a fin de brindar acceso y la continuidad de cuidados. A través de la implementación de proyectos en las 24 jurisdicciones provinciales, se contribuye al fortalecimiento de las redes de salud priorizando e incrementando la capacidad resolutive del PNA, facilitando el acceso a los servicios de salud en todos sus niveles de complejidad. Para ello, realiza acciones de identificación y conocimiento de las personas a cargo, de atención programada, de coordinación asistencial, así como de provisión de equipamiento y recursos de los efectores de salud. Además, reconoció la necesidad e importancia de adaptar las competencias de los equipos de salud a estos nuevos desafíos, y para ello promovió el diseño de PLANES DE CAPACITACIÓN elaborados por los actores de las redes, así como la implementación de GPC para el equipo de salud del PNA, entre sus acciones más importantes.

Otro eje de acción de REDES consiste en el acompañamiento de procesos de gestión clínica o microgestión en los efectores del PNA, donde el Programa articula con las jurisdicciones mediante equipos de apoyo a la microgestión. Esto se basa en el planteo de que el trabajo coordinado favorece procesos de aprendizaje continuo en servicio y el abordaje conjunto y participativo de los problemas concretos para mejorar el cuidado de las personas. Este modelo de apoyo a la gestión clínica incorporó dentro de sus temáticas de interés las trazadoras de ECNT. Esto significa que en la articulación del modelo de gestión con los contenidos de ECNT, dentro de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de ENT<sup>6</sup>, se consideró a la hipertensión arterial (HTA) y a la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) como condiciones trazadoras de la red de servicios de salud<sup>62</sup>. Entre sus estrategias para adaptar las competencias de los equipos de salud a los desafíos contemporáneos promueve la implementación de GPC entre sus acciones más importantes<sup>62</sup>.

En cuanto al Programa SUMAR, busca promover el acceso equitativo y de calidad a PRESTACIONES de los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud y utiliza una estrategia de nominalización que le permite el cuidado y seguimiento longitudinal de la población por parte del sistema sanitario<sup>23</sup>. Propone un sistema de transferencia de recursos a los centros de salud y hospitales de acuerdo a la inscripción de la población y a la calidad de la atención que brindan estos establecimientos de salud.

El PROTEGER, formalmente *Proyecto de Protección de la Población Vulnerable contra las ECNT*, se trata de un proyecto de financiamiento del Banco Mundial (BIRF N° 8508-AR), para fortalecimiento de las actividades de la estrategia nacional de ECNT con fortalecimiento de actividades que ya se estaban desarrollando como de otras a incorporar. El Proyecto tuvo dos objetivos uno de ESTRUCTURA consistente en mejorar las condiciones de los centros públicos de atención para brindar servicios de alta calidad en las ECNT para los grupos de población vulnerable, y expandir el alcance de servicios seleccionados; y segundo, proteger a los grupos de población vulnerable de los FACTORES DE RIESGO para las ECNT de mayor

prevalencia<sup>63</sup>. El mismo cuenta con indicadores de transferencia diseñado acorde a criterios de impacto poblacional y de equidad<sup>63,p</sup>.

## 2.3. Situación objetivo y teoría de cambio

### 2.3.1. Situación objetivo

Como se señaló, la **situación objetivo** de una política pública es el estado en que el actor espera encontrar al entramado de relaciones sociales en el futuro. Por definición esta difiere de la situación en el presente. Podríamos enunciar que la **situación objetivo de la política pública de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT**, como: *la implementación de GPC nacionales para guiar tanto a los equipos de salud como a la población asistida a tomar las mejores decisiones respecto a la prevención y atención de las ECNT y de los factores que las predisponen. Para ello, los equipos cuentan con cursos de acción consensuados y actualizados según la mejor evidencia científica desarrollada, adaptadas al marco local, avalados por el organismo rector en el país, acorde a la aceptación de su población y a un costo que la sociedad pueda sostener. Cada GPC de alta calidad cuenta con los aplicativos de implementación de tal manera que diseñan los programas/proyectos vinculados que traccionan cambios dinámicos de la práctica de atención. Por todo ello, los equipos encuentran facilitada la tarea de actualización permanente y cuentan con certezas para proponer las alternativas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las crónicas. Como consecuencia se reduce la prevalencia de las ECNT, se mejora el diagnóstico oportuno y se realiza un adecuado tratamiento que contribuye a reducir la morbimortalidad de las ECNT en Argentina.*

Para alcanzar la situación objetivo se requiere realizar ordenamientos que se sostengan a través de la movilización de variados recursos estatales y por ende son resultados que están siempre haciéndose<sup>24</sup>. Esta actividad ordenadora se enmarca a su vez en un proceso productivo por el cual las fuerzas políticas transforman recursos estatales en productos sean estos bienes, servicios o transferencias. Estos productos son realizaciones estatales a través de los cuales se busca reconducir conductas, orientar comportamientos, incidir en las formas en que las personas o las organizaciones actúan para ordenar determinados ámbitos de la vida social<sup>24</sup>. La política pública entendida como un proceso productivo del Estado, como una cadena de valor en la que los recursos estatales producen bienes, servicios y transferencias orientadas a ordenar diversas áreas de la vida social de acuerdo con sus valores y propósitos, nos sirven para evaluar los procesos y efectos<sup>25,26</sup> del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en

---

<sup>p</sup> Estimación de Cantidad de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que concentran el 70,0% de las consultas (n=1671). El costo estimado para este Proyecto fue el equivalente a U\$S 437.500.000 financiado mediante un aporte local equivalente a U\$S 87.500.000 y un préstamo del BIRF de U\$S 350.000.000.

ECNT. De esta manera, la CVP describe como componentes de la actividad estatal, el generar productos, redes de servicios, transferencias y condiciones para que a través de estas prácticas se mejore dicha calidad. A su vez, las relaciones técnicas que se ponen en juego se pueden conocer y estructurar como operaciones sustantivas, de apoyo y de viabilidad.

Hablar de una cadena de producción de valor, es conceptualizar que producir es operar. Las operaciones sustantivas, son aquellas que están en relación directa con el cambio de conductas de los destinatarios externos, mejor dicho, de una cadena de destinatarios<sup>64</sup>. Respecto a las operaciones de apoyo, ambas buscan dar apoyo a las conductas de los destinatarios internos<sup>64</sup>. En cambio, las operaciones de fortalecimiento son las que fortalecen a la Dirección, es decir, son principalmente las que contribuyen a mejorar el conocimiento sobre y para su accionar. Las operaciones de viabilización, son aquellas que comprenden las conductas de actores que controlan recursos críticos para la operación. Por último, las demandas de operación son aquellas que comprenden conductas de actores cuyas operaciones son críticas para lograr efectos sobre las conductas de los destinatarios externos<sup>64</sup>.

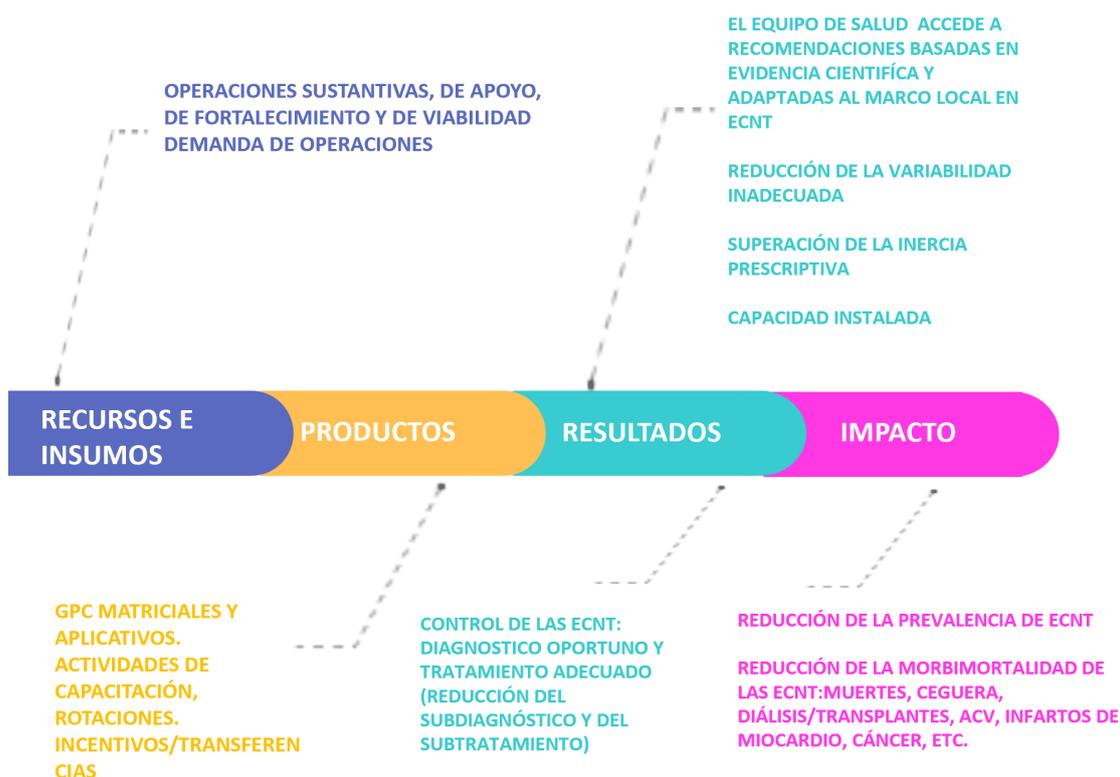
Las GPC matriciales, sus aplicativos y todas las estrategias de implementación como capacitaciones, microgestión, reembolsos por prestaciones, etc. son realizaciones estatales del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT a través de los cuales se busca reconducir conductas del equipo de salud, en particular de los médicos pero que impregna toda la estructura de atención (Figura 2). Esta orientación de comportamientos adquiere su sentido específico cuando se vincula efectivamente con sus destinatarios y se entienden las relaciones que se busca establecer con ellos.

El aspecto más visible e inicial de esta producción estatal lo constituye la elaboración de GPC como fenómeno resultante de vasto proceso de análisis de la evidencia científica actualizada transformada en cursos de acción que identifican la población objetivo, la intervención a realizar o a evitar, para alcanzar los desenlaces buscados. Los alcances y objetivos de una GPC hablan de los terrenos en los que pretende incidir. La plena aplicación de las GPC permitiría que el equipo sanitario se encuentre actualizado y contribuya a reducir la morbimortalidad de las ECNT en la población a su cargo. De esta manera, se plantea una relación intrínseca entre la planificación de un programa o política, su desarrollo y la evaluación. Con toda evaluación se espera obtener información básica para planificar y, si es necesario, replanificar los programas y conducir a una mayor comprensión de los procesos aplicados.

Por otra parte, las transferencias representan el producto con menor nivel de elaboración, sólo se trata de captar determinados recursos financieros y entregarlos a determinados destinatarios, lo cual, sin embargo, supone un proceso de identificación, registro, logística, control que suele ser sofisticado. Sin embargo, cobran relieve cuando se trata de un producto integrado que contiene una hipótesis. En el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES este producto tiene como hipótesis el mantener actualizado al equipo de salud brindándole cursos de

acción basados en la mejor evidencia científica actualizada y de esta manera contribuir a la calidad de la práctica clínica en la atención ECNT y esto concluye en una disminución de la morbilidad atribuible a las primeras causas de carga de enfermedad en nuestro tiempo que son las crónicas.

**Figura 2. Esquema de la Cadena de Valor Público de la política de apoyo a la toma de decisiones**



Fuente: elaboración propia en base a conceptos de la Cadena de Valor Público (CVP)<sup>16,65</sup>. Nota: GPC: guía de práctica clínica, ECNT: enfermedades crónicas no transmisibles, ACV: accidente cerebrovascular.

Esta cadena de valor, basa su planificación estratégica en los efectos que dichos productos logran, y que en el caso de las GPC se trata, como se viene explicando, de reducir la variabilidad inadecuada en la práctica clínica lo cual se refiere a evaluar o tratar de distinta manera a personas con condiciones similares, dando como efecto la sobre o la subutilización de recursos y la exposición de pacientes similares a evaluaciones o tratamientos de variada y distinta eficacia o a riesgos o costos innecesarios. Para la evaluación de la brecha entre la situación actual y la situación objetivo se requiere desarrollar un modelo de evaluación. Este modelo es un esquema teórico que permite abordar una realidad compleja. Esta

construcción se basa en hipótesis teóricas, en pos de su mejor comprensión y para operar sobre ella<sup>66</sup>. Dentro de sus atributos se explicita: ser holístico, modular, contribuir al aprendizaje institucional involucrándose en las distintas etapas de la gestión, ser flexible e incorporar la perspectiva de diversos actores.

### **2.3.1. Teoría de cambio**

Todo modelo parte de una concepción del cambio, es decir parte de unas hipótesis teóricas. De esta manera, la teoría del cambio es la expresión, en forma de hipótesis, del modelo lógico que sustenta una política. Se entiende como tal a la formulación explícita de las lógicas causales que sustentan el diseño de una intervención que pretende impactar de manera positiva sobre un problema o necesidad que se considera social o políticamente relevante<sup>67</sup>.

El corazón de la teoría de cambio del recorte de política del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ENCT es el paso de la generación de la evidencia científica a la práctica clínica. Esto ha sido un punto de interés de larga data<sup>68-73</sup>. El problema de esta política pública contenida en el MAPEC, es la mejora continua de la calidad del sistema de salud vinculado al actuar médico y del equipo de salud, particularmente la variabilidad inadecuada en la práctica clínica, cuyo evento más extremo es la mala praxis<sup>12</sup>. Además, en la atención de las crónicas se describe una inercia prescriptiva, esto es que los pasos correctos se brindan en una temporalidad ralentizada perdiendo parte de los beneficios buscados<sup>74</sup>. Estas problemáticas se deberían a múltiples factores tanto personales y de los equipos, de estructura y de organización, de las políticas como de la calidad de los servicios que se brindan y de las opiniones y preferencias de los pacientes<sup>75,76</sup>.

La teoría de cambio por la cual la calidad de las GPC, sus documentos aplicativos, las capacitaciones que derivan de éstas y los incentivos económicos asociados pueden cambiar la práctica y aumentar la calidad de la atención, es compleja<sup>12,31,37,39,75-78</sup>. Superados los aspectos técnicos iniciales sobre la calidad de los documentos y sobre las barreras intrínsecas al mismo<sup>37</sup>, se reconocen elementos que colaboran en la implementación a la vez que estas deben ser aplicadas multiniveles<sup>72,75,76,79</sup>. Entre los elementos más efectivos se describen la difusión y diseminación con documentos con diseños prácticos, capacitaciones prácticas e interactivas, visitas de extensión educativa (ej. rotaciones, pasantías, visitas capacitantes), el apoyo de líderes de opinión, las auditorías pre y post, el uso de recordatorios, las retroalimentaciones, las mejoras de los sistemas y procesos, monitoreo, cambios en la cultura organizacional como equipos multidisciplinarios y sistemas de directrices electrónicas, mejoras de los sistemas, los recursos y la participación del usuario final, involucramiento de las partes interesadas, entre los más importantes<sup>12,39,76,77</sup>. También la existencia de historia clínica electrónica y la telemedicina representan facilitadores para implementar recordatorios e interconsultas acordes a las recomendaciones de las GPC<sup>80</sup>. Por el contrario, dentro de las barreras para la adopción se describe: falta de tiempo, sobrecarga

de trabajo, personal limitado, escepticismo clínico, falta de conocimiento de las directrices y la mayor edad del médico<sup>76</sup>.

Una etapa más avanzada en la difusión del conocimiento basado en las GPC lo pueden establecer las redes de capacitadores y de atención. Con el propósito de promover la réplica de las capacitaciones y talleres ofrecidos desde el nivel central, las jurisdicciones hacen propias las temáticas y replican las capacitaciones con equipo propio. Esto facilita un mayor acceso al llegar a un mayor número y variedad de destinatarios, el intercambio local de experiencias afines entre varios equipos de la provincia o región a cargo y la generación de estandarizar adaptada al marco local con creación de redes. Todo esto es parte de lo que se podría llamar capacidad instalada, tomando el concepto de la producción industrial, que habla de la adopción de esta lógica por parte de las jurisdicciones que ahora pueden conducirse con suficiente autonomía en mantener y corregir los procesos y actitudes necesarias, en este caso, de implementación de GPC y, por ende, de atención de las ECNT.

El primer objetivo crítico del cambio está en la renovación de las actitudes tanto de los equipos de salud como de los pacientes. Esto conlleva tanto por parte de los implementadores como por parte del equipo de salud destinatario, el estar convencidos que las recomendaciones propuestas permiten mejorar los estándares de atención. A su vez, esta mejora implica también la comprensión de las preferencias del paciente y el impacto económico y administrativo que el cambio involucra. Si bien los usuarios de las GPC son los integrantes de los equipos de salud, los destinatarios finales son los pacientes lo cual se relaciona con otro componente del MAPEC que es el lograr pacientes activos. Esto requiere que le lleguen de alguna manera las recomendaciones tanto brindadas de modo directo por el equipo de salud, o de modo indirecto para que reclame por ellas, a través de materiales gráficos o videos informativos disponibles por ejemplo en salas de espera. Por último, las intervenciones económicas, esto es las transferencias, constituyen un gran capítulo que busca a través de traspasos monetarios que los efectores puedan mejorar los procesos de atención de las personas con ECNT y favorecer la aplicación de las directivas de las GPC principalmente las fuertemente recomendadas. Una revisión sistemática encontró resultados tanto positivos como ineficaces del uso de incentivos para proveedores para mejorar tanto el proceso de atención como los resultados clínicos<sup>79</sup>. Más recientemente los resultados son algo más positivos al respecto sumando la reducción de costos en general por la implementación de incentivos económicos<sup>75</sup>. En todo caso, la crítica a estos estímulos se refiere a cuando no logran modificar la estructura<sup>75</sup>.

## CAPÍTULO 3. Resultados y análisis de los principales hallazgos del nivel central

En un primer apartado, los objetivos de la presente tesis se analizan desde el NIVEL CENTRAL, es decir, desde el Ministerio de Salud de la Nación (MSN) y particularmente desde su Dirección de ECNT y de los programas/planes con financiamiento externo que contribuyeron a la implementación. Los objetivos planteados para el NIVEL CENTRAL incluyeron el análisis del diseño, desarrollo y cobertura de la política en análisis, la caracterización del proceso de planificación, desarrollo, disseminación e implementación del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT, a la vez que se pretende difundir conceptos sobre el rigor de la elaboración, es decir, sobre la calidad, de las GPC.

*El MSN, es decir el NIVEL CENTRAL, promovió la política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT con una producción integrada conceptualmente articulando como productos a servicios, bienes y transferencias (Figura 3). Para ello partió del desarrollo de GPC desde la dirección de ECNT. En este primer apartado de resultados se compendia su historia y producción que conformaron el rol rector que le es propio por naturaleza institucional. Este mismo desempeño incluyó una amplia estrategia de implementación de GPC para lo cual la dirección de ECNT tuvo un plan explícito a la vez que se sirvió de programas/planes con incentivos económicos para captar la atención de los decisores y de los sistemas sanitarios jurisdiccionales.*

*La estrategia de acción se basó en la evidencia científica sobre implementación de GPC la cual fue resumida en la teoría de cambio. Esto trata sobre el paso del conocimiento a la práctica clínica, para lo cual la Dirección de ECNT elaboró aplicativos a partir de cada GPC matricial como un primer paso. Los aplicativos fueron guías breves o de lectura rápida, recordatorios para pacientes y vías clínicas, entre otros. El diseño de las capacitaciones incluyó tanto las de cada temática, como capacitaciones con integración de temas. El reconocimiento por parte del sistema de atención sanitaria del rol rector del MSN y el prestigio alcanzado con las GPC sobre temáticas de crónicas también fueron factores que incidieron en la aceptación de los cursos de acción propuestos. Por otra parte, se sumaron a la implementación efectiva en el territorio, las líneas de trabajo de programas con financiamiento externo, entendiéndose REMEDIAR, REDES, PROTEGER y SUMAR. La sucesiva inclusión y transformación de la provisión de fármacos del REMEDIAR brindó coherencia y accesibilidad a tratamientos, de acuerdo a las recomendaciones de las GPC basadas en evidencia científica a quienes presentaban cobertura pública exclusiva. Las capacitaciones, la microgestión sanitaria y rotaciones desarrolladas por la Dirección y desde REDES fueron elementos estratégicos para el aumento del conocimiento en todo el territorio federal como para la detección de prácticas a mejorar en la misma supervisión capacitante en los CAPS*

visitados. Las rotaciones con especialistas y comprobación de adquisición de destrezas involucraron a médicos y personal de enfermería de distintos CAPS. También la entrega directa de algunos bienes como medicamentos, microfilamentos, espirómetros, entre otros, brindó coherencia a la implementación de numerosas recomendaciones.

La transformación de los CAPS para la atención de las ECNT por parte del PROTEGER que incluyó recomendaciones de las GPC brindó contexto adecuado y traccionamiento de la práctica. Las prestaciones con reembolso por parte del SUMAR direccionaron con claridad hacia lo que hay que hacer acorde a las recomendaciones de las GPC de calidad.

**Figura 3. Graficación del producto articulado de la política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT con sus componentes de servicios, bienes y transferencias**



Fuente: elaboración propia en base a conceptos de CVP<sup>16</sup>. Nota: GPC: guías de práctica clínica, ECNT: enfermedades crónicas no transmisibles, RCVG: riesgo cardiovascular global.

### 3.1. Rol rector en el apoyo a la toma de decisiones

Desde la creación de la dirección, se había tomado la decisión de la reorientación de los servicios de salud hacia la atención a crónicos, dado que históricamente había hecho foco en la población materno infantil y en las situaciones agudas. La propuesta era mejorar aquellas sin descuidar estas últimas.

El rol rector en el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES de ECNT, fue asumido desde la Dirección con una visión clara de su importancia. Este objetivo estaba en línea con lo propuesto a nivel internacional, particularmente por OMS/OPS y fue oportuno su impulso dado un cierto vacío al respecto relacionado con la baja calidad de las directrices y protocolos existentes como por el escaso desarrollo de la atención de las ECNT por parte de las jurisdicciones provinciales que requerían de orientación en todos sus componentes<sup>39</sup>. Para ese entonces (2009/2010), los documentos en los que basarse para este apoyo científico se singularizaban por la falta de calidad metodológica. Este déficit en el rigor de la elaboración estaba en general vinculado a directrices producidas por sociedades científicas nacionales e internacionales, que se caracterizaban por la frágil incorporación de metodologías y por la presencia de conflictos de intereses, más o menos explícitos. A la vez, las directrices internacionales más prestigiosas podían tener los mismos defectos, sumando que no estaban pensadas para el marco local. Además, la orientación en cada temática estaba asumida de modo fragmentado por las sociedades científicas de cada especialidad lo cual no facilitaba un abordaje integral.

*Laspiur, primer director, recordó los inicios: “fui asesor del programa vigía y coordinador del programa de diabetes del MSN desde el 2004, hice una capacitación sobre el modelo de cuidados de ENT en la Universidad de Miami de EE.UU. apenas asumí como director invitado por OPS. Cada día era una dimensión del MAPEC: un día: guías de práctica; otro día: sistemas de información; otro día: el apoyo al automanejo; y otro: organización de servicios. Entonces vine después con esa motivación a la Dirección (...) Teníamos guías que hacía la sociedad científica (...) que eran una cuestión de consenso [de expertos no basados en la evidencia], informales. En ese entonces no se hablaba del AGREE ni de nada de eso. Tenías las guías americanas que eran por consenso de expertos. Todo era así”.*

A su vez, esta necesidad de apoyo en la actualización del conocimiento no era un tema aislado, sino que toda la atención a las personas con ECNT se encontraba atrasada. El modelo MAPEC no estaba difundido en el país cuando la Dirección comenzó<sup>39</sup>. Las jurisdicciones mostraban distintos grados de falencias en la organización para la atención de personas con ECNT. En aquel momento fundante, todavía el sistema de salud público estaba muy poco adaptado a la transición epidemiológica y los equipos de salud podían incluso no visibilizar la necesidad de contar con recomendaciones claras elaboradas de modo transparente desde la cartera nacional.

Para caracterizar estos déficits, además del estudio GESICA mencionado en la introducción contamos, por ejemplo, con un relevamiento en la provincia de Santiago del Estero<sup>81</sup> realizado por el equipo de Microgestión de REDES que se propuso como tarea principal, fortalecer las acciones tendientes a mejorar el uso de las GPC. Las principales barreras encontradas fueron un estilo reactivo de atención, falta de historia clínica, entre otros. El estudio comenta *“los equipos del PNA presentaban perfiles inadecuados, que respondían a la demanda de eventos agudos, con atención fragmentada, episódica, no programada; falta de registros de la atención; falta de articulación entre el primer y segundo nivel; y dificultad para la accesibilidad al PNA debido a la falta de capacidad resolutive por parte del centro”*<sup>81</sup>.

Alejandra Alcuaz recordó una de las primeras reuniones con referentes provinciales en la cual *“cada provincia pasaba y contaba qué desarrollo tenía en cada componente del MAPEC (...) y recuerdo por ejemplo a una referente que afirmaba para ese entonces “en esto nosotros no tenemos nada”* y en la misma línea Laspiur afirmó que hace 15 años atrás *“las barreras eran que no había historia clínica en el PNA, no había turnos programados, no tenían acceso a guías, el tema de los horarios de atención. Había una serie de barreras estructurales para la atención de personas con ENT”*.

El APOYO A LA TOMA DE DECISIONES, fue el componente del MAPEC para el cual el MSN presentaba mayor gobernabilidad a la vez que no estaba percibido como una necesidad por parte de los equipos sanitarios. Esta demanda oculta fue registrada de modo parcialmente sistemático (aunque no quedó publicado), a través de los talleres de guías realizados por la Dirección de ECNT en las provincias donde se utilizaba el instrumento ACIC que evalúa los componentes del MAPEC. En la puntuación del ACIC, el apoyo a la toma de decisiones mostró habitualmente el puntaje más bajo. Así se conoció que, en nuestro medio, ese apoyo, era en gran medida una sede vacante a la vez que, dado el rol rector del MSN, podía ocuparse de tomar sobre todo ese recorte de política ya que las demás adecuaciones estructurales eran competencia de las jurisdicciones. Para este lanzamiento se centró en las temáticas sobre diabetes, cesación tabáquica y riesgo cardiovascular.

Gabriel González, habló sobre el vacío existente en aquellos primeros tiempos y aseguró *“no es algo que tenían resuelto [las provincias], lo que pasa es que era una necesidad que no tenían visualizada en general. Un tercio o menos de las provincias tal vez lo hacían de alguna manera no adecuada, porque no había este marco normativo desde el Ministerio (...) Pero en la medida que se avanzó con esa estrategia, se terminó visualizando la necesidad”*. Así lo resumió Laspiur *“yo decía, si el Ministerio de Salud de la Nación no atiende pacientes y detrás de lo que haga hay un montón de cosas que se disparan en la Seguridad Social de las provincias, de la cobertura del PMO<sup>9</sup> y medicamentos que compra el [programa] REMEDIAR, cómo no va el Ministerio a desarrollar GPC robustas en las*

---

<sup>9</sup> Plan Médico Obligatorio: canasta básica de prestaciones obligatorias para todas las prepagas y obras sociales.

*principales entidades que matan a la mayor cantidad de personas. Entonces la tarea de desarrollar GPC, en mi opinión, es una función indelegable de Nación (...) entonces fue la Dirección un espacio de consolidación de guías, de adaptación y desarrollo, que fue creo que el primero del Ministerio". En la misma línea ratificó Alcuaz: "la pata fuerte que desarrollamos desde la Dirección en cuanto al MAPEC fue el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES. Siempre decíamos: nos va bien con el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES, hemos logrado algo de reorientación en la organización de la atención, pero nos falta mejorar los sistemas de información y nos falta mejorar el apoyo al automanejo".*

El rol rector en el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES marca el qué, el cómo y el para qué de la atención clínica para prevenir, diagnosticar y tratar las ECNT y sus factores de riesgo. El objetivo de esta orientación y apoyo es mejorar la calidad de atención y disminuir la variabilidad inadecuada en la práctica clínica lo cual abarca la seguridad del paciente. Por todo ello, se consideró fundamental el desarrollo de GPC de calidad, basadas en metodologías sólidas y participativas. Desde la creación de la Dirección de ECNT se generó en esta instancia jerárquica, un espacio técnico-científico inicialmente para el uso de GPC que inmediatamente pasó a ser de desarrollo. En la primera etapa las guías procedían de los programas ya existentes de diabetes<sup>45</sup> y control del tabaco<sup>44</sup> o de documentos realizados por el PNGCAM<sup>82,83</sup>, o bien, brindados por la OMS/OPS<sup>38</sup> (Tabla 1). Esto ocurrió en simultaneidad de la gestión del desarrollo de las directrices desde la misma Dirección. Las GPC ya existentes resultaron buenos aportes iniciales que permitieron comenzar a trabajar con fundamentos adaptados al marco local. Las metodologías empleadas por esos documentos fueron estándares varios como los de la Colaboración AGREE<sup>34</sup> y los de la Academia Nacional de Medicina<sup>60</sup>.

Como se introdujo más arriba, en el contexto mundial surgió un nuevo sistema de procesamiento sistemático y transparente de la evidencia científica para su valoración en GPC y en RS-MA, esto es la metodología GRADE<sup>10</sup>. Desde 2009 a 2011 se desarrolló la primera GPC ministerial que la incorporó y surgió precisamente en la Dirección de ECNT. Esta fue sobre Cesación tabáquica<sup>47</sup> (Tabla 1). Entonces, la consolidación del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES se acompañó del perfeccionamiento de estándares de calidad en vistas a asegurar el rigor de la elaboración basados en la evidencia científica calificada de una manera transparente a través de mecanismos participativos asegurados por técnicas formales de acuerdo, con mirada federal y con instancias de revisión externa. Estos aspectos se muestran con más detalle en el apartado "*El análisis documental de la producción y calidad de las GPC*". Esta producción requirió de la adquisición de conocimientos, destrezas y habilidades en los equipos técnicos destinados tanto a lograr la incorporación de los mejores estándares, como a abarcar más temáticas centrales de las ECNT. Este impulso rector particular se manifestó también en que no hubo otras áreas de la cartera nacional que hubieran tomado este rol a pesar de que la invitación inicial a capacitarse en las metodologías por parte del PNGCAM fue para numerosas áreas del MSN.

## 3.2. La Dirección de ECNT como unidad elaboradora de GPC

A partir del análisis documental y entrevistas podemos afirmar que por un lado hubo que posicionar esta política también a nivel institucional, esto es, en el MSN. Desde 2009 distintos profesionales fueron convocados para componer los equipos elaboradores y para coordinar los procesos. Para el período 2009-2023 se observó tanto renovación como mantenimiento y consolidación de actores de equipos elaboradores de GPC en la Dirección de ENT. La permanencia y perseverancia de ciertos profesionales es atribuible a distintos factores, pero los entrevistados remarcaron como clave a las médicas y médicos iniciaron esta tarea por su fuerte compromiso y sentido de su importancia. La oportunidad de este desarrollo fue impulsada por el director quien logró posicionar este recorte de política explicando aspectos técnicos como la duración de dos o tres años de cada proceso. De esta manera EL APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT basado en GPC de alta calidad, comenzó a contar con apoyo institucional y así pudo ampliar el equipo y la Dirección pudo pasar a ser una unidad elaboradora.

*A este respecto Laspiur recordó los inicios “no es que tuve un pedido de mis autoridades sobre eso. No es que me pedían que haga guías de práctica, pero me dieron los recursos para esto”. Alejandra Alcuaz recordó “entre las dos [Alejandra y Brunilda], fue que nos embarcamos en esta tarea de desarrollo de guías de práctica clínicas también porque juntas nos motivamos a partir de una reunión que tuvimos con la Dirección de Calidad. Entonces, yo creo que esos fueron hitos en la línea de tiempo”, a la vez que reconoció el aval de la máxima autoridad ministerial “y hubo un ministro que también nos dejó hacer, en ese momento: Manzur”<sup>r</sup>. Sobre esta etapa recordó Sebastián Laspiur “vos estabas en tabaco y se hizo como un equipo de guías y te embarcaste en un tema nuevo”.*

Los dos perfiles decisivos en un equipo elaborador de una GPC lo constituyen la experticia metodológica por un lado y la experticia temática por el otro. El primer perfil se apoya en destrezas tanto en la lectura crítica de la evidencia científica como sobre el proceso que compendia los pasos a seguir y los criterios para elaborar las recomendaciones. En cambio, la experticia temática se refiere a las especialidades clínicas con base en la experiencia que a nuestro fin son por ejemplo la cardiología, la neumología, el entrenamiento en cesación tabáquica, en atención de la diabetes, etc. La incorporación del perfil metodológico también fue un desafío ya que estas destrezas no se encontraban desarrolladas en el equipo de salud en aquel momento a la vez que la metodología GRADE no estaba en ninguna directriz nacional y era incipiente en las internacionales por lo cual el aprendizaje era a múltiples niveles.

---

<sup>r</sup> Dr. Juan Luis Manzur. Ministro de Salud de la Nación entre 2009 y 2015 durante la presidencia de la Dra. Cristina Fernández de Kirchner.

La realización de GPC se puede considerar como una destreza compleja que requiere de capacitaciones y entrenamiento a través de la realización misma de las directrices. Las capacitaciones formales en metodología GRADE fueron tanto cursos <sup>5</sup>presenciales o virtuales. De un modo más amplio la realización de maestrías u otros estudios *ad hoc* para perfeccionar el rigor en el análisis de los estudios y metaanálisis en los miembros más estables de los equipos sumaron profesionalismo.

Respecto a la experticia temática, cada guía respondió a un programa nacional que cumplía el importante rol de aportar los especialistas en el tema y que enriqueció la discusión continua de los resultados de los estudios científicos y su relación con la práctica en orden a asegurar recomendaciones basadas en la evidencia a la vez que implementables y útiles en la atención de los pacientes. Entonces una riqueza particular de estas GPC Nacionales, es que los expertos temáticos no solamente estaban representados en el panel de expertos, sino que componían el equipo elaborador e incluso varios miembros poseían las dos expertices. De esta manera pudieron intercambiar continuamente logrando que los expertos en metodología entrenen a los expertos temáticos y viceversa, contribuyendo a integrar a ambos lo que se observa en la calidad de los productos resultantes. Entonces, la experticia temática se beneficia de los límites claros de la metodología, no solo por el riesgo de COI, y la metodología se beneficia de un continuo aporte de la experiencia clínica. En algunos casos los expertos temáticos eran también expertos en metodología lo cual está reconocido como un claro enriquecimiento como refieren las directrices de elaboración de GPC: *“Si estos profesionales [expertos en metodología] poseen una especialidad de base vinculada al tópico en cuestión, el proceso de adaptación se facilita en gran medida”*<sup>60</sup>. Esto ocurrió en distintas oportunidades en que por ejemplo los expertos metodología eran expertos temáticos como Sebastián Zamora cardiólogo contratado como metodólogo de GPC cardiovasculares, como Brunilda Casetta y Alejandro Videla, expertos en cesación tabáquica y expertos en metodología de las GPC de cesación tabáquica.

Además, fue de suma importancia que en el equipo elaborador se encuentren los expertos del programa temático ya que las GPC quedaron en manos de cada programa para la implementación donde inciden el prestigio entre pares los cuales deben dar cuenta desde el nivel central de la metodología transparente y de la calidad resultante del producto.

Respecto a los paneles, el análisis documental de las distintas GPC permitió afirmar que los paneles interdisciplinarios fueron conformados por representantes de las diversas sociedades científicas, tanto expertos en las temáticas como de médicos generalistas, personal de enfermería y muchos otros perfiles como licenciados en nutrición, kinesiólogos, psicólogos, etc. La amplitud de los paneles interdisciplinarios fue notoria, sin considerar el

---

<sup>5</sup> Ejemplos claves fueron: el Curso sobre metodología GRADE con Holger Shünemann de la Universidad de Mc Master Canadá en 2016; participantes Brunilda Casetta y Alejandro Videla. El Curso OPS sobre Elaboración y adaptación de guías usando la metodología GRADE ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública, del 7 de mayo al 15 de julio de 2015, con una duración de cuarenta horas; participantes Brunilda Casetta y Alejandro Videla. El Curso GRADE con el equipo del Htal. Alemán Sanatorio Güemes, 2018; participante Brunilda Casetta. El Curso OPS sobre Elaboración y adaptación de guías usando la metodología GRADE ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública, del 7 de mayo al 15 de julio de 2015, con una duración de cuarenta horas; participantes Brunilda Casetta y Alejandro Videla.

caso de la GPC de IAM<sup>52</sup> donde fueron solo diez panelistas; la mayoría oscilaron entre un mínimo de 15 a 17 integrantes (ej. GPC HTA 2019<sup>51</sup>, obesidad 2013<sup>48</sup>, Renal 2022<sup>57</sup>) hasta un máximo entre 30 a 32 integrantes (ej. GPC complicaciones MV 2021<sup>54</sup>, EPOC 2015<sup>49</sup>).

*Sobre la conformación de los paneles interdisciplinarios de consenso, Videla señaló “los expertos en una temática nos ayudan mucho [Panel], pero también nosotros [equipo elaborador] tenemos que aprender a que el experto está alimentado muchas veces por una combinación de dos cosas que lo descalibran. Uno, que ve pacientes muy enfermos, entonces ve un extremo del espectro y no necesariamente ve los pacientes más normales, y después, que está muy alimentado por el último grito de la moda que le trae la literatura médica o la industria farmacéutica que tiene interés de que se receta el último fármaco que salió o el más caro. Entonces lo que trae el experto, se tiene que contrapesar con la persona que está más en la atención primaria y (...) que un fármaco puede tener un beneficio muy lindo para un desenlace que realmente no tiene relevancia clínica (...) por eso es muy importante que haya mucho trabajo multidisciplinario y muchas que miren los resultados y lo discutan”.*

Esta calidad en el desarrollo de GPC comenzó por resultar un factor ordenador interno para los mismos participantes, para la misma Dirección, para el MSN en sus distintos ámbitos y luego para las jurisdicciones destinatarias. De esta manera, sobre los elementos más valorados vinculados al prestigio logrado se destacaron la calidad metodológica, la amplia participación, el menor riesgo de influencias por conflictos de intereses y la adaptación al marco local de las GPC elaboradas por parte de la cartera nacional.

*González señaló al respecto: “eso es algo muy valioso porque es un ordenador de todo y hasta terminás teniendo factores secundarios muy positivos que terminan poniendo orden a todos los actores que juegan en el sistema de salud a la hora del marco teórico, es decir, del “debe ser”. Permitió dar espacio formal a las sociedades científicas, a los hiper especialistas, a los técnicos, a la gente de prestigio, porque lo metodológico, lo sistemático, ubicó a todos los actores y les dio un lugar democrática y organizadamente, siguiendo una lógica que no es la de aquel que tiene más prestigio o del que habla más fuerte”. A este respecto Alejandro Videla afirmó: “yo creo que el Ministerio, por la historia que tiene de ser muy riguroso en la preparación de estos documentos, es muy respetado. (...) Y además, todo el mundo es consciente de que cuando existe una guía de práctica clínica del Ministerio es más probable que un medicamento o que una intervención le llegue a una persona. (...) Fueron documentos muy bien hechos, que incluso los revisores externos nos dieron un apoyo muy grande y que alabaron la calidad metodológica y la manera en que fueron contruidos”.*

### 3.3. El análisis documental de la producción y calidad de las GPC

El análisis documental a partir de la constatación de la producción de GPC desde la Dirección de ENT (Tabla 1), permite aseverar que la misma fue asentándose y aumentando el ritmo con la experiencia. Los procesos de desarrollo llevaron alrededor de dos a tres años. Para la primera etapa, con las GPC de cesación tabáquica 2011<sup>47</sup>, Obesidad 2013<sup>48</sup> y EPOC 2015<sup>49</sup>, los desarrollos fueron consecutivos. A partir del año 2017, los procesos tienen la misma duración aproximada, sin embargo, se desarrollan en simultáneo más de una GPC finalizando en 2019 las de diabetes<sup>50</sup> y la de HTA<sup>51</sup>, en 2020 la de Cesación Tabáquica<sup>53</sup> y la de IAM<sup>52</sup>, en 2021 las de complicaciones MV<sup>54</sup> y la de prevención cardiovascular<sup>55</sup>, en 2022 las GPC de Asma<sup>56</sup>, Renal<sup>57</sup> y de Alcohol<sup>58</sup> y en 2023 la de obesidad (actualización parcial)<sup>59</sup>. Es de destacar que al mismo tiempo los equipos desarrollaban los aplicativos de las mismas, como guías breves y rápidas, y otros (Tabla 4) y que la pandemia no frenó su producción, casi que la potenció.

Respecto al análisis de la calidad al cual ingresaremos ahora, en esta sección se buscó señalar de modo descriptivo a través de reconocidos instrumentos, la verificación de la presencia de estándares de calidad sin una evaluación formal, la cual requeriría de más de un observador independiente. Dentro de los instrumentos reconocidos, el AGREE II<sup>35</sup> va dirigido a los aspectos globales que comprenden todo el proceso de desarrollo, desde la conformación del grupo elaborador, al contenido en rigor y claridad y la explicitación de los conflictos de intereses. En cambio, el AGREE-REX<sup>35</sup> principalmente se centra en la implantación de un análisis y valoración detallada de la evidencia coincidiendo con los elementos que aporta la metodología GRADE. Por su parte, el PNGCAM actualizó en 2019<sup>61</sup> las directrices de los estándares de adaptación/elaboración que previamente había planteado la Academia Nacional de Medicina<sup>60</sup> una década antes. En la misma línea, la OMS/OPS publicó una Directriz para el Fortalecimiento de los Programas Nacionales de Guías Informadas por la Evidencia<sup>12</sup> contemporáneamente. En ambos casos los elementos que destacan comprenden tanto al instrumento AGREE como a la metodología GRADE<sup>10</sup>.

Los componentes de calidad en el AGREE II<sup>35</sup> se evalúan a través de seis dominios que compilan 23 criterios. El dominio central es el tercero dado que el corazón del rigor de elaboración de una GPC está en el procesamiento de los estudios científicos que permitirán aseverar en las recomendaciones sobre lo que conviene o no hacer en la práctica clínica. A su vez, el procesamiento de la evidencia científica se compone de juicios de valoración para lo cual, la metodología GRADE propone un desarrollo sistemático y transparente de dichos juicios<sup>10</sup>. Entonces la metodología GRADE se basa en cinco factores a tener en cuenta: riesgo de sesgo, inconsistencia (heterogeneidad no justificada), evidencia indirecta, imprecisión y riesgo de sesgo de publicación junto a otras consideraciones complementarias que determinan la calidad de la evidencia para cada desenlace en particular y de estos los desenlaces considerados críticos determinan la calidad global<sup>10</sup>.

En todas las GPC se describieron con claridad los ítems comprendidos en los dominios del instrumento AGREE II (Tablas 3.a a 3.d). Estos ítems se presentaron adecuadamente explícitos y claros. Dado que las GPC buscaron asistir la toma de decisiones informadas en el contexto específico de una enfermedad o condición de salud se destacaron desde el principio de cada documento, la descripción de los alcances y objetivos, la población objetivo (o diana), los aspectos que no serían abordados como los cubiertos a través de la explicitación de las preguntas clínicas (PICO). La participación fue multidisciplinaria en los equipos elaboradores y en el panel interdisciplinario de consenso. Un elemento que sumó gran aporte, fue la representación federal o la incorporación en algunos momentos de la elaboración de los referentes provinciales en un tema constituyendo un panel federal (ej. GPC Diabetes<sup>50</sup>). Los desenlaces contemplados no sólo fueron los favorables, sino también los desfavorables (efectos adversos) lo cual se vincula a la seguridad de cada intervención evaluada (Tabla 3.a.)

Los verdaderos destinatarios de las recomendaciones son los pacientes en quienes se aplicará, o no, las intervenciones recomendadas. Como se señaló, para la metodología GRADE, la incertidumbre o la variabilidad de los valores y preferencias de los pacientes, constituye el tercer criterio determinante de la fuerza de la recomendación. Dado que las diferentes intervenciones siempre tendrán ventajas y desventajas y, por lo tanto, existe un balance, la forma en que un panel de guías valora estos aspectos, es fundamental para la solidez de cualquier recomendación. Así, cuanto más variables fueron los valores y las preferencias, o cuanto mayor era la incertidumbre al respecto, mayor fue la probabilidad de que se tratase de una recomendación condicional. Esta visión de las preferencias de la población objetivo fue abordada de distintas maneras en distintas GPC manifestando la importancia otorgada a este aspecto. La manera asegurada en todas fue el tercer criterio de la metodología GRADE que pregunta si la intervención sería aceptada por los pacientes destinatarios en la experiencia del equipo de salud que ejerce en la práctica. En las GPC sobre Diabetes<sup>50</sup>, Complicaciones MV<sup>54</sup>, HTA<sup>51</sup> y de prevención CV<sup>55</sup> se explicitó la realización de una búsqueda bibliográfica de estudios sobre las preferencias de los pacientes cuyo resumen formó parte de los ANEXOS de los documentos matriciales. En el caso de la GPC sobre reducción del consumo de alcohol<sup>58</sup> participaron alcohólicos en recuperación. Otra manera de escuchar la voz del paciente fue a través de sus asociaciones. En las GPC sobre temas de diabetes<sup>50,54</sup> también las asociaciones de pacientes participaron como panelistas (en general a través de pacientes que también eran médicos). En la GPC sobre EPOC la asociación de pacientes participó en la revisión externa y en la de cesación tabáquica de manera similar.

**Tabla 3.a. Dominios 1 y 2 del Instrumento AGREE II y sus ítems 1 a 6**

<b>Dominio 1. Alcance y Objetivo</b>
1. El(los) objetivo(s) general(es) de la guía está(n) específicamente descrito(s).
2. El(los) aspecto(s) de salud cubierto(s) por la guía está(n) específicamente descrito(s).
3. La población (pacientes, público, etc.) a la cual se pretende aplicar la guía está específicamente descrita.
<b>Dominio 2. Participación de los implicados</b>
4. El grupo que desarrolla la guía incluye individuos de todos los grupos profesionales relevantes.
5. Se han tenido en cuenta los puntos de vista de la población diana (pacientes, público, etc.).
6. Los usuarios diana de la guía están claramente definidos.

Fuente: Instrumento AGREE II<sup>35</sup>.

El rigor de la elaboración es el dominio más importante del instrumento AGREE II (Tabla 3.b.). En todas las GPC<sup>47-59</sup> constaron los sitios de búsqueda, las principales palabras de búsqueda (*Key words*) y los criterios de búsqueda priorizando las RS-MA. Respecto al tratamiento que recibieron los estudios y su valoración del grado de certeza se describieron conforme a la metodología GRADE en sus cuatro posibilidades: alta, moderada, baja y muy baja. A partir de las GPC publicadas en 2019 se incluyeron las tablas de resumen de hallazgos o tablas SoF (del inglés *summary of finding*) las cuales son el modo resumido más gráfico. Esto marcó también una importante mejora técnica a la vez que se mantuvo el resumen narrativo de la evidencia para facilitar la elección del lector. Las tablas SoF se incluyeron en las diez GPC desarrolladas desde ese momento<sup>50-59</sup>. En todas las GPC se observó una relación explícita entre las recomendaciones y la evidencia que la sustenta<sup>47-59</sup>.

El método para el traspaso de la evidencia a las recomendaciones se centró en la consideración de los cuatro grandes criterios (C) de la metodología GRADE referidos a la calidad de la evidencia (C1), al balance entre beneficios y riesgos (C2), al conocimiento de las preferencias de los pacientes (C3) y de los costos (C4) a través de técnicas formales de consenso que en todos los casos fue el método Delphi-Rand<sup>84</sup>. De esta manera cada panelista emitió su opinión de forma anónima evitando en las etapas iniciales las opiniones cara a cara para minimizar las influencias. En estas técnicas formales, el anonimato, el *feedback* global y las interacciones estructuradas constituyen el núcleo central con el fin de extraer el conocimiento y experiencia colectiva del panel, minimizando sesgos. A través de estas técnicas (devoluciones a las respuestas, puntos de corte para el acuerdo, momentos de plenario, valoraciones post plenario, etc.), se sintetizaron los juicios del panel con pautas predefinidas para la elaboración de las recomendaciones junto a su fuerza y dirección según cuatro posibilidades resultantes: fuertes o condicionales a favor o en contra.

La colaboración AGREE desarrolló accesoriamente el instrumento AGREE-REX con tres dominios que puede servir para reforzar la evaluación del rigor de elaboración. Entre otros aspectos, trata sobre la evidencia, y se dirige a corroborar la evaluación de riesgo de sesgos, consistencia entre los resultados, si la evidencia es directa o indirecta, indicadores de precisión, la magnitud del beneficio o del riesgo, el sesgo de publicación, la existencia de factores confundidores y la existencia de gradiente dosis-respuesta. Estos elementos y su criterio de evaluación están comprendidos en los pasos de análisis de la metodología GRADE en cuanto a la valoración de la evidencia, es decir, de las certezas que brindan los hallazgos de los estudios<sup>10</sup>. Aplicándolo a las GPC sobre ECNT en estudio, encontramos que todos estos elementos están detallados con claridad en todos los casos con valoraciones parciales para cada medida de desenlace y compendiadas en una valoración global según los desenlaces críticos<sup>47-59</sup>.

Una vez realizado el consenso formal e incorporadas sus conclusiones al documento, es necesario someter la guía a evaluación externa para garantizar la rigurosidad del proceso y contribuir a incrementar la legitimidad y credibilidad de la misma (Tabla 3.b.). Este paso final de elaboración convocó a profesionales nacionales o internacionales destacados como al público general entre otros aportantes. Todos los documentos presentaron revisión externa<sup>47-59</sup> que en general se detalló resumidamente en un anexo y donde se destacaron numerosas ponderaciones a las GPC matriciales. Los profesionales revisores externos avalaron el rigor de la elaboración y aplaudieron la interdisciplina como un componente distintivo.

Un ejemplo extra de revisión externa de la primera GPC desarrollada en la Dirección sobre cesación tabáquica en 2011, fue que representantes de evaluación de la calidad de tecnologías de todas las regiones del país, capacitados en la adaptación de GPC y con formación en el instrumento AGREE II, realizaron una evaluación la calidad metodológica de la presente Guía (Anexo 6. Revisión Externa)<sup>47</sup>. Dichos profesionales, encontraron que la metodología de elaboración fue de MUY ALTA CALIDAD<sup>47</sup>. En otras oportunidades, un panel de referentes provinciales participó de este proceso operando como revisores y futuros implementadores locales (Ej. GPC DM2<sup>50</sup>).

Por último, las GPC deben contener alguna expresión sobre su fecha y metodología de actualización. Aquí es donde se notaron más falencias. La GPC de Cesación<sup>47</sup> se proponía ser actualizada en 5 años y tardó el doble; la de EPOC aún no ha sido actualizada y data de 2015<sup>49</sup>, y la de obesidad solo fue actualizada en sus componentes no farmacológicos en 2023<sup>59</sup> constituyendo una actualización parcial a la versión 2013<sup>48</sup>. A su vez no siempre figura con claridad el año con que debe ser considerada la vigencia en un lugar visible o etiquetas que marquen que están en proceso de actualización, etc.

**Tabla 3.b. Dominios 3 del Instrumento AGREE II y sus ítems 7 a 14**

<b>Dominio 3. Rigor en la elaboración</b>
7. Se han utilizado métodos sistemáticos para la búsqueda de la evidencia.
8. Los criterios para seleccionar la evidencia se describen con claridad.
9. Las fortalezas y limitaciones del conjunto de la evidencia están claramente descritas.
10. Los métodos utilizados para formular las recomendaciones están claramente descritos.
11. Al formular las recomendaciones han sido considerados los beneficios en salud, los efectos secundarios y los riesgos.
12. Hay una relación explícita entre cada una de las recomendaciones y las evidencias en las que se basan.
13. La guía ha sido revisada por expertos externos antes de su publicación.
14. Se incluye un procedimiento para actualizar la guía.

Fuente: Instrumento AGREE II<sup>35</sup>.

Respecto a la claridad en la presentación (Tabla 3.c.), en todas las GPC sobre ECNT<sup>47-59</sup> se diferenciaron las recomendaciones a través de tablas o numeraciones muy claras. Asimismo, incluyeron comentarios complementarios destinados a aumentar la comprensión de las recomendaciones. Se señaló también la fuerza de cada recomendación como fuertes y condicionales mayoritariamente<sup>50-59</sup>, salvo algunas pocas excepciones en que se usó otras opciones propuestas por la metodología GRADE (ej. Tipo I y Tipo II<sup>47</sup>, fuertes y débiles<sup>48</sup>). En general se señaló la calidad de evidencia que sustenta cada recomendación gráficamente al lado de la misma además de en el resumen o SoF<sup>48,50,51,54,56-59</sup>, o bien solamente en los resúmenes<sup>47,49,52</sup>.

Además, se puede señalar que cada grupo elaborador (equipo elaborador y panel interdisciplinario de consenso), trató específicamente una temática y no volvió a trabajarse cursos de acción ya definidos en otras GPC, sino que se interrelacionaron a través de recomendaciones extrapoladas de otras GPC o documentos del MSN (REx)<sup>50,51</sup>. Por ejemplo, la GPC de EPOC<sup>49</sup> no volvió a tomar preguntas sobre cómo ayudar a dejar de fumar porque ya habían sido respondidas en la GPC de cesación tabáquica<sup>47</sup>. También se pudo apreciar que en los documentos se diferenciaron muy bien las recomendaciones del resto de la narración, las cuales se presentaron con un ordenamiento coherente y que en cada una se explicitó con suficiente detalle tanto la población a la que se refiere como la o las intervenciones ofrecidas como también los resultados (*outcomes* o desenlaces) que se esperan obtener al aplicar cada directriz. Por otro lado, las recomendaciones claves estuvieron señaladas con alguna identificación particular<sup>47-49,51,53,55</sup> aunque esta clasificación parece caer en desuso ya que no se aplica a las últimas GPC matriciales desarrolladas<sup>50,52,57-59</sup>.

Respecto a la claridad y la aplicabilidad (Tabla 3.c.), en varios documentos analizados se mencionó el instrumento GLIA. Su uso buscó reducir las barreras intrínsecas de las GPC según se refiere en los documentos. Por otra parte, se observó variedad en la calidad del diseño. Entre los mejores diseños se destacaron a la GPC de Obesidad 2013<sup>48</sup>, diabetes<sup>50</sup>, la de Complicaciones MV<sup>54,t</sup>, la de EPOC<sup>49</sup> y la de tabaco 2011<sup>47,u</sup>. Los documentos matriciales en general incorporaron aspectos prácticos para facilitar cómo ser llevados a la atención clínica diaria. A modo de ejemplo, la GPC 2011 de Cesación Tabáquica<sup>47</sup> incorporó aspectos referentes al uso y equivalencias de fármacos de cesación y sobre la implementación de una alimentación adecuada y sobre el ejercicio para acompañar al proceso de dejar de fumar. La mayoría de los documentos contaron con un resumen del plan estratégico de implementación de la Dirección de ENCT cuyas estrategias estuvieron en sintonía con las preestablecidas en los estudios publicados analizados en la teoría de cambio. Este plan se detalló brevemente en la mayoría de los documentos matriciales de las GPC en anexos (Ej. GPC cesación tabáquica<sup>47</sup>, obesidad<sup>48</sup>, EPOC<sup>49</sup>, HTA<sup>51</sup>, diabetes<sup>50</sup>, alcohol<sup>58</sup>, prevención CV<sup>55</sup>). En cuanto a las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se aportó a través de un abanico de recomendaciones a favor y en contra. Algunos ejemplos al respecto de recomendaciones en contra fueron sobre no usar los medicamentos o estrategias sin respaldo científico para ayudar a dejar de fumar<sup>47</sup> o para bajar de peso<sup>48</sup>, la no necesidad de realizar el fondo de ojo sistemáticamente ante la sola presencia de hipertensión arterial<sup>51</sup>, el uso inadecuado de test diagnósticos para la diabetes o la hipertensión arterial<sup>51</sup>, o el no aval de ciertos fármacos para reducir el riesgo cardiovascular en prevención primaria<sup>55</sup>, entre otros ejemplos.

**Tabla 3.c. Dominios 4 y 5 del instrumento AGREE II y sus ítems 15 a 21**

<b>Dominio 4. Claridad de la presentación</b>
15. Las recomendaciones son específicas y no son ambiguas.
16. Las distintas opciones para el manejo de la enfermedad o condición de salud se presentan claramente.
17. Las recomendaciones clave son fácilmente identificables.
<b>Dominio 5. Aplicabilidad</b>
18. La guía proporciona consejo y/o herramientas sobre cómo las recomendaciones pueden ser llevadas a la práctica.
19. La guía describe factores facilitadores de aplicar las recomendaciones y barreras para su aplicación.

<sup>t</sup> Estas tres realizadas por María Laura Carnelli. REDES. MSN.

<sup>u</sup> Estas dos realizadas por el área de comunicación del MSN.

20. Se han considerado las posibles implicaciones de la aplicación de las recomendaciones, sobre los recursos.

21. La guía ofrece criterios para monitorización y/o auditoría.

Fuente: Instrumento AGREE II<sup>35</sup>.

La consideración de los vínculos que podrían llevar a elegir entre el bienestar primario de los pacientes y otros beneficios entre los que destacan los económicos o los académicos o institucionales nos remiten a la importancia de la independencia editorial y de los conflictos de intereses (COI)(Tabla 3.d.). En los anexos metodológicos de todas las GPC figura como, desde los momentos iniciales de la elaboración, los panelistas declararon sus potenciales conflictos de interés como por ejemplo vínculos con la industria farmacéutica afectada por las preguntas clínicas de cada GPC en elaboración. Al mismo tiempo figuró un análisis resumido de los mismos y de cómo se afrontó su manejo. En este apartado no figuraron nombres ni iniciales de los afectados. Sin embargo, se destacó en las GPC que la mayoría de los panelistas no presentaron ese tipo de vínculo garantizando que las potenciales influencias fueran menores a la proporción necesaria para lograr el acuerdo. Entonces, en dos GPC todos los panelistas declararon no poseer COI y en las restantes algún posible COI estuvo presente en proporciones menores al 25,0% de los paneles interdisciplinarios cuando el punto de corte de acuerdo fue del 75,0% en la mayoría de las GPC <sup>47-51,53-55,59</sup>. Respecto al umbral de acuerdo, en cuatro GPC no se explicitó cuál fue pero se aclaró que se alcanzó consenso<sup>52,56-58</sup>.

### Tabla 3.d. Dominio 6 del instrumento AGREE II y sus ítems 22 y 23

#### Dominio 6. Independencia editorial

22. Los puntos de vista de la entidad financiadora no han influido en el contenido de la guía.

23. Se han registrado y abordado los conflictos de intereses de los miembros del grupo.

Fuente: Instrumento AGREE II<sup>35</sup>.

Como conclusión sobre la calidad de las GPC encontramos la presencia de estándares de calidad como característica de la producción de la Dirección de ECNT. Una muestra externa de esta ponderación de calidad es que actualmente el Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de Salud, a través de la valoración del instrumento AGREE, seleccionó a la GPC de HTA de Argentina dentro de las tres de mejor calidad internacional para la fundamentación de la evidencia en la cual basar sus recomendaciones<sup>v</sup>.

<sup>v</sup> Testimonio de la Dra. Ximena López Mujica.

### **3.4. Otros documentos**

Si bien el plato fuerte del apoyo a la toma de decisiones fueron las GPC, la Dirección y sus programas desarrollaron en algunos casos, otro tipo de documentos de menor tenor metodológico. Estas protocolizaciones colaboraron al APOYO A LA TOMA DE DECISIONES ya sea por ocupar un lugar a la espera de una GPC, o porque la naturaleza del tema era eminentemente práctica, o bien, porque el destinatario no era el equipo de salud sino la población general de modo directo. Algunos ejemplos fueron el Manual de actividad física (2013)<sup>85</sup>, las Guías alimentarias para la población argentina (GAPA)<sup>86</sup>, el Consenso sobre enfermedad celíaca<sup>87</sup>, el Protocolo sobre asma (2015)<sup>88</sup>, el Protocolo de Manejo Inicial del ACV Isquémico Agudo (2015)<sup>89</sup> y el de Punto de corte para diagnóstico de la Diabetes gestacional basado en evidencia (2023)<sup>90</sup>. Otros documentos más puntuales fueron desarrollados para situaciones específicas, como por ejemplo durante la pandemia COVID-19<sup>91</sup>. Por último, las Pautas de pie diabético<sup>92</sup> y el Documento sobre insulinización<sup>93</sup> son documentos de orden práctico vigentes, relacionados con recomendaciones de las GPC de Diabetes<sup>50</sup> y de la GPC de sus Complicaciones MV<sup>54</sup>.

### **3.5. La implementación de GPC**

Juntamente con la decisión de elaboración de GPC surgió el diseño del plan de implementación general de las GPC matriciales basado en la evidencia. La teoría de cambio basada en evidencia científica señala como factores facilitadores el desarrollo de guías resumidas con inclusión gráficos, algoritmos y demás elementos que propicien la comprensión y consulta. Estas guías abreviadas se las conocen en el MSN como guías breves o de lectura rápida. Estas contaron con la inclusión de algoritmos y aspectos prácticos acorde a las recomendaciones que requirieron en muchos casos de un desarrollo propio. Estos elementos impresos o en formato digital constituyeron una primera etapa de diseminación junto a la comunicación de la existencia de una nueva GPC lo cual se hizo con presentaciones en Congresos, gacetillas de prensa, difusión por redes sociales, difusión por páginas web, etc. En este plan de implementación resultó imprescindible la generación de capacitaciones participativas que combinen momentos teóricos con talleres para resoluciones prácticas de problemas que impliquen aplicar los conceptos y recomendaciones de las nuevas GPC. También se sumaron a una implementación efectiva las visitas de extensión educativa, visitas capacitantes de acompañamiento o de auditoría de la implementación y las rotaciones por servicio especializados para la adquisición de aprendizajes programáticos y destrezas específicas durante un tiempo pautado. Estas actividades las aportaron la Dirección de ECNT o desde REDES. Asimismo, para la implementación de las GPC se generaron operaciones para

hacer viable la política con los programas/planes con financiamiento externo para multiplicar las estrategias en el territorio nacional. Estos temas se desarrollan en el siguiente apartado.

### **3.5.1. Diseño de la implementación**

Como se señaló, desde la Dirección de ECNT se contaba con el plan de implementación que estuvo diseñado desde los orígenes acorde a estudios publicados de las estrategias más efectivas. Este plan se detalló brevemente en un anexo de varios de los documentos matriciales (Ej. GPC cesación tabáquica<sup>47</sup>, obesidad<sup>48</sup>, EPOC<sup>49</sup>, HTA<sup>51</sup>, diabetes<sup>50</sup>, alcohol<sup>58</sup>, prevención CV<sup>55</sup>). Algunas temáticas requirieron planes diferenciados (GPC IAM<sup>52</sup> con la red de Reperusión del infarto, y la GPC de complicaciones MV<sup>54</sup> con la Red de atención del pie diabético). Los destinatarios centrales de la implementación fueron las jurisdicciones provinciales sin perjuicio de asistir directamente a municipios, universidades y sociedades científicas, entre otros.

*Gabriel González aseguró: “lo veo muy importante, lo veo muy necesario, porque hacer una guía de práctica clínica y no desarrollar una verdadera estrategia de capacitación y bajada de terreno, no tiene impacto (...) No tener presencia, ya es un error. Tener presencia errónea, equivocada o mala, sería iatrogénico. Pero tener una presencia con un marco teórico adecuado que marque el norte hacia dónde ir, qué y cómo deben ser las prácticas, es muy importante”.*

De esta manera, numerosas actividades y acciones fueron impulsadas a partir de las GPC producidas por la Dirección de ECNT. A partir de las entrevistas y análisis documental podemos afirmar que una primera implementación fue en los mismos ámbitos del MSN de Argentina. La armonización entre distintas áreas ministeriales resultó un paso importante de coherencia como punto de partida.

La diseminación de las recomendaciones de las GPC requirió de pasos iniciales de preparación como el posicionarse como marco de unificación de criterios en el nivel central y la generación de productos más breves y ágiles para ser aplicados de manera directa en las jurisdicciones (aplicativos, guías breves, guías de lectura rápida, manuales) los cuales, junto a las estrategias didácticas, constituyeron los elementos principales de los “dispositivos de implementación” de la Dirección de ECNT del MSN.

### **3.5.2. Unificación de criterios en el nivel central**

Las GPC señalaron el camino basado en evidencia científica de qué fármacos incluir en la provisión nacional ya que el botiquín no contemplaba ninguno para ECNT en su origen. Desde la Dirección de ECNT se trabajó con el Programa REMEDIAR desde 2009 para la inclusión y

ampliación de la nómina de medicamentos basándose en la evidencia y recomendaciones de las GPC. Un primer objetivo fue asegurar la disponibilidad de fármacos para la prevención cardiovascular. Esto comprendió la incorporación de estatinas, es decir los fármacos efectivos para reducir la enfermedad cardiovascular a través del descenso del colesterol (estatinas). La primera estatina incorporada fue la simvastatina (baja intensidad). Más recientemente, se la reemplazó en el botiquín REMEDIAR por la rosuvastatina (alta intensidad), vinculado a las recomendaciones fuertes a favor contenidas en la GPC de prevención cardiovascular 2021<sup>55</sup> para poder cumplir tanto con la prevención cardiovascular primaria como con la secundaria<sup>94</sup>.

Alejandro Videla aportó *“tampoco sirve de nada que uno esté recomendando intervenciones o fármacos que no están disponibles o que no son asequibles”*, y Sebastián Laspiur se alegró al recordar estos primeros logros claves: *“cuando puse la estratificación de RCVG que era para 2009 o 2010, empezamos a capacitar y estratificar, y todo REDES se sumó a estratificar. A partir de ahí, se vio la necesidad de poner estatinas. Eso generó varias reuniones con el programa REMEDIAR y la decisión política era que si era algo que estamos promoviendo y las Obras Sociales las estaban dando y en el sector público estábamos estratificando, entonces había que comprarlas (...) Se dijo empezamos gradualmente: las provincias que ya estén estratificando que empiecen a recibir más estatinas y eso se medía de acuerdo con los datos de REDES, y así ir ajustando la compra”*.

Otros importantes efectos de las recomendaciones de las GPC sobre la provisión nacional de medicamentos se dieron para mejorar la atención de la diabetes tipo 2 (DM2). La elección terapéutica antidiabética oral en el país estaba apoyada en hipoglucemiantes del grupo de las sulfonilureas, opción que ya no estaba aceptada científicamente como la de primera línea de prescripción. A través de la GPC de diabetes 2008<sup>45</sup> se logró la inclusión de metformina en el botiquín la cual fue gradualmente ganando el primer lugar prescriptivo recomendado. La versión 2019 de la GPC de diabetes<sup>50</sup> influenció en otra sustitución, el medicamento más usado del grupo de las sulfonilureas (ahora segundo grupo farmacológico recomendado) era la glibenclamida la cual presentaba un perfil de seguridad no muy bueno por la frecuencia de hipoglucemias habiendo otras representantes de dicho grupo más seguras. Así, a partir de la evidencia analizada y de las recomendaciones resultantes, se sustituyó para las compras de REMEDIAR a la glibenclamida por la gliclazida la cual cuenta con adecuado perfil de seguridad. Simultáneamente se realizó la misma sustitución en las Normas de Provisión, alentando de esta manera esta sustitución también en el ámbito de las empresas de Medicina prepagas, de las Obras Sociales y del PAMI. Sin embargo, aunque se mantuvo un descuento de menor orden sobre el precio de venta al público, se notó cierta perpetuación de su uso en algunos sectores.

Sebastián Laspiur recordó *“la guía primera de diabetes fue incorporada al PMO, pero después la Ley de diabetes vino con las Normas de provisión y tuvimos que actualizarlas*

*también apoyados en la guía nuestra”. Julieta Méndez, quien se desempeña como coordinadora del Programa Nacional sobre Diabetes comentó lo difícil que puede resultar un cambio en la práctica: “al retirarla [glibenclamida] de la máxima cobertura del PMO (100%) y dejarla con el descuento simple del 40%, los médicos continuaban prescribiendo la glibenclamida por desconocer las equivalencias respecto a los nuevos fármacos del mismo grupo farmacológico (glimepirida, gliclazida) y la implementación de esta recomendación requirió de un acompañamiento con explicativos de las equivalencias en el mismo botiquín de REMEDIAR y por envío a los referentes provinciales. Incluso hasta 2022 se registraban algunas resistencias. Actualmente, en 2023 se considera una sustitución superada”.*

Entonces, una vía particular de implementación de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en lo que respecta a la diabetes<sup>45,50,54</sup>, fueron las actualizaciones secuenciales de la Norma de provisión (Decreto N° 1.286/2014). Estas fueron actualizadas periódicamente según obligaron las regulaciones y su contenido se apoyó en las recomendaciones de las GPC<sup>50,54</sup>. De esta manera se incorporaron a la cobertura nuevos grupos de medicamentos antidiabéticos (IDPP4, pioglitazona, ISGLT2 para escalar para llegar a meta en personas con enfermedad cardiovascular establecida), e insumos, como también la educación diabetológica.

Volviendo al REMEDIAR, se fueron incorporando medicamentos para las ECNT y las GPC funcionaron como la raíz y la savia de las fundamentaciones. Para el tratamiento de la hipertensión arterial, esta cobertura también fue mejorando con la justificación de base científica expuesta en las GPC hasta tener en el presente buenos representantes de los cinco grupos farmacológicos de primera línea. Otra influencia fue en cesación tabáquica, cuando desde REMEDIAR el PNCT fue consultado sobre qué medicamentos a incorporar al listado de fármacos esenciales, la respuesta fueron las opciones y evidencia científica ofrecidas como primera línea en la GPC de cesación tabáquica 2011<sup>47</sup>. También cuando el PNCT realizó algunas compras directas de fármacos de cesación como bupropión o parches de nicotina los términos de referencia para la compra se sustentaron en la GPC para su justificación.

*Alejandro Videla afirmó que “cuando se contaba con una recomendación, y sobre todo una recomendación de las fuertes, ayudaba mucho a poder tomar una decisión y a poder fundamentar, sobre todo cuando uno va a hacer un gasto”. Y también cuando fue Coordinador del PNCT y realizó una compra de parches de nicotina para una prueba piloto de implementación “me acuerdo con mucha satisfacción también, cuando se hizo esta prueba piloto de implementación [de parches de nicotina] en algunas provincias (...) que realmente hicieron un trabajo de diseminar la medicación y de usarla, muy bueno”.*

Otra influencia de las GPC fue en la articulación con la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica), organismo descentralizado que regula la

aprobación de medicamentos en el país. Por ejemplo, durante la elaboración de la GPC de obesidad se intercambiaron con aspectos técnicos en orden a acordar cuando un fármaco para bajar de peso era considerado efectivo acorde a las medidas de efecto de la GPC (*outcomes*), y otros aspectos ya señalados en los apartados de calidad de la elaboración. Así fue el caso de un medicamento nuevo para bajar de peso, que no cumplía con los criterios definidos en la GPC y eso brindó fundamento a las autoridades de la ANMAT para que no se incorpore una opción de dudosa eficacia que no pudo mostrar efecto en el tiempo. Unos años antes se había aportado evidencia desde la elaboración de la GPC de Cesación tabáquica que brindó sustrato científico a la prohibición del cigarrillo electrónico en nuestro país por parte de la ANMAT en 2011.

Otra vía Ministerial por la cual las GPC fueron factores de mejora a la accesibilidad fue la incorporación por resolución ministerial al PNGCAM. Por esta vía tanto las GPC de Diabetes y la de IAM traccionaron coberturas desde esta vía formal. Esto representa una vía más de contribución a la implementación por su impacto en el PMO.

### 3.5.3. Elaboración de aplicativos y capacitaciones

El doble rol de los profesionales de los equipos elaboradores que realizaron en muchos casos los documentos de implementación contribuyó a garantizar la fidelidad a las recomendaciones originales y a tener acceso a un *feedback* continuo de la necesidad de mejora de las directrices y de los documentos aplicativos. Buenos ejemplos de ello fueron las Guías breves y de lectura rápida sobre las GPC de EPOC<sup>95</sup>, cesación tabáquica<sup>96-103</sup>, Diabetes<sup>104</sup>, HTA<sup>105</sup>, obesidad<sup>106</sup>; y más recientemente la generación de las VÍAS CLÍNICAS de HTA, Diabetes y Renal (Tabla 4). También fueron los mismos equipos quienes en general llevaron adelante los diseños de los talleres y capacitaciones resultantes para cada GPC desde la Dirección o desde REDES. Como se señaló, en los comienzos, la diseminación de documentos matriciales y documentos aplicativos de implementación fue llevada a cabo de numerosas maneras con impresiones, documentos electrónicos diseminados por páginas web ministeriales y de las sociedades científicas participantes o que daban su aval, presentaciones en Congresos científicos, notas periodísticas y redes sociales, entre otras. Actualmente, la diseminación genérica de las GPC pasa principalmente por la disponibilidad en repositorios del MSN como [bancos.salud.org.ar](http://bancos.salud.org.ar) y más recientemente en un espacio específico para todas las GPC y sus documentos de apoyo<sup>w</sup> (Tabla 4), y en la Aplicación para teléfonos celulares (App) de la que hablaremos más adelante.

Alejandra Alcuaz recordó los comienzos: *“era una época de vacas gordas que podíamos imprimir, mandar envíos a las jurisdicciones, comprar insumos para complementar lo que*

---

<sup>w</sup> <https://www.argentina.gob.ar/salud/habitos-saludables/guias-de-practica-clinica-y-documentos-de-apoyo#7>

*nosotros promovemos”, y Alejandro Videla recordó otros aspectos “se trabajó con las sociedades profesionales para presentar las guías y para reproducirlas en sus páginas web o redes sociales (...) a medida que fueron pasando los años, se reprodujeron en un montón de lugares”.*

Un termómetro básico de la buena marcha de la diseminación de los documentos es censar si los equipos de salud conocen estos productos. En 2017, desde el programa REDES<sup>107</sup> evaluaron CAPS de cinco provincias. Se trataba de participantes del curso MAPEC y consultaban el conocimiento y disponibilidad de las GPC de RCVG y de diabetes mellitus. Esto arrojó que en promedio, un 63% manifestó conocerlas, siendo el máximo para Misiones (92,7%) y el mínimo para la provincia de Santa Fe (26,9%)<sup>107</sup>.

El gran eslabón infaltable para aumentar el conocimiento en los equipos de las jurisdicciones provinciales fueron las capacitaciones. De este modo vemos que la estrategia de capacitación presentó dos grandes vertientes: la Dirección de ECNT y REDES. Desde la Dirección se inició en 2009 con “Talleres de guías” que tomaban las temáticas de RCVG y diabetes mellitus integradamente con aportes de la cesación tabáquica. Estos talleres estaban basados en una mirada multidisciplinaria con dinámicas participativas<sup>108</sup>.

Alejandra Alcuaz los recordó así: *“veníamos trabajando con talleres presenciales en las jurisdicciones muy bien pensados. Éramos un equipo muy completo, pero éramos un equipo pequeño y lograr pasar por todas las jurisdicciones llevaba varios años. Si llegábamos en forma, lo que seguro no llegábamos era en tiempo”.* Respecto al aspecto interdisciplinario agregó: *“creo que esos primeros talleres tuvieron mucha magia porque se pensaron actividades disparadoras para discutir qué pasaba con la atención a crónicos en los servicios de salud, teníamos esta primera instancia de, “piense a su CAPS como un medio de transporte”<sup>x</sup>, y entonces ahí la gente podía de una manera más lúdica, identificar las fortalezas y las debilidades para la atención a crónicos en sus servicios de salud”.* Sobre la misma época Gabriel González tuvo una vivencia similar: *“fue una experiencia extremadamente enriquecedora, porque pudimos trabajar con otras disciplinas en un producto que después se fue compartiendo con las jurisdicciones, que fueron la mayoría. (...) Lo positivo fue y es mucho”.*

Las capacitaciones podrían ser integradas como los talleres de guías o bien para una temática en profundidad, particularmente así fueron numerosas las de cesación tabáquica basada en la GPC homónima. En el abordaje de estas predominó la modalidad interactiva tipo taller y tanto el equipo docente como la convocatoria tenían rasgos interdisciplinarios. Si bien los

---

<sup>x</sup> Recuerdo que un CAPS por ejemplo se identificaba con una carreta señalando que la atención de las crónicas era como una tracción a sangre, otro CAPS dibujó un ómnibus en que el médico era el chofer (marcando que todo dependía mucho del médico) y había sobre todo pasajeras mujeres queriendo denotar la prioridad de la atención materno infantil y la presencia de solo un hombre en como pasajero ya que los horarios de los CAPS no lograban captar (quizá por horario laborales) a los varones. ¡Otro CAPS se representó como un bote marcando el esfuerzo y de que había que remarla!

talleres diseñados desde la Dirección se plantearon con una participación interdisciplinaria, también hubo algunos a públicos específicos como médicos residentes, licenciadas en obstétricas, enfermería, agentes sanitarios, entre otros ejemplos. Otras estrategias iniciales de capacitación basada en GPC fueron el posgrado universitario de los Médicos Comunitarios del MSN.

Un paso importante a los comienzos fue profesionalizar las capacitaciones *en línea* que comenzaban a ser una estrategia difundida, aunque a escala inicial comparado con la fuerte difusión que tienen hoy en día, particularmente con el *boom* que significó el aislamiento por la pandemia COVID-19.

*Alejandra Alcuaz recordó “yo marco como un hito esta visión que tuvimos con vos de capacitarnos en la educación a distancia y de hacer esos cursos que hicimos en el INAP [Instituto Nacional de la Administración Pública]”. Alejandro Videla recordó “la diseminación de las guías a los equipos de salud, se hizo por un montón de lados para lo cual se hicieron un montón de viajes a provincias”.*

**Tabla 4. Ejemplos de materiales y aplicativos de implementación de las GPC**

GPC	Materiales aplicativos y capacitaciones de implementación
Para todas o la mayoría de las GPC <sup>47-55,57-59</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apartado de estrategias para facilitar la aplicación de las recomendaciones en las GPC matriciales. Recomendaciones extrapoladas REx en las GPC matriciales.</li> <li>- Talleres de GPC en las jurisdicciones provinciales.</li> <li>- Formación de multiplicadores provinciales.</li> <li>- Capacitaciones presenciales y/o virtuales.</li> <li>- Manual integrador de todas las temáticas.</li> <li>- Aplicación (App) para teléfono celular inteligente con todas las temáticas.</li> <li>- Desarrollo de algoritmos.</li> </ul>
Cesación Tabáquica <sup>47,53</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía breve<sup>103</sup>. Guías de lectura rápida<sup>102</sup>, cesación en personas con EPOC<sup>100</sup>, con VIH<sup>97</sup>, internadas<sup>101</sup>, embarazadas, con padecimiento mentales<sup>98</sup>, con enfermedades oncológicas<sup>96</sup>.</li> <li>- Algoritmo propio incorporado a los manuales y capacitaciones.</li> <li>- Manuales de apoyo a docentes y alumnos para capacitaciones<sup>109,110</sup>.</li> <li>- Cursos de abordaje integral del Tabaquismo (Presenciales PNCT y REDES).</li> <li>- Curso de Abordaje integral del Tratamiento del tabaquismo (virtual, autoadministrado, plataforma SUMAR diciembre 2012 a marzo 2017; 2018 a 2020 con dos cohortes por año y la Edición ampliada en plataforma virtual de salud desde 2021 con semitutorado y con encuentros sincrónicos).</li> <li>- Explicativo de preguntas y respuestas sobre cigarrillo electrónico para la población.</li> <li>- Manual de autoayuda para la persona que fuma<sup>111</sup>.</li> <li>- Folletería, calcomanías, etc.</li> </ul>
Obesidad <sup>48,59</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía breve<sup>106</sup>.</li> <li>- Capacitaciones/talleres.</li> </ul>
EPOC <sup>49</sup> / asma	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía de lectura rápida EPOC<sup>95</sup>.</li> <li>- Capacitaciones sobre realización e interpretaciones de espirometrías. Talleres prácticos de diagnóstico y manejo ambulatorio de la EPOC en jurisdicciones provinciales y municipales. Enfoque práctico para el manejo de asma en el PNA<sup>Y</sup>- Compra y distribución de espirómetros a las provincias.</li> </ul>
Diabetes y complicaciones microvasculares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía breve<sup>104</sup>. VÍA clínica. Capacitaciones. Videos prácticos.</li> <li>- Documento sobre insulinización<sup>93</sup>. Documento sobre uso monofilamento<sup>112</sup>. Documento sobre salud bucodental<sup>113</sup>. Documento Pautas del manejo de pie diabético<sup>92</sup>. Generación de la red de atención del pie diabético.</li> </ul>
HTA, prevención CV e Infarto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Guía breve<sup>105</sup>. VÍA clínica.</li> <li>- Generación de la red de atención del Infarto agudo de miocardio.</li> <li>- Folleto de cuidado de la salud bucodental en personas con cardiopatías.</li> </ul>

Fuente: elaboración propia en base al análisis documental. <https://www.argentina.gob.ar/salud/habitos-saludables/guias-de-practica-clinica-y-documentos-de-apoyo#7> y <https://bancos.salud.gob.ar/>

Las capacitaciones virtuales promotoras fueron cesación tabáquica (desde 2012) y el MAPEC. La primera, tomaba la GPC de cesación tabáquica<sup>47</sup> y la segunda contenía ejemplos de las guías vigentes<sup>38,47,83</sup>. Como se señaló, pedagógicamente fueron lideradas por dos integrantes

<sup>y</sup> <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-distribuyo-espirometros-de-alta-tecnologia>

de la Dirección, Cassetta y Alcuaz quienes también eran parte de los equipos de desarrollo e implementación de GPC quienes lograron la certificación docente por el *Instituto Nacional de la Administración Pública* (INAP).

La capacitación en cesación tabáquica estuvo disponible de modo abierto desde diciembre de 2012 a marzo de 2017 con participación continua<sup>2</sup>. Luego en 2018, por exigencias de calidad, se pasó a la modalidad de cohortes y en 2021 se desarrolló la nueva versión semitutorada ampliada con más módulos, con instancias de encuentro sincrónico con los docentes, actividades interactivas, evaluación individual y trabajo práctico final grupal. Todas estas instancias eran necesarias para la aprobación de los participantes<sup>aa</sup>.

Todo este caudal de actividades fue evolucionando con los años y sumando distintos facilitadores y apoyos como REDES. Sin embargo, siempre estuvo vigente con notoria centralidad en la actividad de la Dirección de ECNT. Con solo tomar un informe de gestión anual de la Dirección se apreció la movilización de recursos, la oferta de capacitaciones y el trabajo a partir de estos documentos. En 2019<sup>14</sup> el informe de gestión proclamaba para ese año que se hicieron *“23 cursos virtuales o presenciales para la implementación de GPC o Consensos para mejorar el cuidado de las ECNT en el PNA”*. De esta manera se señala que *“5.377 miembros del equipo de salud participaron de dichas capacitaciones”*. Específicamente en el sector de servicios de salud este informe versa *“... se coordinaron las estrategias de diseminación e implementación de las Guías y Consensos previamente desarrollados de EPOC, Tabaco y Obesidad, GAPA, Protocolo de asma, entre las principales.*

---

<sup>2</sup> Informe Final de la Plataforma SUMAR 2012 a 2017 (no publicado). Curso autogestionado (sin tutoría) Abordaje Integral de Tratamiento del Tabaquismo De los 3.096 matriculados, hubieron matriculados de todas las provincias: Buenos Aires 698; CABA 305; Catamarca 35; Chaco 128; Chubut 128; Córdoba 315; Corrientes 68; Entre Ríos 184; Formosa 12; Jujuy 63; La Pampa 42; La Rioja 51; Mendoza 124; Misiones 123; Neuquén 69; Rio Negro 107; Salta 61; San Juan 84; San Luis 89; Santa Cruz 51; Santa Fe 208; Santiago del Estero 73; Tierra del Fuego 24; Tucumán 54.

<sup>aa</sup> informe (no publicado) de la primera edición ampliada del Curso Abordaje Integral de tratamiento del Tabaquismo (<https://plataformavirtualdesalud.msal.gov.ar/course/view.php?id=483&section=11>) 27/9/21 al 31/12/21, 88 hs de duración: “La convocatoria se hizo a todas las provincias a través de los referentes provinciales. La preinscripción fue altamente satisfactoria en cuanto al interés despertado por la temática y se superó rápidamente el número inicialmente propuesto. Sin embargo, menos de la mitad de los preinscritos lograron matricularse en el curso por dificultades con la plataforma. No se postularon participantes de cuatro provincias (Formosa, Jujuy, Salta y Tierra del Fuego). Respecto a los matriculados, de los 252, el 76,6% eran mujeres, el rango de edad más frecuente (moda) fue entre 31 y 40 años (40,1%). El perfil profesional prevalente fue médico/a (48,8%) y complementaron personal de enfermería, psicólogos, agentes sanitarios (y en menor medida odontólogos, kinesiólogos y farmacéuticos). Los matriculados se desempeñaban principalmente en el sector público del Sistema de Salud (79,0%). La demografía de los aprobados fue 65,2% médicos/as (medicina general, clínica médica, neumonología las especialidades mayoritarias), una odontóloga, un farmacéutico, dos kinesiólogos y complementaban el total un elenco variado de miembros del equipo de salud como psicólogos, personal de enfermería, promotores de salud, trabajadores sociales, entre otros... “Evaluaciones: Constó de una evaluación individual de los contenidos hasta el módulo 7 (con mínimo de aprobación del 70,0% de las preguntas correctas) basadas en general en casos clínicos y una evaluación grupal por provincias/regiones para los que aprobaron la evaluación individual, orientada a armar los elementos con los que trabajar en terreno. La evaluación individual constó de dos exámenes diferenciados según prescribieran o no fármacos. Ambos grupos obtuvieron buenas calificaciones (promedios superiores a 8):89 participantes realizaron la evaluación individual y de ellos 82 aprobaron. La consigna final consistió en una tarea de realización grupal. les resultó clara y rápida de concretar y todos los grupos pudieron entregarla en tiempo y forma, sin necesidad de rehacer. En algunos pocos casos en que no se integraron a un grupo se les permitió entregar la misma consigna realizada individualmente. De estos, solo uno fue desaprobado”.

*Para ello, se desarrolló e implementó cursos presenciales y capacitaciones virtuales tutoradas para las diversas temáticas logrando llegar a una gran cantidad de miembros del equipo de salud capacitados en todo el territorio, con un especial enfoque de formación de multiplicadores.”* El mismo informe anual continúa brindando detalles dando mención a cursos presenciales en diversas provincias, entre los que se cuentan: *“el Taller o curso de prevención y cuidados del pie en personas con diabetes en Mendoza, Misiones y Buenos Aires; los Cursos de Insulinización oportuna en el PNA en San Juan, La Pampa, Mendoza y Buenos Aires; los Cursos de Abordaje integral de personas con ENT en Tucumán, Misiones, Tierra del Fuego, Buenos Aires, Jujuy, Río Negro, Chubut; y los Cursos de Abordaje Integral del tabaquismo en Jujuy, La Pampa, San Juan, Río Negro, La Rioja y Salta”*.

En el mismo informe 2019 se remarcó el desarrollo de cursos réplicas presenciales realizadas por equipos provinciales, por ejemplo, en Mendoza sobre el MAPEC y en las provincias de La Rioja, Córdoba, Tucumán, Salta y Buenos Aires sobre cesación tabáquica<sup>114</sup>. Se mencionaron también los asistentes o aprobados de los cursos presenciales sobre educación alimentaria, Taller de insulinización oportuna y de cuidados de la persona con diabetes en el PNA, Curso de insulinización oportuna y pie diabético para profesionales no médicos, talleres de implementación de los Planes nacionales de detección y control de la hipertensión arterial y de la diabetes mellitus tipo 2. Lo mismo para las capacitaciones brindadas por vía virtual sobre educación para el automanejo de ECNT con herramientas para el equipo de salud, MAPEC, enfoque práctico para el manejo de asma en el PNA, Diagnóstico y manejo ambulatorio de la EPOC en el PNA, Introducción a la realización de espirometrías, Cursos sobre GAPA y sobre herramientas de abordaje de la obesidad en el adulto; de abordaje integral del tratamiento del tabaquismo; actualización en enfermedad celíaca para nutricionistas y Curso “Menos sal, más vida” para gastronómicos.

En la etapa más reciente del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT en cuanto a la prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus y sus microcomplicaciones, desde el programa nacional específico han desarrollado documentos prácticos derivados o relacionados con algunas recomendaciones especiales de las GPC matriciales. Estos documentos han tenido una gran difusión y se reconocen tanto dentro del equipo de salud del país entrenado en el tratamiento de las personas con diabetes (“diabetólogos”<sup>bb</sup>) como del equipo generalista del PNA. Las capacitaciones se dirigieron a replicadores en trabajo unificado con los referentes provinciales. Estos referentes participaron como panel federal en la elaboración de las GPC matriciales por lo cual se “adueñaron” de sus recomendaciones. Los entrenamientos al equipo de salud, no solo comprendieron capacitaciones por las jurisdicciones provinciales de modo teórico, sino que se basaron en talleres y rotaciones con valoración de las destrezas incorporadas calificadas por especialistas locales a cada dupla de médico/enfermero. Estas duplas preferiblemente del mismo CAPS contó con la venia del director del CAPS para disponer de ese espacio de capacitación y para el compromiso

---

<sup>bb</sup> El Ministerio de salud de la Nación no reconoce como especialidad la atención de la diabetes.

subsiguiente de su implementación. De este esfuerzo de síntesis e integración también surgieron interesantes resultados como el desarrollo de algoritmos propios del MSN. Una intencionalidad siempre vigente fue implementar las ECNT de la manera más integradamente posible. Integrar siempre constituye un desafío y esta tarea para el apoyo a la toma de decisiones también ya que las GPC llevaban tiempos prolongados de desarrollo y por ende no se contó con el mismo nivel de actualización para cada temática en un mismo momento. Una muestra tangible, es la existencia del manual que integra las temáticas de la Dirección<sup>115</sup>. También con vistas a la integración, en noviembre de 2021 se lanzó la Aplicación Salud-ENT para teléfonos celulares inteligentes que resume la buena producción de guías de ENT<sup>cc</sup>: cesación tabáquica, reducción de consumo de alcohol, hipertensión arterial, riesgo cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias, alimentación saludable, ERC y seguridad vial. Esta aplicación interactiva ya desarrollada para Android e iPhone. Presenta como facilitador el que una vez que se descarga no requiere de la disponibilidad de internet.

Sebastián Laspiur recordó sobre el manual integrador de las recomendaciones de todas las guías elaboradas hasta el momento *“lo pude publicar ya cuando estuve en la OPS (...). La idea era que el manual tenga pestañas. La primera pestaña: la mesogestión del centro de salud, la segunda: el cálculo de RCVG y después sí era ir a los temas (...) era integrar cosas que tienen diferentes tiempos de elaboración a la vez que es mucho más difícil la síntesis y simplificación de cosas complejas”*. Laspiur agregó: *“después el esfuerzo fue la App que trata de transformar el manual integrador en una aplicación (...) que estuviera la estructura con las principales recomendaciones al alcance del equipo de salud era la forma de poder sin tanta logística de impresión y distribución, poder masificar las recomendaciones de las guías (...) Además las App son desarrollos, siempre podés hacer mejoras”*.

En la noticia en la página web del MSN se explicaba el contenido *“La App Salud-ENT permite a los equipos de salud acceder de manera dinámica y sencilla a las principales recomendaciones de las guías nacionales de práctica clínica para la prevención y control de las ENT, promoviendo el uso de las tecnologías digitales”<sup>dd</sup>*.

La implementación de las recomendaciones de las GPC incluyó una amplia agenda de actividades trabajando con las jurisdicciones provinciales, las sociedades científicas, las asociaciones de universidades y con numerosas áreas ministeriales para incorporar contenido de las GPC a la currícula de grado de Medicina en la práctica final obligatoria, o bien, incorporando sus recomendaciones y concepto al examen para aplicar a residencias médicas en el país. Desde los últimos años existe un examen unificado de ingreso a las residencias médicas, en cuya bibliografía se detallan varias GPC como bibliografía obligatoria

---

<sup>cc</sup> App Salud-ENT descargable desde Play Store. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-lanzo-una-aplicacion-movil-para-el-control-de-enfermedades-no-transmisibles>. Acceso 28 de septiembre de 2023.

<sup>dd</sup> Noticia web <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-lanzo-una-aplicacion-movil-para-el-control-de-enfermedades-no-transmisibles>. Acceso 28 de septiembre de 2023.

y que *“las guías, recomendaciones, protocolos, y otros materiales producidos por el Ministerio de Salud de la Nación, podrán encontrarlos en el banco de recursos oficial en <https://bancos.salud.gob.ar/ee>”*. Para el examen 2023, en cuanto a las ENT se refiere, figuran las elaboradas por la Dirección sobre EPOC, Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2), hipertensión arterial y la última actualización de la GPC de cesación tabáquica. También se cita al Protocolo de asma en adultos.

*Alejandro Videla señaló “también vi que las GPC tuvieron mucho impacto, que por lo menos la de tabaco, las dos versiones que trabajamos [2011 y 2020], tuvieron mucho impacto en todos los niveles, en la práctica de los especialistas y en la atención médica primaria. Y una de las alegrías más grandes fue cuando me enteré de que en los programas de residencia había preguntas que se contestaban según la GPC”.*

El atraso con la implementación general de las crónicas era de tal magnitud que el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES no dependía solo de la elaboración de GPC y de una implementación que podríamos llamar “clásica” o “estándar”. Aquí es donde empalman los programas/proyectos con financiamiento externo inicial de los que hablaremos en los siguientes apartados.

Sebastián Laspiur explicó la estrategia de amplificación en el marco de la visión general de implementación *“se buscó incorporar en el nomenclador a las prácticas como la cesación tabáquica, la estratificación de riesgo cardiovascular. Si bien la implementación de una GPC es capilar, territorial, desde Nación se podrían dar bastantes incentivos (...) Una provincia que hace mucha gestión puede capitalizar todo eso (...). Y por otro lado que la Dirección de crónicas siga haciendo capacitación e inducción sobre contenidos y facilitar contenidos (...), dando cursos de cesación, diabetes, sobre los contenidos de las GPC”*. En este sentido, el primer director y actual miembro de la OPS para Argentina añadió *“esos fueron los resortes que pudimos poner en el SUMAR, REDES, PROTEGER (...). Así traccionábamos para que la realidad pudiera mejorarse”*.

De esta manera a continuación describiremos algunos resultados de estos programas/proyectos.

#### **3.5.4. REDES: capacitaciones y microgestión**

El programa REDES seleccionó como trazadoras de proceso y de resultado a las temáticas de ECNT. Sin embargo, en la primerísima etapa, la Dirección no tenía injerencia en los contenidos de las capacitaciones y materiales brindados. Para asegurar un mismo criterio y

---

<sup>ee</sup> <https://www.argentina.gob.ar/salud/residencias/ingreso/examen-unico/temario-y-bibliografia>. Acceso 11 de octubre de 2023.

abordaje de las ENT se articuló directamente de tal manera que un profesional de la Dirección quedara al frente de REDES (que comenzaría a funcionar separado del REMEDIAR). Este profesional fue Gabriel González.

Sobre esta transición Sebastián Laspiur expresó que *“en un momento REMEDIAR [+ REDES] trabajaba con otra línea de crónicas, había como una especie de divorcio, y entonces una de las estrategias que tuvieron las autoridades fue “vamos a poner una persona de crónicas en REDES para que trabajen en conjunto”*”. Gabriel González quien asumió en ese momento en REDES remarcó al respecto: *“costó porque muchas veces la fragmentación está en el mismo Ministerio y en los mismos lugares del Estado, lo cual atenta contra una buena gestión. Pero entiendo que en líneas generales eso se sobrellevó. Se pudo alinear el “debe ser” de la implementación técnica con el dinero y los recursos que bajaban del BID [Banco de Intercambio para el Desarrollo] a través de REDES”*.

Al analizar los reportes de REDES encontramos referencias a estas acciones de implementación de GPC<sup>11,62,81,116,117</sup>. Para esto, contribuyó con capacitaciones, microgestión y aportes de recursos variados. El programa REDES fue un gran vehículo de las capacitaciones presenciales en el territorio nacional aportando recursos pedagógicos y económicos. El trabajo conjunto con los equipos desarrolladores e implementadores de GPC con el equipo pedagógico<sup>ff</sup> de REDES potenciaron las capacidades didácticas y de ejecución en el territorio. Un producto ejemplar fue el manual de apoyo tanto para la cesación tabáquica tanto para docentes como para participantes generado con los expertos del PNCT y en gran parte elaboradores de la GPC sobre el tema y la dirección pedagógica desde REDES. Dicho producto fue reconocido y nombrado por el color de su tapa como el “Manual Naranja”<sup>109</sup>. Respecto a las capacitaciones que se brindaron REDES en el territorio permitió llegar a dos o tres ciudades por provincias (no solo a las ciudades capitales como realizaron en general los programas temáticos). Para esto contó con capacidad de contratación de docentes y pago de traslados de docentes y participantes. Los cursos solían finalizar con la realización de proyectos de implementación de la temática en sus CAPS obligatorios para la aprobación. La microgestión llevada adelante por REDES se concretó de diversas maneras en las provincias conveniadas. A nuestro interés se destaca la *Supervisión capacitante* directa en los CAPS. Esta actividad comprendió en cada visita al efector de APS una supervisión sobre el desempeño de acciones inherentes a la implementación realizada. Para ello, se sirvió de una metodología de acompañamiento y capacitación en servicio, teniendo como base el MAPEC. Las visitas a los CAPS fueron descritas como periódicas y frecuentes establecidas según un cronograma mensual preestablecido y comunicando a cada parte oportunamente<sup>81</sup>. Durante cada jornada de visita capacitante se propuso trabajar con todo el equipo de salud a partir de los procesos, con fijación de metas y con acuerdo de la fecha para el próximo encuentro. Finalmente, para optimizar el trabajo se elaboró un Formulario

---

<sup>ff</sup> Especial reconocimiento a Ariadna Pou.

de Supervisión como guía de trabajo para establecer objetivos, identificar debilidades y fortalezas, recolectar datos y realizar una devolución escrita al equipo de salud<sup>81</sup>.

La microgestión fue un elemento de gran valor a la hora de lograr cambios en la práctica ya que trabajaron “a medida” para cada CAPS visitado. Desde las unidades de Gestión Jurisdiccional (de las provincias) de REDES, fue muy valorada la formación continua tanto a los equipos de salud como a los equipos de gestión de REDES afirmando que la capacitación en el modelo de pacientes crónicos fue *“un cambio de chip, de un modelo de atención dual a otro. Y cuesta”*<sup>116</sup>. Expresaron de modo claro de cómo esa microgestión fue traccionando el cambio: *“todos van haciendo hincapié en que, para que haya un buen seguimiento [de las personas con ECNT], se tienen que realizar ciertas prácticas. Es importante la implementación de las guías de práctica clínica y la atención integral del adulto. Cuando se ven los resultados, las prácticas se hacen habituales y entonces cuesta no hacerlo. Pero es necesario estar metido, acompañar con periodicidad a los efectores. La respuesta es muy buena cuando hacemos eso”*<sup>116</sup>.

Las aristas de la microgestión fueron numerosas como por ejemplo la integración en el trabajo a los especialistas con enfermeros y agentes sanitarios, para brindarles pautas sobre el manejo de las personas con diabetes, el diseño de la búsqueda activa de personas con RCVG elevado, con asignación de turnos programados<sup>116</sup>. Sobre esto último, en la provincia de San Luis el equipo de salud trabajó en la mejora de la calidad en el control a las personas con diabetes e hipertensión arterial para que pudieran acceder a la realización de controles oftalmológicos anuales y a otros estudios complementarios<sup>116</sup>.

En algún período, para agilizar la clasificación de RCVG e involucrar a los agentes de salud que recorrían el territorio, se implementaron las tablas de RCVG, pero sin medición de colesterol, de acuerdo con la Dirección de ECNT. Esto incrementó la evaluación del riesgo cardiovascular llegando a 191.300 personas (70% mujeres) identificando a 46.500 (24,3%) personas con riesgo cardiovascular moderado y alto<sup>118</sup>. Esto permitió consolidar la visibilidad del RCVG en el equipo de salud antes habituado a las patologías agudas.

Desde la estrategia de microgestión de REDES se pudo ver la mejora en un área de la provincia de Misiones<sup>81</sup>. A partir de un plan de capacitación para todo el equipo sobre las GPC sobre RCVG y sobre diabetes, se llevó a cabo el fortalecimiento, acompañamiento y/o implementación de las nuevas herramientas en cada efector de la red, adecuándose a las capacidades y medios específicos. Se pasó del 70% del empadronamiento en el 2013 a más del 90% en 2015; se aumentó la clasificación de RCVG del 10% al 100%, y se mejoró el seguimiento que era casi inexistente a un 50%<sup>81</sup>. Dentro de las estrategias de microgestión a la cual en esta evaluación se le atribuyó mayor mérito fue la *Supervisión capacitante* realizada en los CAPS<sup>81</sup>.

En Tucumán, además del fortalecimiento de la estructura y del trabajo en red<sup>81</sup>, la microgestión trabajó en la distribución de material con recomendaciones concretas y precisas destinadas tanto a profesionales como usuarios para que mejoren la calidad de seguimiento y del automanejo de las patologías, todo esto basado en las GPC. Se centraron en la búsqueda de personas mayores de 40 años, de sexo preferentemente masculino y con

factores de riesgo cardiovasculares. Esto significó para dicha provincia un giro copernicano en el modelo de atención saliendo a la búsqueda activa de esa identificación. Esto marcó una profunda diferencia con los años anteriores, en los cuales la pasividad del sistema de atención de la salud fue una característica casi inamovible, con una gran resistencia al cambio<sup>81</sup>. Lo lograron saliendo al terreno, con intervención comunitaria, con estrategias de promoción y prevención insertadas en otros ámbitos que no sean los exclusivamente sanitarios (escuelas, clubes de deportes, organizaciones no gubernamentales, etc.), los cuales ya se habían mostrado como eficientes en todos los territorios provinciales<sup>81</sup>. Estos cambios fueron atribuidos al acompañamiento permanente desde REDES con capacitación en servicio, a la puesta en valor del trabajo en equipo y del trabajo sistemático recuperando roles, misiones y funciones como también al estímulo permanente<sup>81</sup>.

En cuanto a la mejora de la estructura, desde REDES se proveyó de equipamiento e insumos al PNA. Algunos ejemplos relacionados con las GPC son los equipos e insumos para hemoglobina glicosilada y de colesterol, cintas métricas, tensiómetros y estetoscopios, sensores de glucosa y cetonas en sangre, tiras reactivas para glucosa, materiales para la clasificación del RCVG, tablas de índice de masa corporal (para cálculo del sobrepeso y obesidad)<sup>116</sup>. También realizó distribución de documentos de las GPC<sup>116</sup>.

Sobre esto González reconoció que *“Si bien sabemos que [los equipamientos e insumos] fueron bien utilizados no podemos cuantificarlo exactamente”, a la vez no tuvo dudas en asegurar que “el trayecto recorrido fue muy provechoso”*<sup>116</sup>.

REDES realizó una evaluación Integral en 2021<sup>117</sup>. En la misma aportó datos globales de su gestión sobre el empadronamiento de personas con diabetes e hipertensión arterial comparando lo avanzado a 2020 (3.012 CAPS) con el primer relevamiento realizado entre 2018 y 2019 (3.072 CAPS). El foco fue indagar específicamente acerca de la identificación de población con diabetes y HTA. Como resultado obtuvieron que del total de efectores relevados durante 2020, el 73% (2.628 CAPS) pudieron dar cuenta de la cantidad de población con diabetes a su cargo, mientras que el 76% (2.768 CAPS) pudieron hacer lo propio en relación a personas con HTA<sup>117</sup>. En 2.204 efectores, dieron cuenta de ambos. Dentro de las acciones y recursos para mejorar el abordaje longitudinal de personas con diabetes e HTA en los CAPS, del total de efectores relevados, más de la mitad (51%) pudo garantizar el acceso a estudios de laboratorio específicos y a prácticas complementarias como electrocardiograma para personas con HTA<sup>117</sup>. En cuanto al tratamiento farmacológico la disponibilidad de medicamentos esenciales en el PNA, el 39% de los CAPS en el país contaba con el equipamiento necesario para la atención de estas patologías, mientras que un 8% no contaba con ello<sup>117</sup>. En el caso del servicio de consultorio de pie diabético, solo un 26% pudo garantizarlo ya sea en el CAPS o con derivación a otro efector o al segundo nivel. El sistema de alerta para ambas patologías se implementaba en un 44% de los efectores para ese entonces.

En búsqueda de resultados de impacto, resulta de mucho interés ciertas evaluaciones sobre la salud de la población<sup>118</sup>. Uno de estos relacionó la prescripción de drogas antihipertensivas en centros con y sin programa REDES y la incidencia de muerte prematura por ACV durante el período 2000 a 2011<sup>118;gg</sup>. Al evaluar el efecto de la estrategia en la prescripción, es decir cómo la presencia de REDES contribuyó en la provisión de tratamiento antihipertensivo, la muerte prematura por ACV (por cada 10.000 personas) se redujo significativamente entre el 2000 al 2011 descendiendo la tasa estandarizada de 57,28 hasta 37,98. Al graficarlo, la curva descendente se quiebra en 2003 a partir del cual es visible el descenso<sup>118</sup>. Esta mejora se da en todos los quintiles socioeconómicos, pero es de señalar que protegió a los del quintil más bajo a quienes va dirigido mayoritariamente el programa REMEDIAR. A pesar de que el programa REMEDIAR va dirigido a todos los CAPS se observó una mejora del volumen prescriptivo de antihipertensivos en los CAPS en los que estaba presente REDES<sup>118</sup>.

Gabriel González quien desde los primerísimos años de la Dirección impulsó la implementación de GPC y luego más específicamente al frente del programa REDES como nexo directo, resumía: *“trabajamos en distintas temáticas relacionadas a diabetes, hipertensión arterial, obesidad y otras enfermedades crónicas, en relación a la implementación de GPC en todo el país, con cuestiones técnico-teóricas, y cuestiones de implementación y soporte a las provincias en estas temáticas. Después sumamos una actividad que está relacionada bien estrictamente a la implementación, asociado a lo que es la gestión y el financiamiento que se otorgaba a cada una de las provincias en la medida que avanzaban o cumplían sus planes de trabajo (...). Es decir, las provincias se comprometían a avanzar en estrategias de implementación y mejora en los cuidados de las personas con condiciones crónicas e implementación de marcos teóricos y GPC, y a partir de ese plan de trabajo que planteaban y se comprometían de manera legal, con acuerdos y actas de compromiso. El MSN, a través del programa REDES, con acompañamiento de la Dirección de Crónicas, iba validando estos avances en cada una de las jurisdicciones, y a partir de esas validaciones se iba transfiriendo dinero que al mismo tiempo retroalimentaba todo lo que es la gestión de las enfermedades crónicas y los servicios de salud para estas provincias”*. A este respecto agregó *“era hacer un círculo virtuoso de estas mismas actividades de capacitación e implementación que debían verse traducidas a que aquel médico o trabajador del equipo de salud que está con un paciente dé las recomendaciones, las prácticas que correspondan según la GPC”*.

---

<sup>gg</sup> Se trató de un modelo ecológico de diseño longitudinal, que comparó la prescripción de antihipertensivos y de las condiciones socioeconómicas sobre la evolución temporal de la tasa estandarizada de muerte precoz por ACV en Argentina, en el período comprendido entre el año 2000 y el 2011. Las fuentes de datos fueron las provistas por la Dirección de Estadísticas Vitales del MSN (muerte por ACV), las del Instituto Nacional de Estadísticas (para los denominadores poblacionales y socio económicas), las del Programa Remediar (para las prescripciones) y las del Programa Redes (que determinó la presencia y el tiempo en el Programa de cada una de las circunscripciones). La unidad de análisis fueron los 513 departamentos de la República Argentina.

Toda política puede tener regresiones o efectos no deseados. Respecto a los proyectos con financiamiento y el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES se podría señalar: riesgo de fragmentación, depender de la vigencia de los recursos, incidir en cierta duplicación de esfuerzos, entre otros. En cuanto a las capacitaciones parte de sus fortalezas fueron que se generaron conjuntamente los contenidos, dinámicas y materiales con la Dirección Nacional sobre ECNT y que se programaron las provincias a abordar según un pedido explícito de cada jurisdicción ante un menú de opciones.

Como deficiencias señaló González que *“debió haber continuidad (...) y también la necesidad de evaluar todo lo que se hace. Si bien había en cada plan de trabajo, en cada plan de capacitaciones y demás que se estaban haciendo, había indicadores para monitorear, por ahí subrayar un poquito más, ser más concretos con las cuestiones a medir y darle continuidad”*.

### **3.5.5. PROTEGER: el préstamo para las crónicas**

El MSN impulsó estrategias a escala para mejorar la atención de ECNT en todo el país. Como se explicó se gestionó un préstamo del Banco Mundial (Préstamo BIRF N° 8508-AR) como Proyecto de Protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles, más conocido como el “PROTEGER”. El objetivo era fortalecer distintas actividades de la estrategia nacional de ECNT tanto las que estuvieran en desarrollo como otras a incorporar<sup>119</sup>.

Sebastián Laspiur se refirió a este impulso recordando que *“entonces, lo que se intentó con el PROTEGER era que trabajemos en mejorar las capacidades de los CAPS para hacer más amigable la atención de crónicas, y parte de esas capacidades era el introducir la utilización de las GPC, por otro lado, el PROTEGER fue el proyecto que fortaleció el apoyo de Nación a las provincias en la agenda digital del PNA, tema relevante para mejorar los cuidados de las personas con problemas crónicos de salud”*.

Tanto desde la Dirección de ECNT como desde las jurisdicciones se describió como que “el gran momento” de tracción del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES fue la implementación de los incentivos por parte del programa PROTEGER. Este programa de reintegros exclusivamente para ECNT captó la atención de las jurisdicciones y fue una vía directa y explícita de llegada de las distintas estrategias recomendadas en las GPC nacionales. El PROTEGER fue diseñado para promover el fortalecimiento y el desarrollo de las capacidades de los CAPS seleccionados (priorizados) con eje en la organización del MAPEC con el propósito de asegurar el acceso y la atención de las ENT por parte de la población a

servicios de salud de calidad en el PNA del subsistema público de salud<sup>119</sup>. Las directrices que se tomaron en cuenta para este diseño fueron las GPC y sus aplicativos (Tablas 1 y 4).

En el análisis documental del reglamento operativo, se constata que desde el PROTEGER se implementaron dos Indicadores Vinculados a Transferencias (IVT) que resultan de interés al APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT. Estos fueron los IVT 3 y 4<sup>119</sup>. Las jurisdicciones destinatarias fueron las 23 provincias y la CABA y el instrumento de medición fue el ACIC. Los IVT dentro de cada foco de evaluación fueron incrementales, por lo tanto, el último incluyó al nivel previo. Estos fueron enunciados de la siguiente manera:

- IVT 3. Porcentaje de establecimientos públicos de atención primaria de salud priorizados certificados para proveer servicios de salud de calidad para la detección y control de ECNT.
- IVT 4. Porcentaje de establecimientos públicos de atención primaria de salud priorizados que realizan procesos de mejora para la provisión de servicios de calidad en ECNT.

Como se señaló, los objetivos fueron estructurados acorde a las recomendaciones de las GPC y dentro de los elementos exigidos a los CAPS se incluyó la utilización de GPC de la Dirección de ECNT del MSN, para poder lograr la certificación. Las exigencias comprendieron tanto los aspectos de captación, prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento para cuatro líneas prioritarias a saber: RCVG, DM2, HTA y enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC), como también la promoción del automanejo por parte de las personas que las presentan. Como prevención de todas las líneas prioritarias y de un modo transversal se encontró la cesación tabáquica.

El desglose de estos objetivos verificables englobaron recomendaciones de cada GPC: el ofrecimiento de tratamiento con estatinas ante elevado RCVG para prevención cardiovascular, para las personas con diabetes la solicitud de una determinación de HbA1c al menos anual y el registro del número de personas en meta de control glucémico, un examen del pie en el último año, la oferta de educación para el automanejo de la persona con diabetes, la existencia de estrategias de detección de retinopatía diabética y la aplicación de insulinización oportuna y la dispensa de insulina y antidiabéticos orales recomendados en las GPC (metformina, gliclazida e insulina). En lo referente a la hipertensión arterial se propuso el tratamiento farmacológico combinado y la realización de al menos una medición anual de la presión arterial buscando la meta (medida en mmHg) menor a 140/90 de sistólica y diastólica respectivamente en personas con HTA ya diagnosticada. En cuanto a las enfermedades respiratorias crónicas como asma y EPOC desde el PROTEGER se promovió la implementación del cuestionario para EPOC "CODE"<sup>49</sup>, la disponibilidad de la realización de espirometrías y la accesibilidad a las vacunas para este grupo de riesgo.

En los años 2017 y 2018 se constató la aceptación y puesta en marcha del PROTEGER en las jurisdicciones. La meta de certificaciones fue para 2021 del 60,0% y para el año siguiente del 63%. A pesar de la pandemia COVID-19, todas las jurisdicciones alcanzaron la meta en 2022 (rango del 63,1% al 88,0%) (Tabla 5).

**Tabla 5. CAPS priorizados certificados para el IVT 3 del Programa PROTEGER por jurisdicción para el período 2017 a 2022 (meta 63,0%).**

Cantidad de CAPS priorizados por jurisdicción		Total de CAPS certificados y auditados a 2022, n (%)
CABA	19	15 (78,95%)
Buenos Aires	438	279 (63,70%)
Catamarca	25	22 (88,00%)
Córdoba	179	113 (63,13%)
Corrientes	85	57 (67,06%)
Chaco	50	36 (72,00%)
Chubut	37	29 (78,38%)
Entre Ríos	73	52 (71,23%)
Formosa	23	16 (69,57%)
Jujuy	44	34 (77,27%)
La Pampa	18	14 (77,78%)
La Rioja	26	20 (76,92%)
Mendoza	82	59 (71,95%)
Misiones	65	50 (76,92%)
Neuquén	30	24 (80,00%)
Río Negro	37	29 (78,38%)
Salta	61	50 (81,97%)
San Juan	32	23 (71,88%)
San Luis	21	15 (71,43%)
Santa Cruz	15	10 (66,67%)
Santa Fe	154	100 (64,94%)
Santiago del Estero	74	59 (79,73%)
Tucumán	75	53 (70,67%)

Tierra del Fuego	8	7 (87,50%)
<b>Total</b>	<b>1671</b>	<b>1166 (69,78%)</b>

Fuente: Programa PROTEGER. Gentileza Dirección de ECNT. Nota: CAPS: centro de atención de la salud; n: frecuencia absoluta.

Para continuar con la mejora permanente, el IVT 4 como los niveles dentro de cada foco de evaluación fueron incrementales, por lo tanto, el siguiente incluyó al nivel previo. A su vez en el desarrollo se involucró como mejora explícitamente el tratamiento de cesación tabáquica, la oferta de estatinas, medición anual de RCVG, toma periódica de la presión arterial, etc., que como se viene señalando se corresponden a recomendaciones de las GPC. Esta etapa continuó traccionando mejoras en 676 CAPS del país (37,5%, para una meta del 33%)

### 3.5.6. SUMAR: las prestaciones

El Programa SUMAR promueve un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud. Se apoya en una estrategia de nominalización para realizar el cuidado y seguimiento de la población por parte del sistema sanitario, con contenidos y alcance preciso. De esta forma, por cada persona bajo Programa y por cada consulta y control realizado, el hospital o CAPS recibe recursos para fortalecer al equipo de salud y mejorar los servicios brindados<sup>120</sup>. Las prestaciones en cuanto a las ECNT fueron acordadas con la Dirección homónima. Como el mismo SUMAR explicita, *“cada línea de cuidado<sup>hh</sup> está formada por prestaciones las cuales están basadas en las recomendaciones de GPC. Cuando un efector realiza una prestación a una persona, estas son (o pueden ser) registradas en un sistema de reportes”*<sup>121,122</sup>. Las prestaciones vigentes se basan en las GPC Cesación tabáquica<sup>47,53</sup>, prevención CV<sup>55</sup>, Diabetes<sup>45,50,54</sup>, EPOC<sup>49</sup>, Renal<sup>57</sup>, Obesidad<sup>48</sup>, HTA<sup>51</sup>, IAM<sup>52</sup> y comprenden tanto atención presencial como de teleconsulta, de prestaciones individuales o modulares<sup>120,122</sup>.

Al focalizar la implementación de la línea de cuidado de personas con diabetes mellitus durante el año 2019 para la población bajo cobertura efectiva básica (1.947.195 personas), la determinación de glucosa alcanzó a 540.456, la mayoría mujeres (74,6%)<sup>121</sup>. A través de estas determinaciones de laboratorio, 107.101 personas (55,9% mujeres) fueron identificadas con Diabetes mellitus tipo 2 (Tabla 6). El diagnóstico estuvo presente

<sup>hh</sup> **Línea de cuidado:** Conjunto de prestaciones que tienen como propósito brindar cuidados de calidad, continuos e integrales, ya sea en condición de salud o enfermedad a través de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y el tratamiento y seguimiento de las enfermedades y sus complicaciones. **Población Objetivo del Programa SUMAR:** Población anual que el programa estima que tiene cobertura en salud pública exclusiva, y debería ser alcanzada.

**Población/Beneficiarios con CEB (Cobertura Efectiva Básica):** Personas beneficiarias del Programa Sumar que en los últimos 12 meses recibieron al menos una prestación de salud de un conjunto de prestaciones seleccionadas por su relevancia para el acceso al sistema de salud de cada grupo poblacional y por las cuales se genera un pago capitado del MSN a la jurisdicción de la persona beneficiaria.

mayoritariamente en los grupos de 50 o más años como se suele observar. Durante el año 2019, se identificaron 72.905 personas que realizaron al menos una consulta por diabetes, ya sea de diagnóstico o de seguimiento.

**Tabla 6. Prestaciones SUMAR en personas de 18 o más años para la línea de cuidado de personas con Diabetes mellitus tipo 2, 2019.**

Usuarios con CEB	Personas “con glucemia”	Personas Identificadas con DM2	Personas con HbA1c, n (%)	Prestaciones DM2 <sup>ii</sup>	Consultas de seguimiento en DM2, n (%)
1.947.195	540.456	107.101	29.227 (27,3%)	541.706	63.155 (59,0%)

Fuente: DNFSP sobre la base de información de prestaciones del programa Sumar en 2019<sup>121</sup>. Nota: CEB: cobertura efectiva básica, DM2: diabetes mellitus tipo 2; HbA1c: hemoglobina glicosilada A1c, n frecuencia absoluta.

En cuanto a las prestaciones que completan la línea de cuidado para las personas con DM2, el 13% realizaron consulta odontológica y el 16% oftalmológica, mientras que 8% fue evaluado por cardiología. A su vez, el 5,9% realizó fondo de ojo, el 0,21% test de monofilamentos para determinar sensibilidad de los pies.

Respecto a las determinaciones de laboratorio tuvieron como objetivo el establecer el control glucémico, la presencia de complicaciones microvasculares (función renal) u otros factores de riesgo cardiovasculares (hipercolesterolemia) acorde a las GPC. Las proporciones de mediciones realizadas fueron: glucemia 42,6%, HbA1c 27,3%, medición de colesterol total 32% (colesteroles HDL y LDL 26%), creatinina sérica 31,0% y en orina 8,7%, estimación del índice de filtrado glomerular 0,81%.

Solo el 1,6% fue notificado como bajo tratamiento farmacológico<sup>121</sup> (ascendió para el 2020 al 9%<sup>83</sup>).

### 3.6. Corolario y perspectivas del apoyo a la toma de decisiones en ECNT desde el nivel central

En los primeros párrafos de los resultados se dedicó a describir la calidad de las GPC y podría parecer un tema académico. Sin embargo, cuando alguna directriz presentó algún defecto, esto afectó la implementación. Un ejemplo es una recomendación de redacción condicional,

<sup>ii</sup> Respecto a la integralidad de las líneas de cuidado, en el Programa SUMAR, cuando un efector realiza una prestación a una persona, estas son (o pueden ser) registradas en el sistema de reportes. El reporte de las prestaciones permite dar cuenta de la utilización del sistema de salud pudiendo evaluar la integralidad de la atención. Para ello se analizó la integralidad de la atención a través de ejercicios de asociación de prestaciones de complejidad creciente. Ministerio de Salud de la Nación. Informe de Implementación de la línea de cuidado de Diabetes tipo 2. Información preliminar del año 2019 y 2020. Programa SUMAR. Buenos Aires, Argentina; 2021.

pero por error quedó valorada como fuerte en que permite seguir tratando a las personas con EPOC severa con aerosoles de acción corta en caso de no disponer de los de larga acción que son los que demostraron beneficio en esta población. Eso hizo que no hubiese obligación a cambiar lo otorgado en el REMEDIAR ya que este programa de medicamentos ya cuenta con broncodilatadores de acción corta y entonces está dentro del marco de la guía. Aún hoy queda pendiente la incorporación de fármacos adecuados a personas con EPOC severa y corregir las recomendaciones al respecto en la pendiente actualización de la GPC que data desde 2015<sup>49</sup>, la cual está retrasada. Sin embargo, en 2023, se concretó un impulso que comenzó con la GPC EPOC de 2015<sup>jj</sup> y continuó con la de Asma leve en 2022. Este impulso fue la compra y entrega de espirómetros y otros insumos importantes (saturómetros, concentradores de oxígeno, etc.)<sup>kk</sup>.

Respecto a la distribución de estos recursos para la atención de las enfermedades respiratorias crónicas Alcuaz comentó *“en esta primera entrega creo que se distribuyeron cerca de 200, y los criterios que se iban a tener en cuenta eran un criterio de igualdad para empezar, o sea, todas las provincias recibieron 8 espirómetros”,* y para los restantes se complementó con *“un criterio de equidad”*.

También desde la Dirección de ECNT en 2022, se adquirieron y distribuyeron 17.444 monofilamentos a las 23 jurisdicciones provinciales y la CABA, para evaluar la sensibilidad de los pies y prevenir el pie diabético y las amputaciones en personas con neuropatía diabética<sup>ll</sup>.

Respecto a la implementación, hasta aquí, se mostraron distintas constataciones del cambio y de la capacidad instalada en ECNT. Al tomar como esbozo de una línea de base lo presentado en la introducción como los CAPS evaluados en el estudio GESICA, los hallazgos de la microgestión de redes citados en los cuales se reconoce que el sistema de salud no estaba reorientado a la atención de crónicas, el diseño del PROTEGER para lograr esa transformación y los hallazgos en las entrevistas, podemos afirmar que el rol rector del MSN llevado adelante para EL APOYO A LA TOMA DE DECISIONES guió esta transformación que llegó al equipo de salud en su práctica cotidiana. Si bien no se trata de una tarea acabada, se puede afirmar que logró generar capacidad instalada lo cual abarca el reconocimiento de las directrices elaboradas para alcanzar resultados clínicos de impacto.

Alcuaz, que vivió todo el arco de este recorte de política desde la Dirección de ECNT, reflexionó: *“cuando viajás a las jurisdicciones y cuando visitás los CAPS se puede ver la capacidad instalada que quedó de atención a crónicos en estos últimos 15 años de los que se vino trabajando”*.

---

<sup>jj</sup> <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-destinara-recursos-para-mejorar-la-deteccion-temprana-y-el-acceso-al-tratamiento-de>

<sup>kk</sup> <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-distribuyo-espirometros-de-alta-tecnologia>

<sup>ll</sup> <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-consolida-el-abordaje-integral-de-la-diabetes-en-la-argentina>

A su vez las GPC resultan un buen aporte académico y de formación en las ciencias de la salud. Además de lo comentado de la integración de las GPC al examen de residencias médicas nacionales, también consta su uso en carreras de grado tanto públicas como privadas.

Las modificaciones de las prácticas es la gran medida de resultado de todo este proceso. A través del presente análisis se aportaron indicios de modificaciones en los patrones y volúmenes de prescripción. Esto comprendió primero la comprensión por parte de los decisores. Un valor especial tuvo la permanencia de ciertos profesionales tanto en el desarrollo de la política a nivel central como en las provincias que fue caracterizando un aprendizaje gradual del cuidado de las crónicas que era un panorama casi desconocido en 2009.

Por otra parte, si bien la evidencia científica presenta ambigüedades al describir la eficacia de los incentivos económicos para cambiar la práctica de la atención sanitaria basada en GPC y su efectividad parece relacionarse cuando estos estímulos financieros traccionan estructuralmente, y este fue el caso del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT.

*Alcuaz recalcó “se vio también cómo los incentivos económicos, que fueron una de las formas de implementar que nosotros utilizamos desde Nación, no solamente sirvió para tener como más dinero para invertir en crónicos (tal vez algún CAPS pudo construir y montar un laboratorio y otros pudieron ampliarse y otros pudieron comprar más equipamiento para atención a crónicos), sino también que no solamente estaba la plata, sino que era el lograr mayores capacidades de los equipos de salud también ver eso, cómo se fueron modificando algunas prácticas”.*

A lo largo de las páginas precedentes se fueron citando ejemplos de transformación en los cuales era lo central o estaba implicada la política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES. Teniendo en cuenta que en toda política hay una historia, una maduración, selecciones, deserción, contaminación y regresión a la media podemos intuir que la no continuación de algunos incentivos económicos podría generar ciertos retrocesos. Aun así, hoy sería impensable volver a foja cero.

Todo este análisis de cambio se apoya en que el conocimiento médico avanza y requiere actualización permanente. A modo de ejemplo me remito a mi época de estudiante en la Facultad de Medicina de la UBA. En ese momento se enseñaba la obligatoriedad de hacer un fondo de ojo a toda persona con hipertensión arterial y diabetes en el consultorio por el médico clínico con oftalmoscopio convencional (manual). La evidencia científica actual llevó a la GPC sobre HTA a recomendar en contra de la realización sistemática del fondo de ojo. En cambio, la GPC sobre complicaciones microvasculares de la diabetes afirmó que no es suficiente que a esta práctica la realicen médicos clínicos con oftalmoscopio convencional, sino que debe ser realizado por un especialista en oftalmología con equipo adecuado constituyendo el estándar actual para diagnóstico oportuno de la retinopatía diabética. Las

GPC lo refieren con claridad y este cambio se observa en la práctica de diversas jurisdicciones como un avance tangible.

*Alejandra Alcuaz puso un ejemplo: “hace 15 años Tucumán no sabía cómo hacer para que la población con diabetes lograra un fondo de ojo anual y entonces había pensado, (me acuerdo de uno de los primeros talleres que hice por el 2010/2011), (...) que a lo mejor un residente de oftalmología de tercer año podía ir por los pueblos una vez al año para hacer un fondo de ojo con el oftalmoscopio convencional y no con el estándar recomendado. Y hoy tienen, estuve presente en el lanzamiento, un tráiler para la atención a crónicos, ploteado con las tablas de cálculo del riesgo cardiovascular y adentro un espirómetro, un retinógrafo...”.*

Todos los participantes del nivel central a pesar de faltar más evaluaciones específicas, mostraron satisfacción de la gran tarea realizada. Esta política no existía en 2009, estaban dos GPC de cesación tabáquica y diabetes surgidas para los programas la creación de la Dirección y el fortalecimiento de los equipos fue potenciando esta producción y efectos. Por otro lado, los datos analizados arriba sobre las prestaciones del SUMAR, permiten por un lado celebrar la existencia de la disponibilidad de las prestaciones recomendadas para evitar la progresión de la diabetes y sus complicaciones, particularmente las microvasculares que se traducen en ceguera, diálisis/trasplante y pie diabético/amputaciones. Esta realidad es muy diferente a la de inicio de la Dirección hace 15 años atrás. Sin embargo, su uso fue muy bajo el año de estreno de la actualización de la GPC sobre diabetes<sup>50,104</sup> al tiempo que estaba pendiente la de Complicaciones MV<sup>54</sup> con lo cual es de esperar que en los análisis posteriores a la pandemia se puedan ver mejores estándares de uso. Será tarea de la política del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES, impulsar este cambio de la realidad y será de interés medir el efecto de las capacitaciones con rotaciones para aprendizaje programado acorde a objetivos que se realiza en el territorio por parte del programa de diabetes sobre insulinización oportuna y pie diabético, etc. Este tipo de capacitaciones interactivas, in situ con el paciente y supervisadas por especialistas serían las de mayor modificación de la práctica. Estas rotaciones se comenzaron a implementar recientemente y su efectividad se verá en los años sucesivos.

*Alcuaz sobre el desempeño del PROTEGER expresó “estoy conforme. Yo siento que fue un incentivo que logró mucha transformación en los centros de salud y en la lógica de la atención (...) Cuando uno visita las provincias, este último año tuve la oportunidad de visitar Formosa, Chaco, Mendoza, Tucumán y la verdad es que sentí la sensación de una tarea cumplida”.*

Otro aspecto que resulta interesante de obtener información respecto al desempeño de los proyectos/programas con financiamiento es conocer si trabajaron con superposiciones duplicando esfuerzos o de modo sinérgico.

Alcuaz señaló sobre las prestaciones del SUMAR “*la cobertura aún es baja, pero cuando se contrastaron [los empadronados] con diabetes por todos los programas/proyectos con financiamiento] la superposición fue baja*”.

Desde la Dirección de ECNT se trabajó en superar la inercia terapéutica con el proyecto HEARTS en hipertensión arterial con una prueba piloto en la provincia de La Rioja. Si bien esta experiencia sufrió la irrupción de la pandemia COVID-19 mostró resultados desde el inicio. Un estudio analizó sus primeros efectos refirió importantes logros mostrando que en el primer período de 18 meses hubo mejoría en prescripción de tratamiento farmacológico antihipertensivo y del uso de tratamiento combinado de al menos dos antihipertensivos<sup>123,124</sup>. Si bien este análisis midió un descenso paradójico en el control de los valores en mmHg mostró mejoras en los primeros pasos de abordaje y en haberse sostenido la mejora prescriptiva<sup>123</sup>.

También la estrategia HEARTS está propulsando la implementación de otras crónicas. En 2023, se creó la vía clínica de diabetes en la Dirección de ECNT que integrada al programa HEARTS-D de OPS, tiene como objetivo dar dinamismo prescriptivo de determinaciones de laboratorio, de interconsultas, etc. acorde a las GPC. Actualmente la Dirección de ECNT cuenta con tres vías clínicas: hipertensión arterial, diabetes y enfermedad renal desarrolladas de modo original desde MSN basadas en sus GPC (disponibles en [bancos.salud.gob.ar](http://bancos.salud.gob.ar)).

Por otra parte, señalamiento merecen el desarrollo y sostenimiento de las capacitaciones, las cuales desde la pandemia se refugiaron en la modalidad virtual en gran medida. Esto permitió entre otros efectos, ahorro económico y accesibilidad federal en simultáneo para lo cual se requirió mantener y crear estrategias de implementación a todo nivel sirviéndose de la telemedicina (ej. TELESALUD<sup>mm</sup>).

---

<sup>mm</sup> La **Coordinación de Telesalud** del MSN tiene como misión desarrollar e implementar una política pública nacional y federal de Telesalud, mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), bajo estándares de interoperabilidad, seguridad y privacidad de la información, como una medida de equidad en el acceso a la salud de los habitantes de la Nación, reduciendo la sobrecarga del sistema sanitario.

# CAPÍTULO 4. Resultados y análisis de los principales hallazgos del nivel municipal: Moreno y Quilmes

Hasta aquí hemos hablado predominantemente desde el punto de vista central. Ahora se brindan efectos de este APOYO A LA TOMA DE DECISIONES desde dos jurisdicciones para analizar la contracara de esta política. Si bien ya describimos experiencias provinciales de manera más o menos cercanas, se buscó conocer el nivel de efecto de esta política lo más cercano posible al equipo de salud destinatario.

## 4.1. Municipio de Moreno, desde el Programa de Salud del Adulto

El municipio de Moreno se ubica en el segundo cordón del Gran Buenos Aires y presenta una población equivalente a la de algunas provincias del país<sup>nn</sup>. Cuenta con un sistema de atención de la salud público compuesto por 43 Unidades Sanitarias o CAPS agrupados en cinco Regiones Sanitarias. Recientemente, logró importantes avances en sistemas y digitalización<sup>oo</sup>. Dentro de las fortalezas del sistema de atención local se señala una estructura basada en APS apoyado en una mirada de salud pública y comunitaria con una tradición de capacitación permanente.

Al respecto de la capacitación permanente en Moreno Betina Forno afirmó *“eso es así, está bien y funciona”*.

---

<sup>nn</sup> Moreno cuenta con 576-632 habitantes (Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del 2022) y la provincia de La Rioja 384.607 habitantes en la misma fuente de información [https://estadistica.larioja.gob.ar/images/001datos\\_censo\\_2022.pdf](https://estadistica.larioja.gob.ar/images/001datos_censo_2022.pdf)

<sup>oo</sup> “Una noticia del 2023 señala “por primera vez, todos los establecimientos de salud cuentan con conectividad de internet, actualización del parque de computadores y telefonía, para disponer de recursos básicos para el trabajo, que permiten digitalizar los procesos y simplificar la accesibilidad a la población. Para ello se implementaron diferentes sistemas, entre ellos: un laboratorio digital, la historia clínica de salud de cada paciente de forma digital, una farmacia digital y un sistema de turnos”. Además “con la implementación del Municipio, en conjunto con la Provincia de Buenos Aires, la historia clínica de salud se podrá visibilizar de manera digital y permitirá el registro de las personas a través de un portal, mejorando la accesibilidad y comunicación. Hasta el momento se implementó el sistema en 21 centros de primer y segundo nivel de atención municipal”.

<https://moreno.gob.ar/noticia-detalle.php?id=3653#:~:text=En%20la%20actualidad%20ya%20se,travel%C3%A9s%20de%20un%20portal%20digital.>

En ese marco se desarrolla el Programa Salud del Adulto el cual tiene como objetivo reducir la prevalencia de factores de riesgo y la morbimortalidad vinculados a las ECNT en la población adulta<sup>PP</sup>. Desde este programa se dio gran importancia al APOYO A LA TOMA DE DECISIONES brindado desde el MSN. A pesar de que el municipio de Moreno tiene una larga trayectoria en capacitaciones se pudo reconocer que había aspectos de la atención de las ECNT que requerían ser actualizados o estaban poco desarrollados o escasamente sistematizados. El antecedente que funcionaba en toda la provincia de Buenos Aires era el Programa de diabetes (PRODIABA).

De esta manera, resultó un claro impulso la llegada de estos apoyos técnicos que resultaron las GPC brindando un poder ordenador, facilitado por los recursos de los programas/proyectos REDES y PROTEGER. Las GPC más valoradas fueron sobre RCVG, cesación tabáquica, HTA, EPOC y diabetes mellitus. Y de éstas, a los fines de nuevos impulsos se destacó a la GPC de RCVG y de HTA.

Entonces uno de los primeros impulsos para las ECNT en el territorio fue la implementación del concepto de estratificación RCVG. Desde REDES se trabajó en esta jurisdicción con un relevamiento de campo para categorizar el RCVG adoptado por la Dirección de ECNT. También desde REDES se brindaron capacitaciones sobre la atención de las crónicas, uso racional de medicamentos, etc. Entonces la llegada de la valoración del RCVG con y sin la medición de colesterol (con medición del colesterol para los CAPS y sin medición del colesterol para uso del equipo del territorio), posicionó la importancia de las ECNT y les dio visibilidad a través de la estratificación de sus factores de riesgo de modo conjunto e integrado. De esta manera, la estratificación organizó la necesidad de uso o no de estatinas, aspirina, etc.

*Respecto al apoyo desde el nivel central comentó que “ya en 2016 (...) desde REDES se empezó a trabajar en el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES con la estratificación de RCVG (...) tanto con medición de colesterol como sin medición de colesterol para los distintos equipos y a clasificar a los pacientes que tenían bajo seguimiento con el semáforo. Eso fue el puntal que empezó a abrir el seguimiento de la población (ejemplo que otorgaran turnos) porque antes de eso solo estaba el PRODIABA y los diabéticos que estaban identificados y nominalizados bajo programa pero todos los demás (las personas con dislipemia, o con HTA) estaban a la buena de Dios (...) Después se trabajó mucho con el PROTEGER (desde 2017) y para certificar había que hacer el Curso del MAPEC y era un incentivo (...). Primero 10 o 12 CAPS certificaron (...) En paralelo siempre tabaco se trabajó mucho siempre con los lineamientos y los manuales de las GPC del MSN (...) trabajamos también la GPC de EPOC y pudimos trabajar con el CODE y se puso para que lo tomen desde enfermería directamente”*

---

<sup>PP</sup> [https://moreno.gob.ar/noticia-detalle.php?id=721#:~:text=28%20de%20Septiembre%20de%202020,ECNT\)%20en%20la%20poblaci%C3%B3n%20adult](https://moreno.gob.ar/noticia-detalle.php?id=721#:~:text=28%20de%20Septiembre%20de%202020,ECNT)%20en%20la%20poblaci%C3%B3n%20adult)

Con la implementación del PROTEGER en su primera etapa se concretó la obligatoriedad de capacitarse en los componentes del MAPEC para poder obtener la certificación de los CAPS priorizados. Esta comprensión sobre el modelo de atención de personas de ECNT por parte de todos los miembros del equipo de salud resultó un momento importante de refuerzo institucional sobre el lugar que ocupan las crónicas en la atención de la salud.

Otro hito en el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT en Moreno fue a punto de partida de la GPC sobre HTA publicada a fines de 2019. Desde el Programa de Salud del Adulto propusieron a la Secretaría del Municipio el armado de un programa local sobre HTA. Este plan denominado *Plan Municipal de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial* presenta como finalidad “disminuir el impacto de la HTA en la morbimortalidad por enfermedades cardio y cerebrovasculares en el municipio de Moreno”. Para ello se propone el Objetivo general de “mejorar la detección y el control de la hipertensión arterial” y como objetivos específicos “construir una línea de base para cada uno de los indicadores de proceso; incrementar la detección de la HTA en la población con cobertura pública exclusiva; aumentar la proporción de personas con HTA que alcanzan el control adecuado de los valores de TA (menores a 140/90 mmHg) y garantizar la provisión de los recursos, insumos y medicamentos esenciales para su adecuado tratamiento y control efectivo”. Así fue aprobado en 2022.

*Así lo recordó Betina Forno “cuando salió la GPC de HTA en 2019 nosotros propusimos a la secretaria de salud [provincial] armar un programa local porque no había un programa nacional y siempre había faltantes de medicación para la hipertensión arterial (...) Al final salió como Plan (...) lo que se hizo fue capacitar en la GPC y generar indicadores y establecer un sistema informático (...) armar algoritmos en base a la guía y comprar medicación que estuviera dentro de los grupos recomendado por la GPC (...) se distribuyeron tensiómetros digitales dos por Unidades Sanitarias (...) se capacitó en la toma de HTA. Con HTA fue lo que se trabajó más continuo y se sostiene mes a mes”.*

En este marco se plantearon capacitar en base a las recomendaciones de la GPC, adaptar algoritmos en base a la GPC y comprar medicación dentro de los grupos de fármacos de primera línea ya que eran conscientes de que tenían un déficit en este aspecto. También se plantearon el diseño de indicadores de proceso y de resultado.

Se comenzó con la nominalización de las personas con HTA y se trabajó en la correcta toma de la presión arterial con el equipo de salud. También se distribuyeron tensiómetros semiautomáticos en las unidades sanitarias y se construyó un software para cálculo de la medicación y distribución junto a las personas con diabetes (nominalizado). La implementación de estas mejoras no estuvo exenta de resistencias y dificultades. Al reemplazar los tensiómetros aneroides basados en toma manual por el personal de salud con audición de los ruidos de Korotkov por los semiautomáticos, los valores de presión arterial resultaron frecuentemente elevados y el personal de salud tendía a interpretar un mal funcionamiento de los mismos antes que hipertensión arterial no diagnosticada o no

controlada adecuadamente. Esto generó algunas barreras en la adopción de estas recomendaciones y fue necesario profundizar en la generalización y problema del subdiagnóstico.

Para entonces la gestión de salud jurisdiccional comenzaba a implementar la historia clínica electrónica (HCE)<sup>99</sup>, y como fuente de información sólo se contaba con un software de enfermería. El primer paso fue construir una línea de base de cada uno de los indicadores de proceso a nivel unidad sanitaria, zona sanitaria y del total del municipio.

En los primeros seis meses de implementación se lograron nominalizar 3.177 personas con HTA. Sin embargo, este valor se estimó que podría representar alrededor del 3% de las personas que deberían estar bajo esta cobertura. Para noviembre de 2023, la nominalización aumentó un 27% logrando identificar a 4.380 personas con HTA. Este registro permitió conocer que de los nominalizados con HTA el 100% recibió tratamiento farmacológico y de estos sólo el 30% recibió dos drogas antihipertensivas (cuando se estima que ocho de cada 10 personas con HTA necesitan más de un fármaco para lograr el control de sus cifras de presión arterial<sup>51,105</sup>). Sin embargo, en este registro no se cargan los valores de presión arterial por lo cual no se conoce aún la proporción de control efectivo y se espera conocer el porcentaje a partir de la HCE. Es de señalar que el municipio a partir de este plan, garantiza la cobertura de los cinco grupos farmacológicos de primera línea para el tratamiento de la HTA (enalapril, losartán, amlodipina, atenolol/carvedilol e hidroclorotiazida).

A su vez, el Programa generó una encuesta sobre el uso de los tensiómetros semiautomáticos (recomendación condicional de la GPC HTA<sup>51,105</sup>). A partir de esta encuesta (n=30), se identificó que el 96,7% de los encuestados cuenta con dicho instrumental y de ellos el 50% tiene más de un equipo a disposición. Así, el 89,7% lo utiliza habitualmente para tomar la presión arterial a las personas que concurren. Ahora bien, dentro de quienes no utilizan (n=7) describieron sus resistencias al uso por considerarlos equipos no confiables o bien que los pacientes prefieren los tradicionales, o bien que no lo usan porque no tiene pilas o está roto.

De esta manera, a través del apoyo conceptual de la GPC sobre HTA<sup>51,105</sup> y del apoyo a tal fin del PROTEGER, se concientizó sobre la existencia de un vacío en la sistematización tanto de la detección como de la atención de este factor de riesgo. De esta manera, las recomendaciones de esta GPC aportaron claridad y contribuyeron a cambiar algunas prácticas y a orientar compras en el municipio. Del mismo modo se tomó conciencia del desconocimiento de la cantidad de personas con hipertensión arterial se atendían en los CAPS, de la necesidad de aplicar estrategias de captación e identificación de HTA por equipos interdisciplinarios, lo cual es uno de los objetivos para el 2024.

A pesar de las falencias, resulta innegable que se progresó en la identificación, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Al respecto y, según la interpretación de las

---

<sup>99</sup> La HCE/HCI comenzó a implementarse en la provincia de Buenos Aires desde 2021.

<https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saluddigitalbonaerense/ejes/historia-de-salud-integrada/>

autoridades locales, el marco del plan contribuyó a comenzar a vencer la inercia terapéutica<sup>rr</sup>. Fue un trabajo que se sostiene con planificación y seguimiento.

También en relación a las GPC sobre HTA<sup>51,105</sup>, diabetes<sup>50,54</sup> y de renal<sup>57</sup>, por iniciativa de una bioquímicas del sistema de salud del Municipio, se automatizaron dos determinaciones que expresan la función renal y cuyo deterioro se debe frecuentemente a la presencia de diabetes y/o HTA. Este cálculo involucró al índice de filtrado glomerular (IFGe) que ahora se determina automáticamente en todo adulto más allá de haber sido incluido el análisis o no por el profesional en su solicitud y a la relación albúmina/creatinina en orina (RACo). Así se comenzó a cubrir importantes recomendaciones sobre el cuidado de la salud renal en personas con HTA<sup>51</sup> y/o DM<sup>50,54</sup> que también están recomendadas en la GPC sobre el tema<sup>57</sup>. Otras temáticas también recibieron APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT a partir de las GPC. La Cesación tabáquica se trabajaba en Moreno desde varios años atrás e incluso se realizaron capacitaciones por el mismo equipo del PNCT con los lineamientos de la GPC nacional<sup>44,47,53</sup>. Desde el Programa de Atención del Adulto se lograron establecer tratamientos intensivos de la adicción al tabaco en cada unidad sanitaria. En los períodos en que el municipio contó con parches de nicotina se brindaron a las personas que querían dejar de fumar desde estos equipos. Todo el equipo de salud recibió capacitaciones sobre ambientes libres de humo e intervención breve en cesación tabáquica integrada a la atención habitual independientemente del motivo de consulta de la persona que fuma.

A partir de la GPC sobre EPOC<sup>49,95</sup> desde la Dirección de ECNT se realizaron capacitaciones en el municipio de Moreno sobre diagnóstico y manejo de la EPOC y sobre realización e interpretación de espirometrías tanto para profesionales como para enfermería y agentes sanitarios. Como una muestra de dicha implementación quedó generalizado en Moreno el uso del cuestionario CODE<sup>49,95</sup> propuesto para captación de personas con riesgo de presentar EPOC para que lo tome el personal de enfermería directamente.

En cuanto a la diabetes como se señaló, su abordaje se encontraba más sistematizado, pero también recibió estímulo de parte del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT a partir de las GPC<sup>45,50,54</sup>. Se brindaron, cursos sobre diabetes mellitus conjuntamente desde el Programa de Salud del Adulto con el PRODIABA a una red de clínicos y generalistas y a una red especializada en diabetes. Allí se reunieron y se trabajaron algunas de las temáticas de las GPC. Entre tantos aspectos, se capacitó en insulización a los equipos del PNA y se logró la descentralización de la conservación de la insulina la cual pudo lograrse en las Unidades Sanitarias o CAPS para que los pacientes la retiren directamente. Esto implicó capacitar sobre cómo conservar la insulina, etc.

Respecto al prestigio con el que cuentan las GPC sobre ECNT del MSN, la directora del Programa de Salud del Adulto reconoció la rigurosidad metodológica y la confianza que generan como aspectos de mucho valor. Además se aseguró que los médicos generalistas miran cual oráculo, a las GPC de ECNT producidas por la Dirección homónima nacional. Esta

---

<sup>rr</sup> La inercia terapéutica se entiende como el fracaso de los médicos en iniciar o intensificar una terapia que está recomendada. Esta situación es descripta particularmente en el tratamiento de las ECNT, como diabetes mellitus, hipercolesterolemia e hipertensión arterial, especialmente en fases asintomáticas (prevención primaria).

influencia es distinta para el segundo nivel de atención. Pero además del prestigio, reconoció que una fuerte ayuda fue el PROTEGER como impulso “ordenador”. El municipio de Moreno fue creciendo en los CAPS acreditadas para este programa y uno de los requisitos era la disponibilidad de las GPC las cuales están enmarcadas en los requerimientos del MAPEC.

## 4.2. Municipio de Quilmes, desde la Secretaría de Salud

El municipio de Quilmes se ubica en el segundo cordón del Gran Buenos Aires y presenta una población equivalente a la de algunas provincias del país<sup>55</sup>. Cuenta con un sistema de atención de la salud público compuesto por tres hospitales, tres Centros de Resolución Inmediata y 42 CAPS.

El municipio de Quilmes respecto a las crónicas implementó los programas que como venimos señalando contribuyeron a la implementación de las GPC nacionales para brindar APOYO A LA TOMA DE DECISIONES y se reconoció la importancia de los avances en el manejo de las crónicas muchas veces relacionada en distinta medida con la presencia de los programas/proyectos SUMAR, PROTEGER y REMEDIAR.

En cuanto al acceso a medicamentos vinculado al abordaje de las ECNT, además del REMEDIAR gradualmente el municipio fue asumiendo también esa compra y dispensación. Esto se vive como una fortaleza de la gestión local a la vez que la crisis económica se presenta como una amenaza a la continuidad de adquisición de medicamentos esenciales entre los que se encuentran muchos referidos a las crónicas.

Respecto al PROTEGER se puede reconocer un fortalecimiento de la estructura a través de esta importante fuente de financiamiento que buscó favorecer la atención de las ECNT específicamente. Sin embargo, un riesgo temido por la gestión es que se podría haber concentrado el esfuerzo en cumplir con los requisitos de certificación de los CAPS y a la vez perder de vista el impulsar una estrategia más orgánica respecto a la atención de las crónicas. Está claro que para la gestión en Quilmes fue un objetivo reducir la variabilidad inadecuada en la práctica clínica y que reconoce que la vía son las GPC y que en esta influencia el prestigio institucional es clave para poder ser escuchados particularmente por los médicos (OPS/OMS, MSN, Universidades, etc.). Por eso también fue ponderada la otra fuente de financiamiento efectivizada en el territorio que fue el SUMAR. Se reconoció que el SUMAR presenta incentivos económicos por la realización de determinadas prácticas, seleccionadas por el equipo del MSN y que estas prácticas justamente van en busca de la implementación de recomendaciones de alta calidad de evidencia de las GPC nacionales. Entonces implementar estas prestaciones ya está de hecho en sintonía con la evidencia científica que busca generar resultados clínicos de importancia. A su vez, se desconoce en qué medida el fortalecimiento

---

<sup>55</sup> En el último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2022 la población total del partido era de 633.391 habitantes (INDEC, 2022).

brindado desde los programas/proyectos se tradujo en un cambio de las prácticas clínicas en relación con las recomendaciones de las GPC a la vez que se reconoció que la relación entre la gestión de la secretaria de salud y los médicos que prescriben no está asegurada por ninguna línea de gestión a tal fin.

Respecto a las temáticas centrales se puede reconocer la importancia de la conceptualización de la estratificación del riesgo cardiovascular. La manera que eligió el municipio para una relación más directa con el equipo de salud fue el trabajo descentralizado principalmente con promotores de salud. De esta manera, logró articular con el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) para participar en el estudio PRIMEcare trial con la Universidad de Harvard, de Estado Unidos. El mismo trata sobre el uso de App para estratificación del RCVG y comprende a seis CAPS del municipio, aunque hasta 2023 solo habían ingresado tres. Este estudio busca a través de la estratificación del RCVG, identificar a aquellas personas con riesgo moderado a alto ( $\geq 20\%$  a 10 años), vincularlo a turnos priorizados de evaluación que incluye determinaciones de laboratorio (perfil de colesterol y glucemia) y tratamiento farmacológico de sus factores de riesgo y ECNT. De esta atención se desprende principalmente la prescripción de estatinas y de antihipertensivos acorde a las GPC. Los objetivos son reducir la incidencia de ECNT y, entre otros efectos se busca reducir la carga de trabajo de los médicos.

Con respecto a las capacitaciones, en este municipio eligieron capacitar e involucrar como destinatarios principales a promotores de salud y personal de enfermería. Recordemos que de todos modos por ejemplo el PROTEGER brindó y exigió capacitaciones a todo el equipo de salud sobre temas de ECNT basadas en GPC.

Quizá por el impulso directo de las investigaciones mencionadas, la percepción general desde la visión del reciente ex Secretario de Salud del Municipio de Quilmes y actual Subsecretario de Salud de la Provincia de Buenos Aires, opinó críticamente sobre la visión general del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT.

A la vez desde la Secretaría de salud, como en gran parte del sistema de salud del país, se cuenta con pocos parámetros e indicadores fiables para tener una idea clara de la llegada de este apoyo al equipo médico respecto a la modificación de cualquier práctica, aunque se perciben los avances. Otra dificultad en Quilmes es una que presentan todas las jurisdicciones, fue la competencia de temas: mantener en buen nivel la salud materno infantil, avanzar en crónicas, mejorar en la detección oportuna del cáncer, las epidemias, etc. Pero más allá de la existencia de esta realidad esencial, lo que se reclamó desde esta reciente gestión es una interacción más orgánica y matricial entre las temáticas desde el nivel central para no fragmentar la atención.

Sin duda que este apoyo que pretende brindar el nivel central no subestima el conocimiento y desarrollo científico de cada jurisdicción, a la vez que ofrece exactamente eso, un apoyo que puede ser más o menos necesario a decisores y equipo de salud de cada lugar.

Dentro de los temas trabajados, un primer punto de análisis fue la instalación del concepto de RCVG sobre el cual desde el municipio de Quilmes se tiene la sensación de haber

trabajado mucho y bien en el reconocimiento de los factores de riesgo, sin embargo, no se mostró conforme con las medidas farmacológicas para reducirlo.

La hipertensión arterial fue otro de los temas abordados con mayor profundidad. También en Quilmes contaron con un estudio científico en *clúster* basado en la intervención de promotores de salud. Dentro de las experiencias impulsadas se mencionó a la adopción de tensiómetros semiautomáticos y la capacitación de los promotores de salud y personal de enfermería en la toma correcta de la presión arterial. Esta tecnología fue bien recibida y adoptada rápidamente por el equipo de salud. Sobre otras estrategias implementadas vinculadas a la hipertensión arterial nombró al HEARTS, como proyecto de OPS lo cual le aportaría prestigio.

Sobre el abordaje adecuado de la diabetes, resulta un tema que en general cuenta con antecedentes por la antigüedad del PRODIABA. Desde la gestión trabajaron para aumentar las personas con diabetes empadronadas en vistas de poder focalizarse no solo en la provisión sino en el control glucémico logrado y en asegurar las determinaciones periódicas de hemoglobina glicosilada [HbA1c] que las GPC recomiendan. De este control glucémico dependen fundamentalmente la aparición de las complicaciones microvasculares cuyas etapas finales son la ceguera, diálisis y amputaciones. Así en los últimos años desde la Secretaría de salud se planificó una estrategia de extracción de sangre con una unidad ambulante equipada a tal fin y operada por extraccionistas garantizando que a cada CAPS le toque una o dos veces por semana contar con ese recurso.

Respecto al perfil prescriptivo de primera línea, la provisión de medicamentos antidiabéticos permite afirmar que se elige correctamente la primera línea farmacológica en la diabetes tipo 2 que es la metformina acorde a lo que se señala en las GPC.

En lo que se refiere a la cesación tabáquica, el municipio de Quilmes se sirve del suministro en el botiquín provincial del bupropión, uno de los fármacos de primera línea que ayuda a dejar de fumar. Este aporte fue importante para estimular la aplicación de cesación tabáquica en los servicios de atención de la salud.

Respecto a todas las temáticas un hito que comenzó a implementarse recientemente y sobre el cual hay optimismo en su contribución a la mejora de la atención, íntimamente relacionadas con las recomendaciones de la GPC, se trata de la implementación de la historia clínica electrónica (HCE) en Quilmes por primera vez. Y, aunque se reconozca que este número no resulta representativo de la población bajo cobertura se señaló que ya es un camino de ida que puede generar un tablero de seguimiento en búsqueda del correcto control de las ECNT.

Como líneas de trabajo en tener gobernanza sobre el actuar médico, desde su nuevo rol como Subsecretario en la provincia de Buenos Aires, tendrá una oportunidad para trabajar en lo necesario al apoyo a la toma de decisiones de los hospitales provinciales de distinto niveles, como también el garantizar que en los procesos de compra y en la composición del VADEMECUM del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires estén los medicamentos recomendados, y a su vez vincularlo con la obra social provincial.

# CAPÍTULO 5. Discusión y recomendaciones finales

A lo largo de los apartados de esta Tesis, hemos podido comprobar que el MSN desde su Dirección de ECNT tuvo un desarrollo consciente, intencional y robusto del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES, para lo cual movilizó una diversidad de recursos en orden a la reorientación de los servicios de atención hacia las enfermedades crónicas. La decisión de base fue generar un producto integrado basado en la centralidad de desarrollar GPC de calidad en las que basarse de modo confiable, las cuales resultaron ser directrices ordenadoras comenzando por los propios procedimientos internos. El proceso de producción de la política evaluada requirió de operaciones sustantivas, de apoyo, y de viabilización junto a demanda de operaciones para arribar a las jurisdicciones provinciales de manera directa. La implementación fue planificada con visión federal, priorizando el sistema público de atención. Los distintos programas/proyectos con financiamiento contaron una intención sinérgica desde su diseño. Los principales productos esenciales fueron PRODUCTOS-SERVICIOS, y dentro de estos, de modo central las GPC con sus instrumentos aplicativos, las actividades de capacitación virtuales y presenciales, de cada temática o de temáticas integradas, el trabajo de microgestión con sus visitas capacitantes, las rotaciones para adquisición de destrezas, y las transferencias para reembolsos por cumplimiento de metas de estratificación, de prestaciones y de mejoras estructurales que incluían a las recomendaciones de las GPC, como el garantizar la inclusión de medicamentos acordados en los botiquines de distribución gratuita. Todo ello impulsó una primera línea de efectos palpables habiendo generado un fortalecimiento de la estructura, de actividades y actitudinales que, de inicio, eran casi inexistentes a la vez que se pudo comprobar capacidad instalada tanto a nivel central como de las jurisdicciones, en miras a incidir cotidianamente en las decisiones del equipo de salud, y mostrando resultados y efectos en distintos órdenes e incluso permitiendo atisbar algún impacto.

El contexto de la política para el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT es un escenario mundial alarmado por la gravedad del avance de las crónicas que ha sensibilizado no sólo a los ámbitos de la salud como OMS/OPS, sino también de otros órdenes como la ONU y el Banco Mundial, entre otros. Esta brecha entre lo deseable como situación objetivo y lo vigente hace tres lustros atrás generó una planificación subyacente de adecuación del sistema de atención. La conceptualización de que el Estado reúne un conjunto de procesos de producción con fines de ordenamiento de conductas se hace visible en la política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT la cual movilizó recursos políticos, técnicos, organizacionales, cognitivos, comunicacionales, financieros, entre los más notorios, para ofrecer un producto integrado en orden a promover efectos e impactos.

De esta manera, la evaluabilidad de esta política estuvo beneficiada por diagnósticos de distinta índole que operaron como línea de base y de análisis de la situación de partida. Entre

estas aproximaciones se encuentran las encuestas nacionales de factores de riesgo (ENFR)<sup>125-128</sup> como también estudios de contexto<sup>39</sup> a los cuales se sumaron relevamientos realizados desde la microgestión de REDES, los cuales fueron explicitados en los capítulos precedentes<sup>81</sup>. Todas estas aproximaciones a la realidad de inicio, aunque sin ser exhaustivas, sirvieron para delinear las falencias de arranque y también para la búsqueda de la identificación de las causas, de los recursos y de la implicación necesaria, de la claridad y coherencia requeridas en el desarrollo de este apoyo. Con la orientación de OMS/OPS se conformó la definición de la conveniencia y aporte del desarrollo de la política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT basado en la elaboración e implementación de GPC, por lo que en este caso nos animamos a asegurar que esta política planificó sus objetivos estratégicos y logró resonancia por su importancia y por sus logros.

En el corazón de la actividad productiva, es decir de modo sustantivo, la política en estudio requirió de la elaboración, comunicación y difusión de información científica a través de las GPC y sus documentos aplicativos; de brindar asistencia técnica y capacitación a decisores, replicadores y equipo de salud de las jurisdicciones; del trabajo conjunto con las sociedades científicas en los paneles de las GPC y en las Comisiones Nacionales para su construcción e implementación; de la vigilancia epidemiológica sobre la evolución de los indicadores de las ECNT y sus factores de riesgo principalmente a través de encuestas nacionales, entre otras. A su vez, para dar viabilidad a sus objetivos, esta política se sirvió de programas/proyectos con financiamiento que capturaron la atención de las jurisdicciones hacia las ECNT y cuyo diseño, fortalecimiento e implementación estuvieron planificados en base a las recomendaciones nacionales desarrolladas en base a la evidencia científica y consensuadas a través de un amplio y riguroso proceso de intercambio entre diversos y variados actores nacionales. En los márgenes de toda esta producción se sumó la necesidad de demandar actividades y operaciones a distintos sectores para lograr efectos sobre las conductas de los destinatarios.

Como un aspecto a destacar de esta movilización de recursos y de la actividad operacional es el alto nivel de producción de GPC de ECNT por parte del MSN que fue completando y actualizando tanto sus temáticas troncales de RCVG, hipertensión arterial, diabetes, cesación tabáquica, las enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC), como otras de gran importancia como reducción del consumo de alcohol, enfermedad renal, etc. En dicha producción también se destaca que las preguntas clínicas abarcaron, en la mayoría de las GPC, todo el proceso de abordaje comprendiendo la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de cada entidad. Para contribuir a valorar estos logros, podemos referenciar un estudio sobre la calidad de atención en distintos países de Latinoamérica, en el cual se observó que sólo el 18% de los hospitales participantes contaban con más de una patología para la cual existieran guías de práctica clínica u otros caminos clínicos que integrarán el ciclo completo de atención y la educación de los pacientes<sup>129</sup>.

De esta manera, la mejora de calidad de atención pretendida comprendió a las GPC a la vez que estas presentaron sus propias exigencias de calidad, evidenciadas en el rigor de la elaboración lo cual comprende la inclusión de estándares internacionales, entre los que

destacan los aportados por la metodología GRADE. La centralidad del paciente como destinatario real mediado por el equipo de salud como población diana específica de la política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT se tuvo en cuenta en esta producción con la incorporación de las perspectivas y preferencias de los pacientes y sus familias lo cual hoy en día es considerado un punto central de calidad<sup>129</sup>. Esto se tuvo en cuenta tanto en el tercer criterio (C3) de la metodología GRADE como con el aporte de las búsquedas bibliográficas incorporadas. Esto permitió incrementar la calidad de las GPC en vistas a resultar un elemento significativo hacia cuidados longitudinales que permitan alcanzar resultados que importen al paciente. En el mismo orden de calidad, es decir en definitiva de proteger a través de las prácticas y de los destinatarios a todo el sistema de salud, es de destacar la inclusión de las declaraciones de conflictos de intereses y su adecuado manejo, diluyendo estos en paneles mayoritariamente libres de estos compromisos potenciales con otros intereses que no fueran el bienestar primario de los pacientes<sup>60,129</sup>. La composición interdisciplinaria de los equipos elaboradores y paneles fue parte de la construcción de una identidad por parte del MSN que hoy es central en su prestigio y aceptación.

Es de importancia remarcar que la producción de valor es más que la combinación de recursos, sino que se trata de la construcción de estrategias para que la política sea viable en escenarios donde operan múltiples actores y destinatarios<sup>64</sup>. Estos recursos suelen estar distribuidos entre diferentes actores para lo cual es necesario la construcción de capacidad técnica y de las estrategias necesarias para darle viabilidad<sup>64</sup>. La política en análisis no es una excepción. Dentro de los recursos políticos, cognitivos y técnicos sobresalió la visión y determinación desde la Dirección y un equipo que tuvo que crearse y adquirir nuevos conocimientos científicos, metodológicos y nuevas destrezas en la elaboración e implementación de GPC logrando capacidad instalada en el nivel central. Numerosos recursos políticos pueden transparentarse e intuirse en la construcción de estrategias coherentes para poder llevar a cabo esta política, con fortalecimiento de aspectos intra ministeriales y demandando actividades para funcionar y para lograr que esta visión llegue a destino.

Todo producto público que pretenda ser relevante presentará combinación de múltiples componentes y complejas articulaciones de producción<sup>64</sup>. Esta producción integral e integrada del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES EN ECNT buscó a través de numerosos dispositivos, enlaces y actividades de coordinación, gestionar una política compleja e integrada con un producto conceptualmente articulado. Hablar de producción remite a las operaciones necesarias para transformar los insumos en productos, y aquí implicó fortalecer y brindar apoyo intraministerialmente para orientar las conductas de variados destinatarios internos en búsqueda de coherencia técnica e institucional. Todo el fortalecimiento institucional que requirió esta política en su coherencia conceptual y en su objetivo de ampliación de la accesibilidad implicó no solo generar los equipos competentes sino también el brindar asesoramiento para el diseño de la provisión de medicamentos desde el nivel central, articular en búsqueda de regulaciones coherentes, la modelación de normas de provisión obligatorias, el diseño de exámenes de residencias médicas públicas, entre otras.

El producto integrado del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT presenta en su núcleo central conceptual una gran producción de **SERVICIOS** de conocimiento técnico científico vehiculizados a través de recomendaciones con base de evidencia y consensuada con expertos metodológicos y temáticos, con miras a traspasar cursos de acción fiables a todo el sistema de atención hasta llegar al paciente. Esto se divulgó a través de un enorme despliegue de capacitaciones, aplicativos prácticos, rotaciones para adquisición de destrezas, visitas de supervisión capacitante, en vistas a incrementar el conocimiento del equipo de salud para contribuir en la disminución de la variabilidad inadecuada de la práctica clínica y la inercia terapéutica. Ahora bien, en orden a facilitar su aplicación, este producto articulado también se conformó de **BIENES** como la entrega directa de equipamiento como por ejemplo monofilamentos para evaluación de la sensibilidad del pie en personas con diabetes<sup>tt</sup>, de espirómetros y saturómetros para diagnóstico y seguimiento de enfermedades respiratorias crónicas como el asma y la EPOC, instrumental para detección y manejo de la hipertensión arterial y de la diabetes, entre otros. Además, las **TRANSFERENCIAS** buscaron incentivar y restituir por el otorgamiento de prestaciones y por gastos en estructura de la transformación impulsada para dar acceso adecuado a las personas que padecen enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo metabólicos y conductuales. Estos reembolsos contenían un direccionamiento y una arquitectura en base a las GPC y su implementación de modo preceptivo se tradujo en la incorporación de prestaciones con establecido balance beneficio riesgo, análisis realizado en el proceso de elaboración de cada recomendación.

Las políticas públicas sólo se pueden explicar relacionadamente. Esto afecta analizar tanto las operaciones que vinculan a los insumos con los productos como más importante aún la vinculación entre quienes las generan y la relación con sus expectativas de modificación de conductas<sup>64</sup>. De esta manera, la implementación conformó la parte más visible y buscada de esta política que fue institucionalizada desde el comienzo. Así, la teoría de cambio del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT con su conjunto de supuestos explícitos e implícitos, orientó sobre las acciones necesarias para mejorar la práctica de la atención de las crónicas. En la visión estuvieron presentes elementos de partida como el buscar la coherencia entre lo recomendado y lo disponible buscando que lo primero incida en lo segundo. Para ello, hubo que trabajar en numerosos aspectos de accesibilidad, suministros, generación de contenidos de capacitación de modo homogéneo y la planificación de una lógica integral, entre otros elementos. La puesta en juego de distintos recursos políticos, institucionales, técnicos-científicos y organizacionales fueron posicionando a esta política.

De esta manera, a través de distintas vías de difusión, las GPC no sólo resultaron reconocidas en los ámbitos públicos ni solamente en los ámbitos de atención de la salud. Su rigor metodológico y su participación interdisciplinaria favorecieron que su influencia se extendiera a los estudios de grado de ciencias vinculadas a la salud, a regir el examen de residencias en el ámbito público, a su consideración positiva en los ámbitos de las sociedades

---

<sup>tt</sup> <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-consolida-el-abordaje-integral-de-la-diabetes-en-la-argentina>

científicas que avalaron los procesos de elaboración y las recomendaciones resultantes. Esto también abarcó a los sistemas de atención privados tanto vinculados a los participantes de los paneles como a otros, como también a reconocimientos fuera del país comenzando por los revisores extranjeros de renombre que participaron en los procesos de revisión externa o a ser tenidas en cuenta en procesos de elaboración de nuevas directrices en otros lugares del mundo.

En el proceso de implementación, además del armado de documentos resumidos y prácticos resultó natural el pensar a las capacitaciones como un paso obligatorio de difusión y cambio. Sin embargo, resulta difícil sostener como supuesto que estos servicios puedan incidir de manera aislada en la situación sin complementarla con otros productos. Por eso, el producto conceptualmente articulado del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT buscó organizar procesos efectivos para vincularse a las conductas de los destinatarios, esto es el equipo de salud, bajo una hipótesis de política. El intento de resultar en un abordaje integral avivó la búsqueda de una “bajada” armonizada y de fortalecimiento a través de varios programas/proyectos con financiamiento que contenían estrategias complementarias. De hecho, en el marco de la coherencia buscada, resultan alentadoras las referencias de una baja superposición y de suficiente complementariedad de estos proyectos/programas en la práctica.

Un paso más avanzado en la implementación en la búsqueda de mejorar las actitudes, los conocimientos y las habilidades de los equipos de salud, lo constituyeron las actividades interactivas individualizadas para los CAPS como son las visitas de supervisión capacitante y las rotaciones pautadas para formación de destrezas en base a objetivos determinados. La microgestión aportada por REDES, es decir ese modelo de gestión sanitaria “personalizada” para cada CAPS con visitas capacitantes que brindaron a los efectores oportunidades únicas de mejora e incorporación de las recomendaciones de las GPC a la práctica clínica como un nuevo modo de pensar la salud que no estuviera solamente dirigida a la demanda ocasional<sup>81</sup>. Las rotaciones de profesionales y de personal de enfermería coordinadas desde el Programa Nacional específico con miras a adquirir destrezas son otro servicio prestado para la adquisición de habilidades más complejas como el manejo del pie diabético y la insulinización oportuna. Esto requirió desde el nivel central formalizar un trabajo asociado entre el primer y segundo nivel de atención de numerosas jurisdicciones y la compra de los insumos recomendados, algunos de los cuales no formaban parte del equipamiento estable en la práctica clínica. Así se entiende que desde la Dirección de ECNT o desde REDES complementariamente se conformó la entrega directa de algunos bienes como por ejemplo monofilamentos para evaluación de la sensibilidad del pie en personas con diabetes<sup>uu</sup> o de espirómetros y saturómetros para diagnóstico y seguimiento de enfermedades respiratorias crónicas, equipos e insumos para hemoglobina glicosilada y de colesterol, cintas métricas, tensiómetros y estetoscopios, materiales para la clasificación del RCVG, tablas para calcular el Índice de masa corporal, en algún momento de la implementación. Por su lado, las

---

<sup>uu</sup> <https://www.argentina.gob.ar/noticias/salud-consolida-el-abordaje-integral-de-la-diabetes-en-la-argentina>

transferencias también buscaron restituir gastos que comprendieron este tipo de equipamiento u otras más complejos para transformar y para dar acceso adecuado a las personas que padecen enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo metabólicos y conductuales.

Así este modelo de implementación buscó relacionar el producto integrado con los destinatarios. Para ello, se enfrentó a un contexto federal con escenarios heterogéneos de desarrollo. A su vez, los éxitos y fracasos en la implementación permitieron obtener validaciones empíricas de la teoría de cambio. Además de los ejemplos suministrados por los actores políticos entrevistados del nivel central, las dos jurisdicciones municipales también dieron eco de sus necesidades, visiones y formas de implementar. Si bien las jurisdicciones contaban con el marco común de los programas REDES, PROTEGER, SUMAR y REMEDIAR, fueron diferentes en la conceptualización y en los avances logrados como también en sus frustraciones. De esta manera a lo largo de toda esta evaluación, se recopilaron avances sustantivos en cuanto a mejoras estructurales requeridas para hacer posibles lugares de atención adecuados y asequibles para la atención de las crónicas. El desarrollo logrado en el territorio tuvo planteos de proporcionalidad ajustados a las características de cada lugar logrando las metas propuestas por los programas/proyectos para cada uno. Y, aunque existe el riesgo de que estos reembolsos pudieran generar solo el concentrarse en el cumplimiento de requisitos sin que se diagrama una atención integral para la persona con ECNT, es innegable que el escenario nacional ha cambiado sustancialmente en los 15 años de desarrollo de esta política.

Sin duda lo que se espera de toda producción son los efectos. Dentro de los logros mensurables del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT encontramos: la integración a la práctica clínica del seguimiento longitudinal por líneas de cuidado, la conceptualización generalizada en el equipo de salud del riesgo cardiovascular global, la instauración de la cesación tabáquica en el ámbito de atención de la salud, la mejora de la prescripción de fármacos antihipertensivos y antidiabéticos con progresión más dinámica y sostenida, el aliento a la implementación de la educación al paciente como práctica del nomenclador, el aumento de CAPS con médicos y personal de enfermería entrenados en destrezas de abordaje del pie diabético y en insulinización, el aumento de CAPS con algún agente capacitado en realización y/o interpretación de espirometrías, y la mayor disponibilidad a nivel federal de acceso a test de laboratorio de la ECNT, son algunos de los efectos detectados en esta evaluación. Resulta asombroso, por ejemplo, que antes de esta política la disponibilidad de la determinación de hemoglobina glicosilada con validación fuese excepcional en el país y aunque las prestaciones del SUMAR todavía aparecen con un uso bajo para lo esperado, sin embargo, hablan de un cambio de conductas en el equipo de salud y de mejora de la accesibilidad. También es de señalar, el logro que significa respaldar al equipo de salud en lo que no hay que hacer, esto es contar con recomendaciones en contra de alternativas sin suficiente evidencia científica o sin un balance beneficio/riesgo adecuado como por ejemplo el uso de cigarrillo electrónico, la modelación de la prescripción de

medicamentos para la diabetes superando el uso de la glibenclamida por su perfil de hipoglucemias

Destaca un gran elemento integrante e integrador del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT el cual es la valoración del riesgo cardiovascular de una manera global propiciando el manejo de las principales crónicas y factores de riesgo como la diabetes, la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial y el tabaquismo. En este marco sobresalen la introducción de las estatinas según sea para prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares; la selección de quienes tienen recomendado recibir bajas dosis diarias de aspirina para la prevención de un segundo evento cardiovascular; la introducción de la cesación tabáquica de modo más universal y permanente; las estrategias de control de la hipertensión arterial con inclusión de los grupos farmacológicos de primera línea de acceso gratuito para quienes cuentan con cobertura pública exclusiva. En continuidad con lo expresado, podemos afirmar que la valoración del RCVG cumplió un rol clave como carta de presentación de las ECNT en las jurisdicciones y se potenció a través del trabajo articulado en su momento inicial con el Programa REDES. La hipertensión arterial siempre estuvo priorizada por el impacto estratégico de su diagnóstico y tratamiento lo cual puede cambiar la incidencia de eventos duros como los ACV e infartos de miocardio en pocos años de tratamiento adecuado. Temáticas con más lento avance fueron las respiratorias crónicas. Si bien el Programa de enfermedades respiratorias crónicas nace una década atrás y en el 2015 se publica la GPC de EPOC<sup>49</sup> y el Protocolo de asma<sup>88</sup>, recién a fines de 2023 se pudo lograr la adquisición de espirómetros para las provincias planificada hace 10 años atrás. Este equipamiento permite diagnosticar obstrucción bronquial punto en común del asma y de la EPOC. Deberá acompañarse la implementación de estos equipamientos en el marco de la política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES a ECNT con refuerzo de capacitaciones y seguimiento de su uso adecuado, aprovechando la oportunidad que brindan los elementos de la telemedicina.

Es de resaltar el estudio ecológico que relacionó el aumento prescriptivo de antihipertensivos con la reducción de ACV en nuestro país<sup>118</sup>. Esta muy posible reducción de la incidencia de accidente cerebro vasculares (ACV) a partir de la mejora de la prescripción de antihipertensivos se aproximó a la línea de impacto esperado de esta política. De esta manera vemos que toda esta movilización de recursos estatales pudo propulsar cambios de conductas en los distintos sectores en pos de mejorar la prevención, diagnóstico oportuno y abordaje de las ECNT en los lugares de atención.

La conceptualización del producto remite a su materialidad y su significado solo se manifiesta cuando se lo decodifica en un entramado de relaciones en vistas a producir valor público<sup>64</sup>. La CVP destaca su contenido conceptual y argumental, su búsqueda de efectos y de impactos buscados<sup>64</sup>. Estos efectos, tanto los esperados como los inesperados son parte de los ordenamientos sociales vinculados a la política y una muestra de ello nos la brindaron las jurisdicciones municipales que participaron en el análisis. Desde el territorio más capilar nos confirmaron tanto expectativas cumplidas o superadas como también frustraciones. Encontramos así la confirmación del impulso a la atención de las crónicas a través de la

conceptualización, estratificación de riesgo y empadronamiento en los dos municipios como un factor común de posicionamiento de las ECNT y la implementación de lo propuesto por los programas/proyectos REDES, PROTEGER y SUMAR como impulso común. En Moreno el apoyo se transformó en un apoyo conceptual a la cesación tabáquica, un mejor posicionamiento a la comprensión por distintos agentes del abordaje de las respiratorias crónicas quedando vigente el uso del cuestionario CODE para detección de la EPOC, la mejora en la detección de la enfermedad renal y el gran hito del desarrollo del plan de hipertensión son algunas de las muestras de lo que este apoyo significó desde el rol rector del MSN para sumar valor y alcanzar algunos efectos en el equipo de salud y la población. Por todo lo expresado, podemos afirmar que el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT operó como una política novedosa orientándose a la producción de un producto compuesto y organizado donde cada elemento tuvo su peso relativo, volumen, características y contribuciones a los procesos de fortalecimiento y de aumento del conocimiento y de destrezas en lo referente a la atención de las crónicas. Estos productos incluyeron tanto algunos de características terminales que llegaban directamente a los destinatarios finales sin necesidad de transformación adicional como podría decirse de los aplicativos de las GPC y de las capacitaciones, como también otros de naturaleza intermedia, como el producir capacidades en profesionales para la elaboración de GPC tanto en los equipos elaboradores como en los paneles. Así podemos afirmar, que los éxitos en su basamento se apoyaron en una visión de lo que había que hacer, hubo un encuentro entre la visión y la pasión de equipos que empujaron cada elemento de la política por convicción y profesionalidad. Dentro de las debilidades de la política se puede señalar la falta de medición estandarizada de resultados tanto de efectos como de impactos lo cual requiere de métricas consistentes, fiables y fáciles de medir. Sin embargo, la falta de medición de resultados clínicos en Latinoamérica es algo frecuente<sup>129</sup>. Desde la Dirección temática, hay conciencia de la dificultad que significa medir los efectos del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES tanto positivos como no deseados. Si bien se cuenta con ciertos resultados procedentes del monitoreo de los programas/proyectos con financiamiento una debilidad podría ser no haber realizado algunas evaluaciones formales, pero esto puede ser la oportunidad para la etapa que continua. A la vez ninguna evaluación de políticas es imparcial y podría ser interpretada desde una pluralidad de perspectivas, sin embargo, la tarea desarrollada es tan vasta que no puede menos que ser reconocida en su efecto de modificar sustancialmente la capacidad y aumento de conocimiento de los efectores en la atención de las ECNT. En la misma línea, se espera que un avance significativo sea la HCE como aliada clave tanto para contar con datos de resultados como para garantizar la factibilidad de obtención. Los sistemas informáticos pueden contribuir a brindar el apoyo buscado al equipo de salud para que en su atención pueda estar centrados en alcanzar los mejores resultados para el paciente, y su atención integrada, con el apoyo de las recomendaciones de GPC de calidad reconociendo que las recomendaciones fuertes proponen resultados claves y las condicionales variarán más en su aplicación acorde a marcos locales.

Por otra parte, los aspectos más débiles que podrían haber generado o generar una menor incidencia de todo lo realizado en cuanto al APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT podrían ser: la fragmentación de la implementación de temas desde el nivel central, la competencia de temáticas variadas en el territorio entre las que siempre aparecen como más urgentes las agudas, la finalización o transformación de los programas/proyectos con incentivos económicos, la llegada parcial y heterogénea de estos servicios para aumento de su conocimiento al médico que es el que prescribe y lidera estos cuidados longitudinales, el desconocimiento de los niveles de control efectivos de las crónicas en el territorio, la falta de ciertas continuidades institucionales, los retrasos en alcanzar actualizaciones de las GPC y la débil caracterización de los resultados, podrían ser los más remarcables.

Otro aspecto para el que tampoco contamos con datos específicos de su ocurrencia es el de conocer en qué medida esta política contribuyó a cerrar o a ampliar la brecha de acceso a la atención de la salud en algún aspecto. Dado el precario punto de partida hace tres lustros, resultaría difícil no atribuirle al APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT, una notoria mejora en el acceso a recomendaciones basadas en el mejor conocimiento científico en la atención de las personas que padecen enfermedades crónicas.

A otro nivel, un efecto no deseado podría ser si genera rechazo o malas interpretaciones en el equipo destinatario o en los pacientes. Algunos ejemplos pueden resultar gráficos como la adopción de tensiómetros semiautomáticos resistidos en algunos ámbitos que si bien son de uso condicional parecen mejorar los resultados, pero frustrar a algunos sectores del equipo de salud y no siempre ser preferidos por los pacientes.

Es de señalar que la irrupción de la pandemia COVID-19 puede haber constituido un retraso o retroceso en algunos aspectos del APOYO A LA TOMA DE DECISIONES EN ECNT. Nuevamente una enfermedad transmisible se irguió como obstáculo como si se tratara de una regresión epidemiológica. Respecto a esta importante irrupción comprobamos durante 2020 y 2022 un aumento en la producción de GPC en ese periodo, pero también la constatación de retrocesos en las prestaciones medidas en el SUMAR o del HEARTS. Sobre este último durante las restricciones por la pandemia constató una reducción generalizada en todos los indicadores, sin embargo, los niveles de tratamiento y tratamiento combinado de antihipertensivos persistieron por encima de los valores basales en la provincia piloto.

Dentro de las fortalezas de la política evaluada podemos enfatizar en que el trabajo de implementación se basó en la evidencia científica, lo cual fue trabajado con estrategias multinivel y multicomponente. El REMEDIAR fue modelando su botiquín acorde a las recomendaciones de las GPC particularmente en cuanto a diabetes mellitus, hipertensión arterial y a la reducción del riesgo cardiovascular. REDES aportó una amplia implementación a través de las capacitaciones, de microgestión para sus trazadoras de ECNT y la nominalización de personas con RCVG elevado. El SUMAR reembolsó prestaciones basadas en las recomendaciones de las GPC sobre ECNT en todo el país incorporándolas de modo creciente. El PROTEGER se destacó como ordenador para el fortalecimiento de la estructura y para la implementación de prestaciones basadas en las recomendaciones para la atención de las crónicas. Estos programas contribuyeron a una adopción jurisdiccional de las GPC por

un lado homogeneizada a la vez que heterogénea acorde a las necesidades e intereses locales, con indicios de baja superposición entre los programas/proyectos contribuyendo incluso a establecer puentes entre los sectores fragmentados del sistema de salud argentino. Todo este análisis da motivos de satisfacción y orgullo en el desarrollo e implementación de la política en estudio que logró captar varios programas/proyectos con financiamiento internacional y uno específicamente para crónicas. A pesar de que las perspectivas en cuanto a la continuación del PROTEGER serían menos específicas para las ECNT y estarían centrada en una mirada más amplia de la APS, es innegable que este programa/proyecto obtuvo gran parte de lo que se propuso y permitió visibilizar a las ECNT en la atención primaria, darles preeminencia y modificar la estructura para poder así modificar la práctica clínica. Si bien son indirectos los datos referidos a cambios en los perfiles prescriptivos, los hallazgos mostraron una tendencia a la convergencia al mismo tiempo que variaciones propias de las jurisdicciones. Al circunscribir las observaciones a distintos niveles donde se pudieron producir los cambios, se obtuvieron datos de una cadena de resultados en una misma dirección, que permitió contribuir a un incremento del conocimiento en el área. Es de asumirse que los efectos explicitados son fruto de la interacción de los efectos netos de la política, los efectos de factores contextuales y efectos del diseño de la evaluación.

La pregunta que surge entonces es sobre la continuidad de este impulso al APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT. Los equipos irán variando y los estímulos económicos disminuyendo. Su consecución dependerá de la comprensión de cada gestión de la importancia de esta política impulsada desde el nivel central y de la percepción de la necesidad y aceptación por parte de las jurisdicciones y equipos. Algunos indicios a favor es que profesionales que formaron parte de este desarrollo siguen ocupando lugares de decisión o de consejería a nivel provincial, nacional o internacional. En contra las evoluciones de los equipos de elaboración e implementación, la finalización del PROTEGER, la amenaza de nuevas epidemias y la crisis económica podrían afectar su desempeño. Por el contrario, el hecho de que los programas/proyectos de financiamiento externo tengan un funcionamiento conjunto en la misma dirección de gestión resulta un intento de integración de todo lo aprendido e implementado evitando superposiciones marcando que entre todos fueron llegando a distintos sectores de la población objetivo.

Pasando a la utilidad de la presente evaluación, la misma abarcó distintas audiencias, por un lado, el MSN destaca por la mayor representación en entrevistados y por ser el impulsor de la política y aportar la elaboración de las GPC y el diseño de los programas/proyectos. También las provincias estuvieron presentes en los datos de REDES, SUMAR y PROTEGER mostrando un desarrollo federal. Los dos municipios entrevistados pudieron reflexionar y brindar hechos y opiniones sobre la realidad de este apoyo. Todo este trabajo buscó hacer más comprensible, interpretable y comparable la producción e implementación de la política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT. A la vez no estamos hablando de contextos estables por lo cual su continuidad y su versatilidad serán exigencias de las etapas subsiguientes. Dentro de las fortalezas de la presente evaluación es de señalar que el presente recorrido pretendió explicar y comprender a la vez, la complejidad que fue

adquiriendo el producto integrado a partir de la elaboración de GPC que en su diseño y conceptualización fue incorporando y articulando nuevos componentes para construir un verdadero APOYO A LA TOMA DE DECISIONES a nivel federal. Si bien este análisis se basó principalmente en fuentes de corte cualitativo aportó además elementos cuantitativos, y fue desarrollado con cierta capacidad de atribución respecto a una relación causa-efecto. Los aspectos cualitativos facilitaron la comprensión y empatía que permitieron recrear pensamientos, sentimientos y motivaciones de los actores a distinto nivel, con flexibilidad y sensibilidad contextual e incorporación de los significados subjetivos con capacidad también de captar los efectos no esperados. También se puede resaltar el diseño de una metodología planificada que permitió vislumbrar el valor generado por la cartera nacional a través de un producto integrado de bienes, servicios y transferencias para una política poco divulgada en artículos científicos y evaluaciones de políticas. Todo ello, resultó en brindar con cierto grado de precisión, una idea de su magnitud y de su volumen de producción. La triangulación de perspectivas de actores variados de los cuales la mayoría ya no se desempeña en la Dirección de ECNT, los datos de los programas y proyectos, el uso de instrumentos validados y la teoría de cambio basada en evidencia científica sobre la implementación de conocimiento en salud dan sustento a todo el análisis realizado.

Toda evaluación busca también conocer los efectos no deseados de una política. A mayor escala podría tratarse de una evaluación económica que compare los costos y los beneficios para determinar si los beneficios superan los costos (costoefectividad) dado el importante desembolso que representaron. Si bien este tipo de análisis no está comprendido en los objetivos de la presente Tesis podemos argumentar que, tratándose de las crónicas como entidades de la mayor morbimortalidad expresada en ceguera, diálisis/trasplante, discapacidad, difícilmente no se justifique la inversión.

La Cadena de Valor Público elegida como la herramienta de análisis comprende aspectos descriptivos y normativos de todos los actos que deben realizarse en orden a conseguir los mejores resultados. En sentido estricto, sólo la medición de resultados últimos de la Cadena de Valor Público podrán validar un aporte efectivo. La presente evaluación realizó aportes principalmente en reconocer efectos y si bien no estaba en los objetivos habida cuenta de la dificultad en obtener impactos estos podrán ser parte de sucesivas evaluaciones como justificativos sólidos de esta política. Sin embargo, toda esta descripción, se centró en mostrar una gama de operaciones, bienes, servicios y efectos que permiten valorar la evaluación tanto en su conjunto como en sus análisis de las partes.

Además, toda evaluación pretende también brindar elementos de mejora, esto es de recomendaciones, para la política evaluada. Los mismos entrevistados estaban ávidos por conocer los resultados para potenciar mejoras desde sus actuales lugares de influencia. Es entonces el momento de las recomendaciones entre las que remarcaré la necesidad de continuidad de la política desde su elemento insigne que son la elaboración y actualización de GPC. El MSN tiene que tomar el buen hábito de mantener estos documentos matriciales actualizados señalando incluso con etiquetas si alguno no lo está para prevenir el uso de recomendaciones desactualizadas.

Ahora bien, respecto al panorama futuro con sus oportunidades y amenazas, sobresalen el avance que significa la implementación de la historia clínica electrónica en numerosas jurisdicciones del país. La relación de la HCE tiene reconocido vínculo con el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES, ya que no en vano es otro elemento del MAPEC. De esta manera, la HCE será una herramienta de la que se espera mejorar el cuidado de los pacientes, y además el tan deseado conocimiento de cuán bien o cuán mal estamos haciendo las cosas en crónicas y así poder vislumbrar el impacto real en su morbimortalidad y corregir desvíos. Otro tipo de desafío más del lado de las amenazas y debilidades lo constituyen las crisis económicas, las discontinuidades de las políticas, el sostenimiento de los equipos, y el mantenimiento de la capacidad instalada.

Es reconocido que la pandemia COVID-19 significó un retroceso en el control de las ECNT y podría aumentarse la mortalidad prematura de estas patologías<sup>130</sup>. Pero en algunos aspectos la pandemia fue un impulso. Desde el distanciamiento social obligatorio experimentado las capacitaciones se refugiaron en la modalidad virtual generando habilidades generalizadas en la población. Esto permitió centrar el desarrollo por ejemplo de actividades y capacitaciones a distancia con ahorros y llegada federal en simultáneo. Esto presenta como factible el mantener y seguir creando estrategias de implementación a todo nivel sirviéndose de la telemedicina a partir de su reconocida área de TELESALUD<sup>vv</sup>, y plataformas de cursos disponibles a nivel salud, entre otros aspectos.

Un camino a seguir es continuar estimulando la gobernanza de los equipos provinciales para aprovechar todo el fortalecimiento realizado en crónicas convirtiéndose en replicadores y liderando esos equipos el desarrollo en sus territorios. Si bien es posible que esos equipos sientan que necesitan contar con el prestigio de Nación como principal asegurador de ser escuchados, el reconocimiento y respeto de las directrices nacionales contribuyen en ese asesoramiento remoto de qué hacer y qué no hacer en la atención de las crónicas.

Para introducir el cierre podemos volver a reconocer que todo este recorrido ministerial liderado desde la Dirección de ECNT nos brindó elementos para la comprensión del contexto de partida, de su mejora lograda y de lo que queda pendiente. El APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT tuvo la capacidad de captar procesos y efectos. Las políticas muchas veces presentan fronteras difusas, y más aún el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT que es un recorte del MAPEC. Aun así, se pudieron mostrar en suficiente grado de definición sus metas físicas, de su alcance y cobertura. Es necesario la continuación de evaluaciones dirigidas a responder ágil y pertinentemente mostrando en terreno la teoría del cambio. Estos resultados, brindan apoyo a todo lo realizado a la vez que trasciende lo evaluado, acumula conocimiento e influencia en el camino a seguir.

También como elemento de continuidad se puede remarcar la importancia de saber seguir adelante sin programas de financiamiento o al menos no específicos para las crónicas y el

---

<sup>vv</sup> La **Coordinación de Telesalud** del MSN tiene como misión desarrollar e implementar una política pública nacional y federal de Telesalud, mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), bajo estándares de interoperabilidad, seguridad y privacidad de la información, como una medida de equidad en el acceso a la salud de los habitantes de la Nación, reduciendo la sobrecarga del sistema sanitario.

desarrollo creativo de estímulos que posicionen a las ECNT como podrían ser actualmente el proyecto HEARTS.

Respecto a las variables que permitan conocer efectos en los pacientes e impactos buscados en su salud, la recomendación va orientada a generar un sistema de medición integrado de los principales indicadores clínicos que permitan relevar resultados y tomar decisiones, invitando a todos los actores del sistema, hospitales, financiadores, a medir y reportar de manera precisa y homogénea. La comprobación de experiencias exitosas en distintos efectores y jurisdicciones se podrán trasladar a distintos ámbitos reconociendo las problemáticas comunes y vías existentes de solución.

Todo el proceso de elaboración e implementación de GPC se presentaron como realizaciones estatales a través de las cuales se buscó reconducir conductas inicialmente orientando las decisiones de la gestión para arribar a la modificación de comportamientos del equipo de salud. Para ello desde el MSN se proveyeron de recursos orientados en su atribución temática por la Dirección de crónicas. El enorme proceso de implementación buscó generar motivación con capacitaciones, firma de compromisos y otorgamiento de incentivos económicos. En su diseño, se buscó operar sobre obstáculos, trabajando sobre la estructura y accesibilidad, multiplicando las oportunidades de acción.

Así podemos reafirmar que a través de estas páginas se pudo evidenciar una enorme trama de relaciones, un variado conjunto de decisiones que guiaron la acción e implementación de la política de APOYO A LA TOMA DE DECISIONES en ECNT y una motivación-pasión fue la contribución esencial a la actividad de política pública. Los hallazgos muestran una tendencia a la convergencia entre los recursos, los productos y los efectos en orden a mejorar la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de las crónicas. Al circunscribir las observaciones a distintos niveles donde se pudo reproducir los cambios desde las distintas miradas tanto desde el nivel central como de jurisdicciones municipales. Las GPC resultaron productos pragmáticos y simbólicos, constituyendo una marca registrada en ECNT que estructuró la cultura organizacional de distintas áreas del MSN. Esta identidad lograda es parte del prestigio necesario que impulsó la implementación y el cambio buscado.

Los efectos e impactos buscados en la prevención, diagnóstico y abordaje integral de las crónicas requirieron un desarrollo específico, reunió un conjunto de esfuerzos y recursos articulados para lograr el APOYO A LA TOMA DE DECISIONES de manera consistente en pos de lograr el cambio y las mejoras necesarias para el cuidado de la población en las entidades clínicas y factores de riesgo de mayor carga de enfermedad. Lo opuesto a una variabilidad inadecuada es una estandarización. El liderazgo de parte del MSN en cabeza de su Dirección que aborda estas temáticas para esta estandarización fue notorio y consistente. En tres lustros logró consolidar una producción e implementación de GPC reconocida por su calidad y adaptación al marco local. Se requiere el seguimiento en el desarrollo de GPC y de las líneas de cuidado implementadas tendientes a llegar cada vez más cerca y de modo sostenido a quienes toman las decisiones en el equipo de salud de modo compartido con los pacientes para lograr el impacto esperado. En cuanto a la Tesis en sí misma, todo este caudal de análisis

resulta en elementos que reforzaron el concepto de que la evaluación es útil. La presente evaluación se apoyó en objetivos explícitos y realistas con el fin de que se pueda reconocer la información que se necesita y para qué. Se aplicaron criterios explícitos de calidad, se usaron métodos sistemáticos basados en criterios claros y con transparencia en el análisis. La amplia cobertura de fuentes, el registro de acciones e intervenciones contextualizadas, permitieron aproximar a los efectos y la magnitud de los mismos.

# Anexos

## Entrevistados:

### *Representantes del nivel central*

**Sebastián N. Laspiur.** Médico. Primer director de ENT 2009 - abril 2016. Consultor del programa VIGIA y Coordinador del programa de diabetes hasta 2029. Miembro del equipo elaborador de la GPC sobre diabetes con la Academia Nacional de Medicina de 2008. Actualmente Oficial Técnico Nacional para las Enfermedades no Transmisibles y Factores de Riesgo de OPS para Argentina.

Entrevista realizada el 27 de junio de 2023. Vía virtual por la plataforma zoom.us. Duración 51 minutos.

**Alejandra Alcuaz.** Médica. Especialista en Medicina Familiar (MSN), en Gestión en Salud (UNLA) y en Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UBA). Consultora técnica de la Dirección de ENT desde 2009 a la fecha. Encargada del área de servicios de salud en distintas etapas de la dirección. Prestadora del Sistema Nacional de Capacitación. Miembro de los equipos de GPC en ENT. Miembro de los equipos desarrolladores de guías breves.

Primera Entrevista realizada el 26 de julio de 2023, vía virtual por la plataforma zoom.us. Duración: 48 minutos. Sumó información adicional para análisis documental. Segunda entrevista realizada enero 2024, vía virtual por la plataforma zoom.us. Duración: 32 minutos.

**Alejandro Videla.** Médico clínico, especialista en medicina respiratoria. Consultor técnico del PNCT período 2007-2017. Coordinador del PNCT 2017 - 2018. Co-coordinador y Consultor metodológico de las GPC Nacionales de cesación tabáquica y de EPOC. Revisor externo GPC asma leve. Presidente AAMR período 2021-2022. Actual jefe de servicio de neumología del Hospital Universitario Austral. Entrevista realizada el 26 de agosto de 2023, vía virtual por la plataforma zoom.us. Duración: 23 minutos.

**Julieta Méndez.** Médica clínica. Coordinadora del Programa Nacional de Diabetes desde 2017 hasta la fecha. Realizó una maestría en efectividad clínica y la carrera de estadística para profesionales de la salud en la UBA. Coordinadora general de la GPC de diabetes tipo 2 y de la GPC de Complicaciones MV. Miembro del equipo de la guía breve de diabetes tipo 2 y principal desarrolladora de la vía clínica de diabetes tipo 2 (HEARTS-D). Entrevista realizada el 2 de septiembre de 2023. Presencial, grabada por la plataforma zoom.us. Duración: 53 minutos.

**Gabriel González.** Médico. Especialista en Medicina General. Inició en la Dirección de ECNT del MSN como uno de los coordinadores del área de revisión junto con Alejandra Alcuaz y en 2010 pasó a Coordinar el programa REDES hasta 2017. Director de Programas de la provincia de Buenos Aires (2017 a 2020).

Entrevista realizada el 10 de octubre de 2023, vía virtual por la plataforma zoom.us. Duración: 31 minutos.

### *Representantes de las jurisdicciones*

**Betina Forno.** Médica. Especialista en Medicina Familiar y General. Residencia en el Hospital Nacional “Baldomero Sommer”. Se desempeñó en el primer nivel de atención en el Conurbano. Durante Tres años fue directora de un CENTRO Integrador Comunitario (CIC) en el municipio de Moreno centro de derivación de ENCT. Consultora del PNCT 2017-2019. Jefa del Programa Salud del Adulto desde 2016 hasta la fecha, basado en líneas de cuidado con fortalecimiento territorial. Entrevista realizada el 15 de agosto de 2023, vía virtual por la plataforma zoom.us. Duración: 38 minutos. Sumó información adicional para análisis documental.

**Jonatan Konfino.** Médico especialista universitario en medicina interna. Doctor en Medicina (UBA). Magister en Efectividad Clínica de la UBA. Coordinó los Programas Nacionales de Control de Tabaco, Argentina Saludable y fue Director Nacional de Prevención de Enfermedades y Riesgos, del MSN. Trabajó en el fortalecimiento del primer nivel de atención en el Municipio de Almirante Brown como director de planificación, programas y promoción de salud. En el periodo diciembre de 2019 a diciembre de 2023 se desempeñó como Secretario de Salud del municipio de Quilmes. Actualmente se desempeña como Subsecretario de Políticas de Cuidados en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Entrevista realizada el 26 de enero de 2024, vía virtual por la plataforma zoom.us. Duración: 35 minutos.

# Referencias

1. Pretti G, Roncarolo F, Bonfanti M, et al. [Survey among GP's about their smoking habits, opinions and behaviors in smoking prevention in Lombardy (Northern Italy)]. *Epidemiol Prev* 2006;30:343-7.
2. Ministerio de Salud de la Nación. Coberturas de Salud en Argentina 2022. Disponible en [bancos.salud.org.ar](https://bancos.salud.org.ar), acceso junio 2023.
3. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*;111(6),dic 1991.
4. Arriaga EE, Davis K. The pattern of mortality change in Latin America. *Demography* 1969;6:223-42.
5. McKeown RE. The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics. *American journal of lifestyle medicine* 2009;3:19s-26s.
6. Ministerio de Salud de la Nación. Estrategia Nacional para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. Buenos Aires, Argentina; 2009.
7. Franco R, Cohen E. El lenguaje de los proyectos. *Evaluación de proyectos sociales*. México: Siglo XXI 1992:88-93.
8. Densen P. Challenges and opportunities facing medical education. *Transactions of the American Clinical and Climatological Association* 2011;122:48-58.
9. Greenhalgh Trisha. *Cómo leer un artículo científico: guía básica de medicina basada en las evidencias*. 1ra. ed. Buenos Aires: Volpe/Fox; 2005.
10. Holger Schünemann, Jan Brožek, Gordon Guyatt, Andrew Oxman. *Manual GRADE: Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*. Bogotá D.C., Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 2017.
11. Ministerio de Salud de la Nación. Definiciones de Estandarización de Procesos Asistenciales. *Boletín Oficial* 05/10/2017. N° EX-2017-06944991-APN-DNRSCSS#MS; 2017.
12. Organización Panamericana de la Salud. *Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2018.
13. Laspiur S, González G. *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Modelo MAPEC*. Buenos Aires, Argentina; 2016.
14. Fontanarosa P, Bauchner H. Conflict of Interest and Medical Journals. *JAMA* 2017;317:1768-71.
15. Farhud DD, Zokaei S. Conflict of Interest in Medicine and Health. *Iranian journal of public health* 2022;51:i-ii.
16. Hernández Daniel. *La política como producción (Ficha técnica)*. UNSAM, Buenos Aires; 2018.
17. Calazans JA, Queiroz BL. The adult mortality profile by cause of death in 10 Latin American countries (2000–2016). *Rev Panam Salud Publica* 2020;44.
18. Organización Panamericana de la Salud. *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington DC; 2014.
19. Organización Mundial de la Salud. *Enfermedades no transmisibles: datos y cifras 2022*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Acceso mayo 2023).
20. Droper J, Schluger NW, Cahn Z, et al. *The Tobacco Atlas*. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies; 2018.
21. Organización Panamericana de la Salud. *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas*. Washington, DC: OPS; 2013.

22. Organización Mundial de la Salud. Agenda de salud sostenible para las Américas. Objetivo 9: Enfermedades no transmisibles. <https://www.paho.org/es/assa2030-objetivo-9#:~:text=El%20prop%C3%B3sito%20de%20este%20objetivo,la%20violencia%20y%20los%20traumatismos>. (Acceso diciembre 2022).
23. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles. Nueva York, EE.UU.; 2011.
24. Ministerio de Salud de la Nación. Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 2018. Buenos Aires, Argentina; 2019.
25. Organización Panamericana de la Salud. HEARTS en las Américas: Compendio de herramientas clínicas esenciales 2023. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/106652/59240/OPSNMHNV240002\\_spapdf?sequence=5&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/106652/59240/OPSNMHNV240002_spapdf?sequence=5&isAllowed=y) 2024.
26. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet* 2021;398:957-80.
27. Khan MAB, Hashim MJ, King JK, Govender RD, Mustafa H, Al Kaabi J. Epidemiology of Type 2 Diabetes - Global Burden of Disease and Forecasted Trends. *Journal of epidemiology and global health* 2020;10:107-11.
28. Frenk J, Frejka T, Bobadilla JL, et al. La transición epidemiológica en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)* 1991;111.
29. Míguez H. Resumen de la Encuesta Epidemiológica sobre Prevalencia de Consumo de sustancias psicoactivas en Argentina: Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR); 1999.
30. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective clinical practice: ECP* 1998;1:2-4.
31. Bonomi AE, Wagner EH, Glasgow RE, VonKorff M. Assessment of Chronic Illness Care (ACIC): A Practical Tool to Measure Quality Improvement. *Health Services Research* 2002;37:791-820.
32. Lagos ME, Salazar A, Luengo LH. Evaluación de la atención a usuarios con enfermedad crónica cardiovascular en Centros de Salud Familiar. *Revista chilena de cardiología* 2016;35:99-108.
33. The Royal Society in Medicine Press. Getting evidence into practice. *Effective Health Care* 1999;5.
34. AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality & safety in health care* 2003;12:18-23.
35. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Cmaj* 2010;182:E839-42.
36. Brouwers M, Spithoff K, Kerkvliet K, Alonso-Coello P, et al. Development and Validation of a Tool to Assess the Quality of Clinical Practice Guideline Recommendations. *JAMA Network Open* 2020;3:e205535-e.
37. Shiffman RN, Dixon J, Brandt C, et al. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC medical informatics and decision making* 2005;5:1-8.
38. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades cardiovasculares: guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular en las Américas 2008. Disponible en <https://iris.who.int/handle/10665/43847>.
39. Alejandro Macchia, Vilda Disciaciati, Ana Tambussi, Hernán Doval, grupo GESICA: Grupo de Estudio e Investigación Clínica en Argentina. Primer informe de avance: Evaluación de barreras para la implementación de la Guía de Prevención Cardiovascular de la OMS en Argentina. Buenos Aires, Argentina; 2009.

40. Videla AJ, Verra FB, Zabert GE, et al. Smoking prevalence among hospital-based physicians in Argentina: FU.M.A.H.B.A. study. American Thoracic Society Conference; 2007.
41. Laura E, Cerella C, Regueira G, Serralunga G, Yañez L, Pistonesi S. Las visitas breves a los médicos en sus consultorios son efectivas para modificar actitudes con sus pacientes fumadores. Asociación Argentina de Prevención y Educación del Cáncer. Buenos Aires; 2002.
42. Zabert G, Verra F. FUMAr: Fumar en universitarios de medicina de Argentina. Presented at 32 Congreso Asociación Argentina de Medicina Respiratoria IV Congreso Asociación Latino-Americana del Tórax. Buenos Aires, Argentina; 2004.
43. Ministerio de Salud de la Nación. Acciones Municipales de Promoción. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles. Componente: Promoción de la Salud. Buenos Aires, Argentina; 2013.
44. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Buenos Aires, Argentina; 2005.
45. Academia Nacional de Medicina, y Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 para el Primer Nivel de Atención. Buenos Aires, Argentina; 2008.
46. World Health Organization. Prevention of cardiovascular disease: guidelines for assessment and management of total cardiovascular risk. World Health Organization; 2007. Available <https://iris.who.int/handle/10665/43685>. Acceso enero 2024.
47. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Buenos Aires, Argentina; 2011.
48. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. Buenos Aires, Argentina; 2013.
49. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Buenos Aires, Argentina; 2015.
50. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. Buenos Aires, Argentina; 2019.
51. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Buenos Aires, Argentina; 2019.
52. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional para la Reperusión del Infarto Agudo de Miocardio. Buenos Aires, Argentina; 2020.
53. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Buenos Aires, Argentina; 2020.
54. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Prevención y Tratamiento de Complicaciones Microvasculares de la Diabetes Mellitus. Buenos Aires, Argentina; 2021.
55. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Prevención Cardiovascular. Buenos Aires, Argentina; 2021.
56. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Tratamiento del Asma Leve en Personas Adultas, 2022. Buenos Aires, Argentina; 2022.
57. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Manejo de la Enfermedad Renal Crónica en el Primer Nivel de Atención. Buenos Aires, Argentina; 2022.
58. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Intervención Breve para Reducir el Consumo de Alcohol. Buenos Aires, Argentina; 2022.
59. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. Buenos Aires, Argentina; 2023.
60. Ministerio de Salud de la Nación y, Academia Nacional de Medicina. Guía para la Adaptación de Guías de Práctica Clínica. Buenos Aires, Argentina; 2007.
61. Ministerio de Salud de la Nación. Guía para el desarrollo de Guías de Práctica Clínica. Buenos Aires, Argentina; 2019.

62. Ministerio de Salud de la Nación. Evaluar para seguir adelante: Resultados del Programa Redes. Buenos Aires, Argentina; 2017.
63. Ministerio de Salud de la Nación. Proyecto de Protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles. Préstamo BIRF Nro 8.508. Manual operativo. Buenos Aires, Argentina; 2018.
64. Hernández Daniel. Revisando el concepto de producción pública. Buenos Aires 2019.
65. Secretaría de Gestión y Empleo Público de Argentina. Guía de planificación y seguimiento de gestión de políticas públicas. Buenos Aires, Argentina; 2020.
66. Nirenberg O, Brawerman J, Violeta Ruiz. El diseño de un modelo evaluativo. Evaluar para la transformación Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales. Ed. Paidós, Buenos Aires 2005.
67. Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales y la Evaluación. Teoría del cambio y construcción de indicadores. [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/iii\\_evaluacion\\_de\\_programas\\_sociales\\_teoria\\_de\\_l\\_cambio\\_e\\_indicadores\\_0.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/iii_evaluacion_de_programas_sociales_teoria_de_l_cambio_e_indicadores_0.pdf).
68. Sanderson I. Getting Evidence into Practice: Perspectives on Rationality. Evaluation 2004;10:366-79.
69. Cranney M, Barton S, Walley T. Addressing barriers to change: an RCT of practice-based education to improve the management of hypertension in the elderly. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners 1999;49:522-6.
70. Fretheim A, Oxman AD, Flottorp S. Improving prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs: a method for identifying and addressing barriers to change. BMC Health Serv Res 2004;4:23.
71. Lemelin J, Hogg W, Baskerville N. Evidence to action: a tailored multifaceted approach to changing family physician practice patterns and improving preventive care. Cmaj 2001;164:757-63.
72. Wensing M, van der Weijden T, Grol R. Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners 1998;48:991-7.
73. Thomson O'Brien MA, Oxman AD, Davis DA, Haynes RB, Freemantle N, Harvey EL. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2000:Cd000409.
74. Campbell NRC, Paccot Burnens M, Whelton PK, et al. 2021 World Health Organization guideline on pharmacological treatment of hypertension: Policy implications for the region of the Americas. Published online 4 March 2022 May 2022.
75. Fischer F, Lange K, Klose K, Greiner W, Kraemer A. Barriers and Strategies in Guideline Implementation-A Scoping Review. Healthcare (Basel, Switzerland) 2016;4.
76. Chan WV, Pearson TA, Bennett GC, et al. ACC/AHA Special Report: Clinical Practice Guideline Implementation Strategies: A Summary of Systematic Reviews by the NHLBI Implementation Science Work Group: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2017;69:1076-92.
77. Duarte A, Torres Amaya AM, Velez M, Suárez-Obando F, y col. Implementation manual for evidence-based clinical practice guidelines in health services provider institutions in Colombia. Bogotá, Colombia; 2014.
78. Goorts K, Dizon J, Milanese S. The effectiveness of implementation strategies for promoting evidence informed interventions in allied healthcare: a systematic review. BMC Health Serv Res 2021;21:241.
79. Solberg LI. Guideline implementation: what the literature doesn't tell us. The Joint Commission journal on quality improvement 2000;26:525-37.
80. Van de Velde S, Kunnamo I, Roshanov P, et al. The GUIDES checklist: development of a tool to improve the successful use of guideline-based computerised clinical decision support. Implementation science : IS 2018;13:86.

81. Ministerio de Salud de la Nación. Estrategias de microgestión: acompañando a los equipos de salud. REDES. Buenos Aires, Argentina; 2016.
82. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Celíaca en el Primer Nivel de Atención. Buenos Aires, Argentina; 2007.
83. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica sobre Prevención y Detección Precoz de la Enfermedad Renal Crónica en Adultos en el Primer Nivel de Atención. Buenos Aires, Argentina; 2010.
84. Nasa P, Jain R, Juneja D. Delphi methodology in healthcare research: How to decide its appropriateness. World journal of methodology 2021;11:116-29.
85. Ministerio de Salud de la Nación. Manual director de actividad física y salud de la República Argentina. Versión preliminar en proceso de actualización (año 2016). Buenos Aires, Argentina; 2013.
86. Ministerio de Salud de la Nación. Manual para la aplicación de las guías alimentarias para la población argentina. Cómo, por qué y para qué comer saludable. Propuestas y estrategias educativas para lograrlo. Buenos Aires, Argentina; 2018.
87. Ministerio de Salud de la Nación. Documento de consenso sobre Enfermedad Celíaca Buenos Aires, Argentina; 2017.
88. Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo de orientación para el diagnóstico y manejo del asma en adultos. Buenos Aires, Argentina; 2016.
89. Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo de manejo inicial del ataque cerebrovascular (ACV) isquémico agudo. Buenos Aires, Argentina; 2015.
90. Ministerio de Salud de la Nación. Diagnóstico de diabetes gestacional: Puntos de corte. Protocolo nacional basado en evidencia. Buenos Aires, Argentina; 2023.
91. Ministerio de Salud de la Nación. Covid-19: Orientación al equipo de salud para la protección de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Buenos Aires, Argentina; 2020.
92. Ministerio de Salud de la Nación. Pautas para la prevención y el abordaje del pie diabético. Buenos Aires, Argentina; 2021.
93. Ministerio de Salud de la Nación. Insulinización Oportuna en el Primer Nivel de Atención. Buenos Aires, Argentina; 2017.
94. Dirección de Medicamentos Esenciales Insumos y Tecnologías Programa Nacional Remediar. Informe de Gestión 2022. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022.
95. Casetta B, Alcuaz A, Videla AJ, Calabrese C. Diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Guía de lectura rápida: Recomendaciones provenientes de la GPC Nacional del Ministerio de Salud de la Nación. Buenos Aires, Argentina; 2017.
96. Casetta B, Videla AJ. ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con enfermedad oncológica? Guía de lectura rápida para el equipo de salud: Ministerio de Salud de la Nación; 2017.
97. Casetta B, Videla AJ. ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) +? Guía de lectura rápida para el equipo de salud: Ministerio de Salud de la Nación; 2017.
98. Casetta B, Videla AJ. ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con padecimientos mentales? Guía de lectura rápida para el equipo de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2017.
99. Casetta B, Alcuaz MA. ¿Cómo ayudar a la mujer embarazada a dejar de fumar durante el embarazo y lactancia? Guía de lectura rápida para el equipo de salud: Ministerio de Salud de la Nación; 2017.
100. Videla AJ, Casetta B. ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)? Guía de lectura rápida para el equipo de salud: Ministerio de Salud de la Nación; 2017.
101. Casetta B, Videla AJ. ¿Cómo ayudar a dejar de fumar a la persona internada? Guía de lectura rápida para el equipo de salud: Ministerio de Salud de la Nación; 2017.
102. Casetta B, Videla AJ. Cigarrillo electrónico. Guía de lectura rápida para el equipo de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2017.

103. Casetta B, y colaboradores. Guía Nacional de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco 2011. Versión breve 2014. Ministerio de Salud de la Nación; 2014.
104. Vidal M, Alcuaz M, Méndez J, Poggio L, Casetta B, Medvetzky L. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2). Versión breve para el equipo de salud. Buenos Aires, Argentina; 2020.
105. Casetta B, Alcuaz A, Bertarini F, Rosende A. Guía de Práctica Clínica (GPC) Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial 2019. Versión breve para el equipo de salud Buenos Aires, Argentina; 2020.
106. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Abordaje Integral de la Obesidad en personas adultas: Versión breve para el equipo de salud. Buenos Aires, Argentina; 2023.
107. Ridao M, Pighin R, Adissi G, Pou A. Evaluación de procesos desencadenados por el Curso MAPEC: nuevas prácticas en prevención de enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. REDES; 2017.
108. Ministerio de Salud de la Nación. Taller de Implementación de Guías de Práctica Clínica de DMT2 y RCVG. Guía para Capacitadores: Documento de trabajo. Chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgiclfefindmkaj/ Acceso diciembre 2023. [https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000610cnt-2015-02\\_igpc\\_manual-para-capacitador.pdf](https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000610cnt-2015-02_igpc_manual-para-capacitador.pdf)
109. Ministerio de Salud de la Nación. Programa REDES. Abordaje Integral del Tabaquismo. Buenos Aires. 2016.
110. Casetta B, Videla AJ, Samaniego C, Morello P, Rolla M. Manual de capacitación para el tratamiento del tabaquismo. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2007.
111. Casetta B, Videla AJ, Valverde C, Zarza L. Manual de Autoayuda para Dejar de Fumar. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2017.
112. Ministerio de Salud de la Nación. Técnica sobre el uso del monofilamento de 10 gramos para la evaluación de la sensibilidad de los pies. Buenos Aires, Argentina; 2022.
113. Ministerio de Salud de la Nación. Cuidado de la salud bucodental en personas con diabetes mellitus. <https://bancos.salud.gob.ar/2021>.
114. Secretaría de Gobierno de Salud. Informe de gestión 2019: Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, Argentina; 2019.
115. Ministerio de Salud de la Nación. Manual para el Cuidado Integral de Personas Adultas en el Primer Nivel de Atención. Buenos Aires, Argentina; 2015.
116. Ministerio de Salud de la Nación. REDES, otra manera de pensar la salud de procesos a resultados. Nro. 3. Anuario 2015. Buenos Aires, Argentina; 2016.
117. Ministerio de Salud de la Nación. Monitoreo de procesos de redes integradas de servicios de salud: resultados del relevamiento de medio término. Buenos Aires, Argentina; 2021.
118. Ministerio de Salud de la Nación. Evaluar para seguir adelante: Resultados del Programa Redes. Buenos Aires, Argentina; 2016.
119. Ministerio de Salud de la Nación. Proyecto de Protección de la población vulnerable contra las enfermedades crónicas no transmisibles. Informe ejecutivo. 2015. Disponible en [bancos.salud.gob.ar](http://bancos.salud.gob.ar).
120. Ministerio de Salud de la Nación. PROGRAMA SUMAR. Manual y Reglamento Operativo Específico (MyROE). IF-2023-117879422-APN-DTFP#MS; 2023.
121. Ministerio de Salud de la Nación. Informe de Implementación de la línea de cuidado de Diabetes tipo 2. Información preliminar del año 2019 y 2020. Programa SUMAR. Buenos Aires, Argentina; 2021.
122. Ministerio de Salud de la Nación. Plan de Servicios de Salud, Programa SUMAR. 2021. Disponible en [bancos.salud.gob.ar](http://bancos.salud.gob.ar).
123. Rodríguez G, Rosende A, Prado C, et al. Implementation of the HEARTS Initiative in Argentina: initial results. Rev Panam Salud Publica 2022;46:e181.

124. Ministerio de Salud de la Nación. Plan Nacional de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial. Adherido a la Iniciativa Hearts de OPS/OMS. Buenos Aires, Argentina; 2023.
125. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005. Buenos Aires, Argentina; 2005.
126. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Mundial de Salud Escolar: resultados 2007. Buenos Aires, Argentina; 2008.
127. Dirección de Promoción y Protección de la Salud. Evaluación de intervenciones de control de tabaco utilizando la encuesta mundial de tabaquismo en jóvenes. Boletín de vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo Nro. 1. Buenos Aires, Argentina; 2010.
128. Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Mundial de Tabaquismo en Adolescentes en Argentina. Resultados 2007 y comparación con encuestas previas. Buenos Aires, Argentina; 2009.
129. Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. Hacia la Salud Basada en Valor en Latinoamérica. Reporte de Mejores Prácticas y Guías de Implementación. Buenos Aires, Argentina; 2021.
130. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Las Enfermedades No Transmisibles y Los Derechos Humanos en Las Américas. Relatoría Especial sobre Derechos Económicos Sociales Culturales y Ambientales REDESCA. 2023. Disponible en [https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/2023/REDESCA\\_enfermedades\\_NoTransmisibles\\_DDHH\\_SPAPdf](https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/2023/REDESCA_enfermedades_NoTransmisibles_DDHH_SPAPdf) Acceso marzo 2024.