

PROPUESTA DE ESTRATEGIA PARA LA INSTALACIÓN DE TRANSFORMACIONES EN EL PROCESO DE TRABAJO DE LA SSP*

En términos de producción de salud, los sistemas más equitativos han sido más exitosos que aquellos que contaron con mayores presupuestos económicos. Se ha dicho que la inequidad enferma más que la pobreza, y la observación de los indicadores de salud de distintas sociedades en el mundo lo confirma. Es esta convicción la que sustenta la necesidad de direccionar hacia la equidad los objetivos de la gestión¹. Hacerlo implica dirigir las acciones de modo de garantizar para todos los ciudadanos que los servicios sean utilizados en relación directa con la necesidad. El desafío tal vez pueda resumirse en:

- ◆ conocer la distribución poblacional de la desigualdad en términos de las condiciones de vida y consecuente distribución de la enfermedad y la muerte, para, a su vez,
- ◆ comprometer a toda la red de servicios en la adecuación de los procesos de trabajo de modo de responder particularmente a esas heterogéneas necesidades.

En este proceso la estrategia de Atención Primaria de la Salud como opción política significa centrar la organización de los servicios en las necesidades poblacionales, lo que implica asegurar la participación popular y la de los trabajadores, la acción intersectorial, la tecnología apropiada, y, fundamentalmente, acercar lo máximo posible las decisiones al contexto en el que los problemas se sufren.

Entendemos que el Estado municipal puede operar en relación con estas garantías mediante la prestación directa de los servicios y por su rol de agenciar los derechos ciudadanos ante los demás responsables (Estado nacional, provincial, seguridad social, sector privado). Para asegurar el cumplimiento de estas funciones creemos necesario lograr:

- ◆ La explicitación pública (hacia los ciudadanos, los trabajadores de salud y las autoridades de otras jurisdicciones) de un contrato que asigne las responsabilidades expresadas en la Constitución en términos concretos.
- ◆ Que el primer nivel de contacto de la SSP con los ciudadanos pueda concretar los compromisos asumidos por el Estado Municipal a escala humana: en relaciones cara a cara construidas conjugando responsabilidad-autonomía-compromiso en un vínculo continuo entre los trabajadores de la salud y la población adscripta, entre equipos de trabajo y la comunidad..

El objetivo apunta a instalar un sistema de cuidados progresivos que garantice equidad en el acceso y la calidad de los servicios con la máxima eficiencia, asegurando que la promoción de la salud, la prevención, el cuidado, el tratamiento y la rehabilitación sean garantizados en función de la necesidad. A este fin la asignación territorial de responsabilidades estimulará el compromiso de los trabajadores, permitirá un monitoreo de los resultados que redundará en un control colectivo del desempeño y en la optimización de los recursos.

En este sentido se inscriben las siguientes iniciativas:

- ◆ Construcción de un modelo de gestión descentralizado, colegiado y participativo que construya autonomía con responsabilidad. (Ver documento previo: “Hacia un modelo de gestión en salud más descentralizado y participativo”).
- ◆ Adscripción de ciudadanos al sistema de salud municipal a través de equipos de referencia.
 - Adecuación del primer nivel de atención
 - Responsabilización territorial de los servicios de interconsulta e internación de la red municipal.

* Secretaría de Salud Pública Dirección General de Servicios de Salud – Mayo 2004

¹ Entendemos por equidad la utilización de los servicios en función directa de la necesidad.

- ◆ Sistema de información único de la red de servicios municipales de salud.

Adscripción de ciudadanos al sistema de salud pública municipal a través de equipos de referencia

Desde la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario se viene impulsando la construcción de una red de servicios basada en la solidaridad, la accesibilidad, la participación comunitaria y básicamente la justicia.

Actualmente, los equipos de atención primaria, la interconsulta, la internación en diferentes complejidades, la internación domiciliaria, la rehabilitación, están presentes en la oferta de servicios desde lo estructural y lo normativo. Dirigir la mirada al modo en que esta oferta es utilizada por la población en función de sus heterogéneas necesidades instalará un desafío en la red de servicios que sólo podrá asumirse en la medida en que trabajadores de la salud y usuarios de los servicios se constituyan como sujetos. Es necesario pensar dispositivos de práctica que conjuguen autonomía y responsabilidad, y que permitan a los trabajadores apropiarse y dar cuenta del resultado de su trabajo.

Ahora bien, ¿cuál es objetivo del trabajo de la SSP?, ¿qué valores lo sustentan? Resulta imprescindible explicitar estos valores y discutir su prioridad relativa a fin de construir los criterios con los que trascender contradicciones. La equidad y la eficiencia son valores que sustentan el sistema, tal vez ya sin discusión; pero pueden a veces entrar en conflicto entre sí; la opción por la equidad como prioritaria, da cuenta de un posicionamiento político que construye su noción de eficiencia a partir de un concepto de eficacia social que trasciende el reduccionismo biologicista del neoliberalismo. En este marco, la estrategia de Atención Primaria de la Salud supone la construcción de un modelo de atención que fundamentalmente implique enfocar la cuestión social desde la óptica de los derechos sociales y la justicia y no como una ciudadanía asistida.²

De tal manera, la estrategia de Atención Primaria de la Salud no quedaría reducida a una dimensión puramente economicista sino principalmente a la profundización de los ideales democráticos en el campo de la salud como la promoción de relaciones de reciprocidad entre los equipos de salud y los ciudadanos o la enseñanza de los derechos y los deberes correlativos.

La salud, pensada como una responsabilidad pública compartida, en lugar de plantear la atrofia del sistema de servicios de APS, ofrece la posibilidad de construir una salud solidaria en términos de expansión de los derechos y responsabilidades correlativas al ejercicio de la ciudadanía. Entonces no sería salud sólo para pobres aunque priorice la instalación de los servicios de atención primaria en las zonas más desfavorecidas de la ciudad. Se busca salud para el conjunto de la población a partir de la garantía de derechos como parte de una responsabilidad pública común.

Así planteada, la estrategia de Atención Primaria de la Salud es a la política social municipal en su conjunto una opción de valores en los que la ciudadanía de derechos y responsabilidades es el concepto puente entre el individuo, el Estado y la sociedad como pertenencia común.

Si se ve la política de salud como una política de construcción de sociedad y sobre todo de una sociedad más justa, los cambios de perspectiva deben comenzar por los ejecutores de las políticas de salud: los servicios mismos, los equipos.

² Tal vez huelgue aclarar que la referencia a la asistencia no cuestiona su calidad sino su estatuto, porque se la entiende como derecho.

Así como es el nivel local del Estado el que generalmente debe asumir directamente las responsabilidades de gestionar aquellos problemas que suelen ser objeto de las reivindicaciones y los reclamos populares, está claro que sólo desde ese nivel pueden operarse las transformaciones culturales propuestas para el área de la salud pública. (J. Borja).

Los principales problemas que desde esa óptica se ve obligada a abordar la gestión municipal tienen que ver con la disponibilidad de recursos económicos ante las exigencias de modernización, la demanda creciente a expensas del desempleo, la ocupación “en negro” o la cobertura insuficiente del sector de seguridad social, la formación biológica de los profesionales y su frecuente situación de pluriempleo y remuneración inadecuada que además de disminuir el compromiso, dificultan la democratización de las instituciones.

Si el objetivo de la política de salud es la salud como bienestar del conjunto de la sociedad, el equipo de salud y su práctica profesional deberán estar mucho más comprometidos con un proyecto compartido de carácter público que implique la equidad. (G.W.de Souza Campos). Si el equipo comprende que la sociedad también enferma a las personas tratará que su trabajo sea sinérgico con un proyecto social más amplio basado en la justicia. Compartirá el deseo de una sociedad con una salud solidaria en el contexto de una cultura solidaria. Si se alcanza a considerar la “otredad” como prolongación del sí mismo, allí se observarán las ventajas de cooperar, del trabajo en equipo, del trabajo interdisciplinario y fundamentalmente de la construcción de nuevos vínculos entre los usuarios de los servicios de salud y los profesionales.

Sobre estas bases conceptuales la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario se propone redefinir la estrategia de APS sobre un “modelo” que parte de la idea de que para toda intervención sanitaria el ser humano debe ser mucho más que el diagnóstico que lo clasifica y por ese motivo el proceso terapéutico eficaz debe ser capaz de incidir en su condición de sujeto. Como los resultados dependerán mucho del compromiso del propio sujeto con su proyecto terapéutico, el nuevo modelo de Atención Primaria de la salud trataría de ofrecer en el nivel más cercano al domicilio del sujeto una “clínica ampliada” que abordara todas sus dimensiones como sujeto: sujeto social, sujeto subjetivo, sujeto biológico.(G.W. de Souza Campos)

Si bien no puede desconocerse el avance que significó para la SSP la creación de la Dirección de Atención Primaria en tanto permitió instalar y jerarquizar las prácticas en salud en el contexto comunitario, integrarlas a procesos participativos y centrarlas en una preocupación por la equidad que se basara en la realidad epidemiológica, es momento de reconocer que es imprescindible trascender la limitación que concebir la Atención Primaria como una repartición en el organigrama lleva implícita. Si, en su lugar, la Atención Primaria de la Salud es concebida como la estrategia de la red de servicios, son las necesidades poblacionales las que organizan el proceso de trabajo en todos los efectores, y el primer nivel de atención tiene el rol fundamental de transmitir al resto de la red el conocimiento acerca de estas necesidades, para lo cual se requiere garantizarle capacidad de gestión del proceso integral de trabajo, mucho más allá de las posibilidades del primer nivel.

Esta reforma del modelo de atención propone básicamente la institución de nuevos patrones de relación con los sujetos o sea un nuevo sistema de referencia entre la red de atención y el ciudadano.

Se tratará de alcanzar un modelo singularizado, personalizado, en el que cada equipo de técnicos tenga una población adscripta en forma más o menos fija de manera de potencializar el papel terapéutico de una dialéctica del vínculo trabajada en función de producir autonomía y responsabilidad tanto en los terapeutas como en la comunidad, facilitando el seguimiento del proceso por el equipo profesional y el compromiso de ambos con

los resultados. Este nuevo modelo achicaría la distancia hoy abismal entre el poder de los técnicos y el de los demás ciudadanos y a la vez se constituiría en instrumento de eficiencia en tanto comprometería a los equipos de trabajadores con una evaluación singularizada del resultado de sus prácticas en términos de población.

OBJETIVOS GENERALES

Se pretende partir de un análisis inicial centrado en la población, definiendo para cada área territorial el modo en que las desigualdades se distribuyen para instituir con todos los ciudadanos un sistema de relación con los servicios de salud pública que garantice la equidad.

La adscripción de pacientes a equipos de referencia, es asumida en nuestro modelo como un contrato entre el Estado y los ciudadanos que se suscribe a través de los trabajadores de la salud, de modo que cada equipo de referencia, constituido por un médico y un enfermero, asume en relación con su población adscripta la responsabilidad por el cuidado de la salud, y actúa como su agente en la red de servicios, a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales efectivos.

Garantizar la equidad requiere de estrategias específicas, de modo que el proceso de adscripción debe estar dándose simultáneamente con dispositivos de admisión. Los equipos de salud territoriales deben construir conocimiento acerca de la distribución de la desigualdad en el espacio social en el que trabajan, conocer cómo viven, enferman y mueren los distintos grupos sociales en ese territorio, y cómo se agrupan espacialmente esas diferencias. Del mismo modo, conocer cómo utilizan estos grupos los servicios, qué capacidades tienen para demandar, y cómo adecuar nuestra oferta a esa capacidad de demanda. En este sentido, podríamos distinguir distintas modalidades de relación de los ciudadanos con los servicios:

- **aquellos que demandan espontáneamente:** no siempre lo que se explicita en la demanda es lo más interesante que el servicio puede ofrecer, se trata entonces de tomar esta demanda para construir una respuesta integral en lo singular y en lo familiar. De este modo, ante la demanda de un integrante de un núcleo familiar se indagará sobre el resto de los integrantes (ver Fundamentos para la implementación de la Historia Clínica Familiar en Atención Primaria) y se ofrecerá la adscripción al conjunto de ellos , al mismo equipo de referencia o a el/los que se consideren más adecuados.
- **Aquellos que sólo demandan en situaciones percibidas como urgentes:** las condiciones de vida que determinan mayores necesidades de la asistencia sanitaria, mayor morbimortalidad y mayores posibilidades de obtener rédito de las intervenciones preventivas (controles de embarazo, tamizajes de pruebas de Papanicolau, etc) son también las que determinan mayores dificultades en articular demandas a los servicios. Aquello que será redituable en un futuro se posterga en función de la urgencia de la supervivencia. Son por lo tanto los sectores más necesitados los que sólo consultarán en situaciones que vivan como amenazantes a su supervivencia inmediata, ante situaciones que vivan como urgentes. Será vital dotar a los servicios barriales de dispositivos de atención de la urgencia percibida que permitan utilizar privilegiadamente estas demandas para inscribirlas en el proceso de atención. Del mismo modo, será esencial dotar a los servicios de urgencias, en particular al SIES y a las guardias hospitalarias, de dispositivos que permitan utilizar esta demanda como punto de partida de un proceso de adscripción efectivo; hablamos de estrategias que reduzcan al mínimo las barreras de todo orden que se interponen entre estos pacientes y sus familias y los equipos de referencia más cercanos a sus domicilios.
- **aquellos que no consultan :** existen individuos, familias y grupos sociales tan excluidos del tejido social que han perdido toda capacidad de demanda, o al menos , de demandar efectivamente en el marco de las actuales condiciones. Estos grupos requieren de un

trabajo colectivo dirigido al cambio de esas condiciones que excede al sector salud pero lo incluye, y que incluso excede al estado pero lo incluye como máximo responsable. Para que el trabajo con estos grupos sea efectivo, los problemas y los recursos deben ser analizados en el marco de procesos participativos de planificación local, que diseñen estrategias de discriminación positiva, búsqueda, adscripción en domicilios, pero que simultánea y fundamentalmente tiendan a modificar las condiciones que limitan el ejercicio de la ciudadanía para esos grupos, reconstruyendo vínculos sociales.

El compromiso con la población que asume un equipo de referencia es hecho en nombre del conjunto de los recursos de la red de servicios. Esta red, entonces, a su vez, asume compromisos ineludibles con cada uno de los equipos de referencia. Entendemos por rol de agente por parte de los equipos de referencia la capacidad de movilizar recursos disponibles en toda la red de servicios, más allá de aquéllos de los que disponga el equipo local, en el diseño y la implementación de los proyectos terapéuticos que se consideren adecuados para cada sujeto, en función de sus problemas. Hablamos de interconsultas, tecnología, internaciones, en suma, de todo aquello que se necesite y pueda disponerse en la red.

Se pretende así:

- ◆ Contraponer a los determinantes de la exclusión dispositivos que viabilicen la afiliación de los ciudadanos al estado de derecho.
- ◆ Propiciar la construcción de la noción de derecho a la salud y las condiciones efectivas y concretas para el ejercicio de ese derecho por parte de los ciudadanos.
- ◆ Comprometer a los trabajadores del primer nivel con una población definida, y con el resultado de sus prácticas en la salud de esa población.
- ◆ Comprometer a la red de servicios en responder a las necesidades de la población adscripta asegurando a los equipos de referencia los recursos tecnológicos y de apoyo necesarios para sostener los proyectos terapéuticos y de cuidado integrando todas las potencialidades de la red.
- ◆ Aumentar el control colectivo sobre la práctica.
- ◆ Propiciar la autonomía y la responsabilidad en trabajadores y demás ciudadanos.
- ◆ Optimizar el aprovechamiento de los recursos.

En suma se trata de descentrar los procesos de trabajo de la lógica de cada servicio para centrarlos en la población. Esto implica aumentar las responsabilidades pero también las capacidades de los equipos de referencia del primer nivel y sus posibilidades de gestionar (en el rol de agentes) las potencialidades de la red. La legitimación de este sistema en la red de salud pública municipal daría origen sin duda a transformaciones más globales en el modelo de atención de salud desde la producción de mayores coeficientes de autonomía en los sujetos-pacientes y el estímulo a la creatividad, el trabajo en equipo y el compromiso en los sujetos-profesionales.

De tal manera, el aporte del Proyecto a la estrategia de Atención Primaria de la Salud, más allá de los recursos dirigidos a la estructura de servicios como facilitador de las demás transformaciones, sería su contribución a profundizar los ideales democráticos en el campo de la salud, a promover relaciones de reciprocidad entre los equipos de salud y los ciudadanos, a enseñar los derechos y los deberes correlativos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ◆ Asignar por cada grupo de población sin cobertura en la seguridad social el recurso humano necesario en calidad y cantidad, atendiendo a prioridades establecidas por la necesidad.
- ◆ Asegurar las mejores condiciones de infraestructura que sea posible disponer, aprovechando los recursos existentes para garantizar las condiciones de sustento del vínculo a la vez que la resolutivez de los servicios ofrecidos y su distribución equitativa. De modo que la red pueda garantizar una respuesta homogénea en calidad y cantidad ante iguales necesidades.
 - ◆ Confeccionar un padrón único de usuarios del Sistema Municipal de Salud a los efectos de la planificación y distribución de los recursos en los diferentes niveles de la red, considerando indicadores standard de utilización de servicios. (Ej: hospitalizaciones por grupo etáreo, consumo de consultas especializadas por grupo etáreo, consumo de exámenes complementarios, medicamentos, etc).
- ◆ Que cada equipo de referencia, constituido por generalista , clínico o pediatra y enfermero asuma la responsabilidad en el cuidado de la salud de una población adscripta a los efectos de potenciar el vínculo como recurso terapéutico. El número de equipos y la constitución de los mismos deberá ser prevista en base a la población beneficiaria. Se piensa en un equipo mínimo de enfermero y médico generalista para una población de alrededor de mil adscriptos (dependiendo este número de la dedicación horaria de los profesionales, y las características poblacionales, constituyéndose la cifra de adscriptos en un dato valioso sólo en términos relativos).

Profesionales del resto de las disciplinas como tocoginecología, ginecología, psicología o trabajo social serán involucrados de manera transversal a demanda de los Equipos responsables. Constituirían así lo que llamaríamos “apoyo especializado matricial”.
- ◆ Optimizar el aprovechamiento del recurso humano especializado, los exámenes complementarios y hasta la internación mediante el acompañamiento de todo el proceso de salud-enfermedad-atención médica de un sujeto por el mismo equipo.
- ◆ Redefinir el sistema de información de la Secretaría de Salud Pública como un todo, simplificando las tareas de registro a nivel local, permitiendo la identificación de usuarios mediante una clave de ingreso única que apunte a la construcción de indicadores desde la misma fuente para cada nivel de gestión y permita los intercambios no sólo con otros efectores de salud, sino también con otros sectores como vivienda, promoción, trabajo, educación, etc. Será necesario producir datos orientados al seguimiento del proceso terapéutico individual y al monitoreo de resultados por profesional , equipo y población. Es decir, que para la redefinición del sistema de información tornándolo ágil, flexible y útil para la toma de decisiones, la información contenida y sistematizada por el mismo debe ser de base homogénea, a fin de evitar o minimizar la posibilidad de interpretación errónea o dudosa del resultado de los indicadores y debe permitir la comparabilidad entre distintos niveles jurisdiccionales así como entre diferentes efectores dentro de una misma jurisdicción. La informatización del nivel local permitirá que quien proporciona los datos pueda acceder a ellos en forma oportuna y también conectar informáticamente los servicios en el marco de un sistema único cuya clave de ingreso sea compatible también con la de otros sectores (número de documento nacional de identidad).
- ◆ Definir un área de responsabilidad por cada Centro de salud que minimice los riesgos de exclusión o sobreinclusión.
- ◆ Diseñar una oferta de servicios para el distrito centro y la población sin cobertura que excede las actuales áreas de influencia de los centros de salud, considerando a estos fines la

reformulación de los servicios ambulatorios de primer nivel actualmente disponibles en los hospitales.

- ◆ Redefinir la oferta de servicios de referencia, interconsulta e internación en función de una base poblacional con definición territorial que permita la construcción de un vínculo entre los servicios de interconsulta e internación y los equipos de referencia responsables del cuidado continuo de un grupo poblacional. En tal sentido, los primeros son concebidos como equipos de apoyo de los segundos. Del mismo modo, el apoyo de los equipos de referencia a los equipos que operan en la urgencia y en la internación permitirá potencializar los recursos de la red produciendo estrategias terapéuticas contextualizadas. En tanto los equipos de referencia adscriben población, los interconsultores especialistas adscribirían equipos de referencia. El vínculo estable entre un especialista y un grupo de equipos de referencia con población adscripta permitirá crear dispositivos más adecuados y versátiles para la resolución de problemas. Serán más evidentes regularidades en los problemas de los procesos terapéuticos que permitan intervenciones más efectivas en relación con nudos críticos más fácilmente identificables. El modo de responder a la interconsulta será entonces rediseñado en múltiples formas: se desplazará el paciente, o el equipo de referencia, o el interconsultor, según se acuerde sea lo más adecuado ante cada situación; se podrán articular espacios de educación permanente, de investigación, centrados en una realidad poblacional y protagonizados por un equipo que conjugue el saber específico con el saber en contexto.

Los servicios de internación podrán utilizar la longitudinalidad del cuidado como recurso en tanto el equipo de referencia sea incluido en la discusión del proyecto terapéutico desde el ingreso. El alta hospitalaria

será así siempre un punto crítico en la elaboración del proyecto terapéutico individual, y en todos los casos se elaborará con el equipo de referencia local, así como se diseñarán también las estrategias de apoyo matricial que el servicio de internación brindará al equipo de referencia en la post internación inmediata. A estos fines será esencial redefinir el proceso de trabajo clínico en la internación, garantizando a cada paciente internado un vínculo estable con un clínico y un enfermero de referencia, quienes serán los interlocutores del equipo de referencia local. Ésto necesariamente redefine el rol de los especialistas en la internación, profundizándolo en la interconsulta y la práctica específica en relación con un paciente cuya atención integral está asignada a un internista y un enfermero, a quien resignificaríamos como un especialista en cuidado, asignándole una responsabilidad más acorde con sus capacidades en función de un mayor protagonismo en las decisiones del proceso terapéutico. Se abren así muchas posibilidades para optimizar el tiempo de los especialistas en la red, en la profundización de sus saberes específicos y en la disponibilidad de ellos para el conjunto de equipos de referencia ambulatorios y de internación. La referencia territorial de equipos de internación domiciliaria completaría este tejido de vínculos entre equipos de trabajo comprometidos mutuamente y con la misma población. Este compromiso implica una red de responsabilidades y posibilidades de ajuste mutuo y evaluación objetivable en función de resultados en la población.

Metas

- ◆ Adscripción de aproximadamente 300 000 personas al sistema.
- ◆ Cumplimentar la atención integral y gratuita de todos los adscriptos.
- ◆ Creación de un centro de salud en el distrito centro y rediseño de la oferta ambulatoria de cada hospital de referencia zonal de modo de construir equipos de referencia que funcionen

adscribiendo población en un área de responsabilidad y utilizando las mismas herramientas y metodologías y circuitos de gestión que el resto de los equipos de atención primaria.

- ◆ Aumento de la capacidad resolutive de los centros de salud y atención domiciliaria en un 50%.
- ◆ Asignación de responsabilidades territoriales a los equipos de Internación Domiciliaria, de modo de construir un vínculo continuo con los equipos de referencia y la población adscripta que viabilice la construcción de proyectos terapéuticos adecuados al contexto de cada necesidad.
- ◆ Ídem especialistas ambulatorios de hospitales zonales, CEMA, HVJV y HECA.
- ◆ Utilización de indicadores con denominador poblacional en el monitoreo y la evaluación de las prácticas por parte de cada equipo de referencia, cada equipo de salud, cada distrito, cada servicio. Se proponen como básicos los siguientes numeradores: internaciones por grupo etéreo, interconsultas por especialidad y grupo etéreo, papanicolaus realizados, sujetos vacunados adecuadamente, mujeres en anticoncepción, senografías anuales en mujeres mayores de 41 años, embarazos controlados adecuadamente, etc.
- ◆ Análisis del proceso de atención de eventos cruciales (muertes infantiles y maternas, muertes potencialmente prevenibles) involucrando al equipo de referencia respectivo, junto con el resto de los actores intervinientes en el proceso de atención, de modo de identificar nudos críticos en los que valga la pena definir operaciones destinadas a cambiar los futuros dispositivos de práctica.
- ◆ Implementación del dispositivo de adscripción en toda la red de servicios. Esto implica que las personas que accedan a cualquier servicio de la red sin haber sido derivadas por un equipo de referencia sean direccionadas para su adscripción en el primer nivel (egresos hospitalarios, consultas a guardias, etc.).
- ◆ Unificación de normas de procedimientos, protocolos y criterios en toda la red, que se construyan en la lógica del seguimiento de problemas según son vividos por la población.
- ◆ Unificación de criterios de auditoría en todos los niveles de la red.
- ◆ Implementación del sistema único de información.
- ◆ Aplicación de criterios de eficiencia como costo/paciente, costo/patología, consumo de tecnología por paciente/patología, tasas de prescripción por equipo de referencia y tasas de utilización por población.
- ◆ Reducción de internaciones y complicaciones de pacientes afectados por problemas crónicos como hipertensión, síndrome convulsivo, asma bronquial, etc.

Grupos poblacionales objetivo:

Se trata de la población de ciudadanos de Rosario que no cuenta con cobertura en la seguridad social, sin distinción de edad, género ni etnia, atendiendo con la prioridad instalada en función de la necesidad, entendiendo ésta como una construcción compleja en la que la noción de vulnerabilidad contiene y excede a las condiciones objetivas de existencia, en tanto éstas se integran dialécticamente en el contexto cultural, social y político de cada grupo.

Se ha estimado la población beneficiaria en base al cálculo de personas nuevas atendidas por cada centro de salud en un total de 300 000, aunque en tanto se espera que el padrón de beneficiarios se construya a libre elección de los ciudadanos, en el marco de un proceso flexible y progresivo, sin presiones ni urgencias, se ha colocado la meta de captación de esa totalidad de personas en tres años a contar del lanzamiento del Proyecto.

Dificultades.

Condiciones inadecuadas de la infraestructura edilicia y de equipamiento tecnológico e informático de los centros de salud, que limitan la cobertura y la resolutiveidad del primer nivel de atención. (Si bien existen en la red municipal 40 centros de salud ubicados estratégicamente en los barrios más necesitados de la ciudad, la aparición de nuevos asentamientos irregulares originados en migraciones internas procedentes de provincias del Norte o Litoral del país y la creación de nuevos barrios de viviendas públicas en los que se han relocalizado familias que habitaban villas de emergencia, han conformado nuevas concentraciones para las que el acceso geográfico a los Centros de Salud existentes se dificulta sobremanera.

Por otra parte , los efectores existentes no siempre cumplen con las condiciones de adecuación funcional a la demanda pues se trata de edificios de varios años que se han visto superados en los últimos períodos por una demanda creciente a expensas del incremento de población sin cobertura de obra social.

También corresponde considerar , en el marco del presente Proyecto , la refuncionalización de las áreas de admisión de la mayoría de los Centros de Salud con previsión de espacio para la ubicación de los sistemas informáticos y del personal administrativo que desempeñe las tareas de identificación , ingreso y derivación en el sistema de referencia y contrarreferencia de los beneficiarios).

Trabajadores de salud con dedicaciones horarias mínimas y pluriempleo, condiciones que conspiran con el compromiso con la misión institucional.

Historia de organización de los servicios en función de la demanda espontánea , soslayando la visión de lo poblacional.

Desconocimiento por parte de trabajadores de salud y de la población del modelo de atención.

Coexistencia de servicios de atención de gestión provincial organizados en función de otro modelo.

Limitaciones en la calidad y cantidad de recursos humanos.

Escala: toda la ciudad

Evaluación y monitoreo: Partiendo de datos originados en fuentes comunes como la planilla diaria de consultorio externo y la historia clínica identificada por el número de documento del beneficiario, y a través del sistema informático dispuesto para todos los efectores de la red, deben poder obtenerse indicadores útiles para cada nivel de gestión que apunten a la evaluación de resultados por efector, por equipo y por beneficiario.

Además se entiende que es imprescindible contar con datos epidemiológicos particulares del área de responsabilidad de los Centros de Salud que sirvan de insumo para la programación local de actividades de promoción y prevención.

Por otra parte es necesario contar con una actualización de los datos sociodemográficos y con la opinión de los usuarios de manera sistemática para redefinir la asignación de recursos en forma acorde a las necesidades , por un lado y para evaluar el desempeño de los Equipos Responsables desde la óptica de aquellos ciudadanos con los que interactúan, por el otro.

Estos indicadores deberán ser definidos previo a la construcción del sistema de información y deberán surgir del consenso entre actores del nivel local como del central.

Por lo pronto se monitoreará en principio:

Número de adscriptos por equipo de referencia.

La proporción de interconsultores en centros de referencia (CEMAR, Hospitales) que actúan en relación con la población de un territorio definido.

Porcentaje de egresos hospitalarios referenciados a un equipo.

Porcentaje de pacientes que no pueden reconocer un equipo de referencia sobre el total de ingresos hospitalarios .

Porcentaje de individuos adecuadamente inmunizados sobre el total de población adscripta.

Porcentaje de papanicolaus realizados sobre el total de mujeres adscriptas entre 15 y 60 años en un año.

Los mismos indicadores por equipo de referencia.

Número de internaciones en menores de 5 años por población adscripta de esa edad por equipo de referencia.

Satisfacción de los usuarios con el proceso de atención en sus distintas etapas.

Grado de conocimiento por parte de los trabajadores de salud y de los adscriptos acerca de sus derechos .

Descentralización:

En tanto la asignación de responsabilidades responde a una población más o menos definida en términos territoriales, se constituye en una herramienta que hará más transparente y cercana a la escala barrial y distrital la evaluación y planificación participativa de políticas y procesos de gestión y atención.