RID REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL
UNIVERSIDAD ISALUD

BIBLIOTECA ISALUD
DR. NESTOR RODRIGUEZ CAMPOAMOR

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: Liliana Elizabeth Fishkel

PROYECTO DE FORTALECIMIENTO DE LAS REDES PÚBLICAS DE SALUD EN LA REGIÓN SANITARIA VI DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

2011

Citar como: Fishkel, L. E. (2011). Proyecto de fortalecimiento de las redes públicas de salud en la Región Sanitaria VI de la provincia de Buenos Aires. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

CC BY NC ND

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL (RID ISALUD)

BIBLIOTECA ISALUD
DR. NÉSTOR RODRÍGUEZ CAMPOAMOR
VENEZUELA 847, CABA.

UNIVERSIDAD ISALUD

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen/ Abstract.- Palabras-Clave.

1. Introducción

2. Planteamiento del Problema

3. Desarrollo

I -Organización del sistema de salud en la provincia de Buenos Aires y su impacto sobre el trabajo en RED

a. **Regionalización**
b. **El primer intento de articulación. El SAMO y la descentralización**[1]
c. **Gestión descentralizada de los hospitales**
d. **Integración de la regionalización y la descentralización hospitalaria y Primer Noción de RED**
e. **Disponibilidad de recursos físicos y humanos en el sistema de salud de la provincia de buenos aires**
f. **Gasto en Salud**

II- Caracterización de la Región elegida para la implementación del proyecto: Región Sanitaria VI

III- Enfoque de red aplicado a la Región Sanitaria VI

3.1. El Enfoque de Redes en la gestión de Servicios de Salud
3.2. Principales problemas identificados en la Red seleccionada

IV- Descripción del proyecto propuesto

4. Conclusiones:

5. Bibliografía

6.Anexos

Anexo I – Situación socio-sanitaria de la Provincia de Buenos Aires

Anexo II_Detalle del Diagnostico de Situación para detección del Problema

[1] En este acápite se hará referencia a la descentralización desde tres ópticas diferentes:
- como transferencia de hospitales de Nación a Provincia,
- como delegación en la conducción a nivel municipal del manejo directo de los establecimientos de menor complejidad
- como el proceso mediante el cual se le transfirió responsabilidades desde el nivel central provincial a los hospitales públicos provinciales.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4331 7766 Fax. 4331 0710 http://www.isalud.org

UNIVERSIDAD ISALUD

Resumen/Abstract.- Palabras-Clave.

1- Introducción.

El presente trabajo tiene como objetivo desarrollar un proyecto que tienda al fortalecimiento de las redes de salud del sector público en la Región Sanitaria VI de la provincia de Buenos Aires.

El desarrollo del problema está organizado en 4 capítulos, en el primero de ellos se hace una descripción del sistema de salud de la provincia de buenos aires, que muestra las principales dificultades (fragmentación de la cobertura y el acceso) relacionadas con el trabajo en RED, derivadas de las políticas de descentralización del sistema de salud a nivel nacional y municipal.

En este sentido se hará mención a las diferentes responsabilidades que tiene cada una de las jurisdicciones sobre los diferentes recursos que forman parte de la red. Principalmente la situación relacionada con los Recursos Humanos, Efectores según nivel de complejidad (Hospitales y CAPS).

En el capítulo 2 presentan las principales características de la Región seleccionada para el desarrollo de este proyecto, que da cuenta de las principales dimensiones sociales, económicas y de salud de la población que allí reside, que es la potencial beneficiaria del sistema público de salud.

En el capítulo 3 se hace mención a los principales aspectos teóricos vinculados al funcionamiento de una red pública de salud y se describen los principales problemas identificados en la Red de atención de la Región VI, a partir de un proceso de diagnóstico llevado a cabo por medio de encuestas a los secretarios de salud municipales y a los responsables de los principales efectores en cada uno de los municipios de la región. Para ello se considera las siguientes variables como las más importantes para el funcionamiento de una RED:

- Funcionamiento de los Mecanismos de Referencia y Contrareferencia.
- Procesos de nominalización y empadronamiento de la población de referencia.
- Procesos de comunicación.
- Capacitación de los recursos humanos integrantes de la red.
- Sistemas de información y turnos de la red.
- Modelo de organización y gestión dentro de la red.
- Procesos de atención en los efectores de la red.

Finalmente en el capítulo 4, se presenta un proyecto que tiene como finalidad resolver los problemas identificados en el diagnóstico. Para ello se proponen una serie de objetivos, componentes, productos, metas, actividades y presupuesto para el desarrollo de las mismas, a la vez que se presenta un plan de monitoreo y evaluación que permita medir el desempeño del proyecto.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autolizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 2452 1) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

2. Planteamiento del Problema

Problema:

Falta de sistematización metodológica del trabajo en RED en el Subsistema público de Salud de la Región VI.

Podemos traducir este problema como:

- Falta de coordinación, articulación entre niveles de atención, falla en la referencia, y más aún en la contra-referencia de pacientes.
- Disgregación por subsistemas y por niveles de atención. (modelos de atención Hospitalocéntricos).
- Modelo de gestión de pacientes parciales y desarticulados, falta de trabajo con población a cargo, referenciada, falta de trabajo en equipo.
- Capacidad resolutiva "real" de los niveles de atención, no corresponde a la capacidad resolutiva asignada. Además baja capacidad resolutiva periférica (del primer nivel).
- Falta de coordinación de servicios al interior de las instituciones públicas, entre el sector público y el privado.
- Falta de gestión de la calidad.
- Recursos escasos, exacerbados por problemas de ineficiencia y subejecución presupuestaria.(sobrecarga de programas verticales, con escaso poder de gestión por parte de los efectores)
- Falta de motivación y compromiso de los funcionarios del sistema (clima y cultura organizacional).

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Descripción del Problema:

Se realizó un diagnostico preliminar para la descripción de la problemática planteada en la región, que se presenta en el siguiente capitulo pero a modo de resumen pueden citarse los siguientes resultados:

-La deficiencia en los procesos de Referencia y Contrarreferencia.
-La deficiencia en los procesos de nominalización y empadronamiento de la población de referencia.
-La deficiencia en la comunicación.
-Capacitación de los recursos humanos integrantes de la red.
-La deficiencia en los sistemas de información y turnos de la red.
-La deficiencia en el modelo de organización y gestión dentro de la red.
-La deficiencia en los procesos de atención en los efectores de la red.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

UNIVERSIDAD ISALUD

OBJETIVO GENERAL del trabajo:

Identificado el problema mencionado anteriormente, el presente trabajo tiene como objetivo, formular un proyecto que contribuya al fortalecimiento de las redes de servicios públicos de salud en la Región VI de la Provincia de Buenos Aires, consolidando la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Formular un proyecto que permita:

- Fortalecer los Procesos de Referencia y Contrarreferencia dentro de la Red.
- Fortalecer los Procesos de Nominalización y empadronamiento de la población de referencia
- Desarrollar la comunicación y la capacitación de los recursos humanos integrantes de la red.
- Actualizar los recursos informáticos, sistemas de información y los sistemas de gestión de turnos de la red.
- Desarrollar guías de "mejores prácticas" para el modelo de organización y gestión dentro de la red.
- Fortalecer los Procesos de atención en los efectores de la RED.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autolizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

3.Desarrollo

I. Organización del sistema de salud en la provincia de Buenos Aires y su impacto sobre el trabajo en RED

En el federalismo argentino la Constitución Nacional define las potestades federales y concurrentes, dejando todo aquel poder residual no especificado a cargo de los gobiernos provinciales[2]. En cuestiones sanitarias las provincias son responsables dentro de sus respectivas jurisdicciones[3].

A su vez, la relación con los gobiernos locales o municipios es establecida, de manera autónoma, en cada provincia, por lo que hay una variada gama de formas de organización municipal a lo largo del territorio argentino. La Provincia de Buenos Aires es una de las cinco provincias que no reconocen el mandato de la Constitución Nacional acerca de la autonomía municipal. [4]

Sin embargo, esto no entra en contradicción con la asunción, por parte de las municipalidades, de un importante rol concurrente en el sostenimiento del primer nivel de atención e, incluso, en varias de ellas, de una parte de los efectores de segundo nivel. (Descentralización y fortalecimiento municipal, Ministerio de gobierno de la Pcia de BA, 2005).

Además, a partir de los procesos de descentralización territorial en las décadas del 70 y el 90 (por el que se transfirió la administración de gran parte de los centros hospitalarios hacia las provincias), los 24 poderes de nivel intermedio pasaron a tener una mayor autonomía para decidir acerca de sus políticas sanitarias.

Teniendo en cuenta estas consideraciones veremos como se organizó el sector público para la atención de la salud haciendo foco sobre tres aspectos:

- la regionalización
- la descentralización de hospitales
- las funciones de los municipios

---

[2] En este sentido, el federalismo argentino es similar al de Estados Unidos, Suiza y Australia. Véase Cetrángolo y Jiménez (2004).

[3] Ya se mencionó en este documento que la salud no es materia delegada por los estados federados (provincias) al nivel central.

[4] Según el artículo 123 de la Constitución Nacional "cada provincia dicta su propia constitución, conforme a lo dispuesto por el artículo 5° asegurando la autonomía municipal y reglando su alcance y contenido en el orden institucional, político, administrativo, económico y financiero".
Sin embargo, el artículo 191 de la Constitución de la Provincia de Buenos Aires establece entre las competencias de la Legislatura Provincial, la de delimitar, marcar, deslindar, las atribuciones y responsabilidades de cada Departamento, y otorgar las facultades necesarias para que los municipios puedan atender eficazmente los intereses y servicios locales. Por lo tanto, las atribuciones de los municipios surgen de la Ley Provincial que los rige y no de sus propias Cartas Orgánicas.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4331 7766 Fax. 4331 0710 http://www.isalud.org

a.Regionalización

Para el cumplimiento de las políticas y acciones asistenciales en materia de salud[5], en el año 1965 a través de la Ley provincial 7016 se promovió la regionalización sanitaria de la provincia. Consistía en descentralizar en áreas la implementación de políticas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad considerando las heterogéneas necesidades de la población de cada región, facilitando de esta forma la planificación y evaluación de las acciones sanitarias y permitiendo una mejor coordinación del funcionamiento prestacional de los establecimientos asistenciales localizados en las respectivas áreas de influencia.

La provincia se dividió en doce Regiones Sanitarias cuyos límites se fijaron de acuerdo a:

- Factores geográficos.
- Factores demográficos.
- Factores socio-económicos.
- Medios de comunicación y transportes.
- Equipamiento sanitario.
- Características sanitarias.
- Todo otro factor de incidencia preponderante.

El decreto 805 del año 1967 que reglamentaba a la ley mencionaba entre las principales funciones de cada Región:

- Ejecutar planes de salud aprobados por el Ministerio de Bienestar Social.
- Proponer programas sometiéndolos a la aprobación del Ministerio de Bienestar Social (Coordinador Regional Central).
- Dirigir, supervisar, controlar, coordinar y evaluar la ejecución de los programas vigentes.
- Coordinar los recursos sanitarios provinciales del área entre sí y con los organismos nacionales, municipales de otras provincias o privados.

a. El primer intento de articulación. El SAMO y la descentralización[6]

Luego en el año 1977 mediante el Decreto Ley 8.801 se crea el Sistema de Atención Médica Organizado (S.A.M.O.), con el objetivo de lograr mayor acceso, calidad y eficiencia en las políticas públicas en materia de salud, poniendo énfasis en la coordinación de los tres subsectores.

---

[5] En el capítulo siguiente se precisan con mas detalle estas funciones.

[6] En este acápite se hará referencia a la descentralización desde tres ópticas diferentes:
- como transferencia de hospitales de Nación a Provincia,
- como delegación en la conducción a nivel municipal del manejo directo de los establecimientos de menor complejidad
- como el proceso mediante el cual se le transfirió responsabilidades desde el nivel central provincial a los hospitales públicos provinciales.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11)4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Esta organización se dio en el marco de la ***transferencia de los establecimientos*** asistenciales existentes en el territorio provincial desde la Secretaría de Salud Pública de la Nación al Ministerio de Salud de la Provincia entre 1979 y 1980.

La misión del SAMO de acuerdo a lo que expresa la ley era "proporcionar servicios integrados de medicina preventiva y asistencial mediante los recursos sanitarios provinciales y municipales y la coordinación con los demás recursos oficiales y privados y/o efectores de Seguridad Social." Para cumplir con este objetivo se plantearon las siguientes estrategias de organización y financiación:

- La ***descentralización administrativa delegada en la conducción a nivel municipal*** que se basaba en el criterio de que los municipios tenían un papel de pilares básicos de la acción del gobierno, por ello se les otorgó la responsabilidad del manejo directo ***de los establecimientos de menor complejidad***.
- La ***creación del cargo de director de salud a nivel municipal,*** con responsabilidad en la conducción de todos los organismos estatales. Con una relación técnica y normativa con las zonas sanitarias, creándose así un doble canal de dependencia el político y el técnico.
- La ***creación del consejo zonal a nivel de las regiones sanitarias*** formado por directores de salud municipales y presidida por el coordinador regional. (funcionario del Ministerio de Salud).
- La ***creación del Fondo Provincial de Salud,*** que se compone básicamente de los ingresos generados por el cobro a las obras sociales y entidades aseguradoras por la atención que se brinda a sus beneficiarios en los hospitales estatales.

b. Gestión descentralizada de los hospitales

En el año 1991 a través de la ley 11072[7] se procedió a la reestructuración técnico-administrativa de los hospitales transformándolos en entes descentralizados[8] sin fines de lucro, con un Consejo de Administración, como nivel máximo de conducción, integrado por representantes del Ministerio de Salud en forma mayoritaria, por los trabajadores profesionales y no profesionales y por miembros de la comunidad. Este Consejo será presidido por un Director Ejecutivo responsable de la conducción del hospital. Las responsabilidades que se les asignan a partir de ese momento son:

[7] Esta Ley fue reglamentada por el decreto 2370/91 y luego derogado por el 2368/1997 en virtud de la reforma constitucional provincial de 1994. El Decreto 135/03, por su parte, (deroga al anterior) tiende a acelerar el proceso de descentralización y tiene como objetivo impulsar la gestión racional de las políticas públicas en materia de salud, rediseñando los modelos de atención con una perspectiva integradora, pretende avanzar de una estructura basada en normas centralizadas hacia otras sustentadas en la responsabilidad de los administradores; y reconocer la trascendencia de la estrategia de Atención Primaria de la Salud para el diseño del rol del Hospital descentralizado.

[8] Entiéndase por reestructuración técnico administrativa del Hospital Público en ente descentralizado, al proceso de transferencia de competencias a los servicios hospitalarios que incrementen su capacidad de gestión y de resolución de acciones sanitarias sobre la población del área programática, acompañado de los correspondientes recursos que le permitan ejercerla.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

- Formular una estructura organizacional de acuerdo con las políticas referenciales establecidas por el Ministerio de Salud, con el fin de contribuir a su inserción en el sistema prestador.
- Promover estrategias de personal, formulación de planteles y adecuación de estructuras con el fin de su redimensionamiento y reconversión.
- Disponer el manejo de fondos a los efectos de cobros y pagos en relación a presupuestos formulados y aprobados por la autoridad ministerial.
- Proponer la incorporación de tecnología asegurando el cumplimiento de los objetivos asignados, en el marco de las normativas que establezca el organismo ministerial.
- Asegurar la eficacia final en las distintas prestaciones, adecuando los costos a los presupuestos estimados.
- Estructurar un mecanismo apto para sistematizar y procesar la atención del paciente y su consecuencia administrativa, en cuanto a procedimientos, producción de información, control de gestión y realización presupuestaria y financiera que permita la identificación de la demanda y el cobro a la Seguridad Social.
- Contratar servicios, obras y suministros con arreglo a las leyes pertinentes y normas del Ministerio de Salud.

Los recursos con que contará el hospital descentralizado estarán constituidos básicamente por[9]:

- Un presupuesto avalado por el Ministerio de Salud a pedido del Consejo de Administración.
- El cobro de las prestaciones a Obras Sociales, mutuales o cualquier otra forma de cobertura oficialmente reconocida, conforme a las normas que se establezcan al efecto.
- La percepción de pagos por servicios a empresas, entidades civiles, gremiales o particulares.

c. Integración de la regionalización y la descentralización hospitalaria y Primer Noción de RED

En el año 2006, mediante el decreto 3377, se reglamenta nuevamente la Ley de Regionalización cuyo anterior reglamento era del año 67, con el objetivo de adaptarlo a las actuales circunstancias y exigencias, que plantean los servicios sanitarios en cada región.

El decreto define a la Región Sanitaria como la "Red Asistencial integrada por todos los establecimientos públicos provinciales ubicados en su zona de cobertura geográfica que cumplan funciones de servicios de Atención de la Salud en los tres niveles de prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria, de acuerdo a un criterio unitario pautado por el Ministerio Salud".

[9] Para mayor información consultar a norma correspondiente.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Menciona que la conducción, gestión y administración de la Región Sanitaria estará a cargo del **Ente Descentralizado Hospital Integrado** de la Región Sanitario conducido por un Director Ejecutivo designado por el Poder Ejecutivo sin concurso y carecerá de estabilidad. Serán atribuciones y deberes del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria:

- Coordinar, supervisar, controlar y evaluar la ejecución en rol de Dirección Ejecutiva del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria, las políticas sanitarias diseñadas y aprobadas por el Ministerio de Salud.
- Asistir al Ministerio de Salud en materia de planificación estratégica y proponer la implementación de programas específicos basados en las necesidades y características propias y particulares de la zona de cobertura geográfica de la Región Sanitaria.
- Suscribir convenios con instituciones de derecho público y/o privado tendientes a la complementación de los servicios asistenciales, previa consulta de factibilidad y conveniencia efectuada al Ministerio de Salud a través dei órgano competente que ejerza la coordinación de las Regiones Sanitarias.
- Todas las atribuciones y deberes previstas en el artículo 5° de la Ley 11.072, y las que el Ministerio de Salud les asigne en el futuro, siempre dentro del objeto de su creación.

Funcionará en cada Región Sanitaria un Consejo Sanitario que estará presidido por el Director Ejecutivo del Ente Descentralizado Hospital Integrado de la Región Sanitaria e integrado por los Secretarios de Salud de los Municipios o su cargo equivalente y por representantes de los Colegios Médicos, de las entidades colegiadas de las restantes profesiones vinculadas al arte de curar y de organizaciones no gubernamentales reconocidas por el Ministerio de Salud cuyo objeto y trayectoria estén relacionados con la Prevención, Atención y Recuperación de la Salud. Este Consejo se reunirá por lo menos una vez cada dos meses.

Funciones del Gobierno Provincial

La principal función del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires[10] es asistir al Gobernador de la Provincia en la determinación de las políticas y acciones asistenciales en materia de salud integral de la población, a través de la prevención, recuperación, asistencia y mantenimiento de la salud. En especial le compete:

[10] La totalidad de las competencias se encuentra detallada en el Articulo 22 de la Ley 13175/04 (LEY DE MINISTERIOS).

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931-(1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

- Proponer, intervenir, formular y ejecutar la política sanitaria provincial;
- Formular planes y programas de atención y prevención integral de la salud.
- Coordinar la implementación de los mismos con los distintos Municipios e Instituciones públicas, privadas y comunitarias.
- Brindar asesoramiento técnico y/o asistencia financiera mediante convenios, a los municipios y otras instituciones públicas y/o privadas, para el desarrollo de programas y el funcionamiento de servicios de salud.
- Realizar estudios epidemiológicos para determinar la situación y necesidades de salud de la población, identificar los factores causales de riesgo de enfermedades, evaluar el resultado de la aplicación de programas y demás acciones de salud.
- Promover el desarrollo de un servicio de salud que brinde una cobertura de atención médica al total de la población con idéntica, absoluta e igualitaria calidad de prestaciones, priorizando los grupos especiales en riesgo.
- Ejercer el poder de policía sanitaria en el ámbito provincial, en efectores públicos y privados.
- Planificar el desarrollo de los recursos físicos de la red sanitaria provincial, colaborando en el proyecto de las obras de construcción, ampliación y remodelación de los establecimientos de salud en coordinación con las otras carteras competentes y con los Municipios.
- Intervenir en la regulación de las prestaciones de cobertura de riesgos relacionados con la salud por parte de los sistemas públicos o privados que operan el ámbito provincial.

Funciones de los municipios

A los municipios les corresponde el primer nivel de atención, todos los efectores están bajo su órbita, pese a ello muchos han avanzado hacia una mayor complejidad brindado servicios propios de atención hospitalaria, diagnósticos por imágenes y otros servicios.

- El vínculo con el nivel provincial es a través de las regiones sanitarias. A través de ellas se articulan los programas provinciales o los nacionales que "bajan" a través de provincia.
- Existen casos excepcionales como el Programa REMEDIAR o el de Médicos comunitarios donde el vínculo es establecido directamente con el municipio

e-Disponibilidad de recursos físicos y humanos en el sistema de salud de la provincia de buenos aires[i] Disponibilidad de recursos físicos y humanos en el sistema de salud de la provincia de buenos aires

Para el año 2011 la Provincia cuenta con efectores oficiales que se detallan a continuación:
77 Hospitales Provinciales
272 Hospitales Municipales
1748 CAPS
3 Unidades de Pronta Atención
5 Hospitales Nacionales
1 Hospital SAMIC

De los 67 establecimientos provinciales con internación, 18 (el 27%) se concentran en la Región Sanitaria XI (se incluyen los 4 institutos psicopedagógicos). En ella se encuentran los establecimientos de mayor complejidad cuyas áreas de influencia se extienden no sólo a toda la Provincia, sino a otras jurisdicciones del país y a países vecinos.Otro 26 % se encuentra en la Región sanitaria VI.

Grafico Nº1 Total de Camas por jurisdicción

Provincial	69	8255	3988	**12432**
Municipal	272	8721	4761	**13208**
Nacional	5	476	852	**1863**
Total	**346**	**17452**	**9601**	**27053**

Fuente Dirección de Información Sistematizada dic 2009

De estas **27053** camas del sector público, de **9601** están destinadas a pacientes crónicos tengamos en cuenta que los mayores hospitales psiquiátricos son de dependencia provincial y nacional.

En el ámbito municipal la gran mayoría de las camas crónicas corresponden a geriátricos o servicios de geriatría instalados en hospitales generales, con un gran desarrollo en el interior provincial.

Esto hace que la oferta de camas oficiales para pacientes agudos del sector público se ubique en 1,28 cada mil habitantes, con un amplio rango que va desde más de 3 en la Región Sanitaria II a menos de 1 en las Regiones V, VI y XII.
En el siguiente cuadro vemos indicadores de Producción del Subsitema Público.

GRAFICO Nº2 Egresos Hospitalarios por jurisdicción

Total Egresos Hospitalarios	856.191
Egresos establecimientos Provinciales	365.747
Egresos establecimientos Municipales	471.193
Egresos establecimientos Nacionales	19.251
Promedio Días Estada	8,2
Giro cama	31,6
Ocupación	73%

Fuente Dirección de Información Sistematizada dic 2009

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 812/98 (art.64 c.Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

A esto se agrega un sector privado que creció en forma desordenada y que está sufriendo, en los últimos años, una aguda crisis de financiamiento, a partir de las dificultades con la Seguridad Social. Actualmente se encuentran habilitadas cerca de 390 clínicas o sanatorios que reúnen más de 18.000 plazas asistenciales, de las cuales aproximadamente 16.700 son para pacientes agudos y el resto para atención de crónicos.

Si se suman las camas para atención de agudos de ambos sectores, la oferta, por 1.000 habitantes, se eleva a 2,3. Este indicador también muestra grandes diferencias entre las distintas Regiones de la Provincia.
Debemos reconocer que la relación camas / habitente dista bastante de las recomendaciones de la OMS.

Los Centros de Atención Primaria se distribuyen proporcionalmente a la densidad poblacional, demostrado en el Siguiente Gráfico.

GRAFICO Nº 3

Fuente Dirección de Información Sistematizada dic 2009

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autolizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

GRAFICO Nº 4 Recursos físicos / habitantes Prov. Buenos Aires

Relación habitantes /CAPS	8.581
Relación camas agudas /1000 habitantes	1,29

Fuente Dirección de Información Sistematizada dic 2009

Total de establecimientos de propiedad estatal (hospitales polivalentes y monovalentes, para patologías crónicas y agudas y Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS): 2.107 establecimientos; 81 provinciales y 2.021 municipales y 5 nacionales.
Fuentes: Dirección de Información Sistematizada – año 2009

De los 81 efectores provinciales:
- 69 con internación
- 12 sin internación
- 12.432 camas.

De los 2021 efectores municipales:
- 272 con internación
- 1.749 sin internación
- 13.208 camas

Entre los efectores municipales con internación, se incluyen 36 Unidades Sanitarias con cerca de 500 camas y 73 geriátricos con un total aproximado de 2.800 camas.

De los 5 establecimientos nacionales:
- 4 con internación (1.863 camas)
- 1 sin internación

Oferta total de camas del sub sector público: 27.503

Oferta de camas del sub sector público para pacientes con enfermedades agudas: 17.452; 1,1 cada mil habitantes, con un amplio rango que va desde más de 3 en la Región Sanitaria II a 0.6 y 0.7 en las Regiones XII y VI, respectivamente.

Oferta de camas del sector sub público para pacientes con enfermedades crónicas: estas camas del sector público, están destinadas a pacientes fundamentalmente psiquiátricos en los hospitales de dependencia provincial y nacional. En el ámbito municipal las 4.644 camas para pacientes con enfermedades crónicas corresponden a geriátricos, como ya se mencionara y a servicios de geriatría instalados en hospitales generales y en algunas unidades sanitarias, con un gran desarrollo en el interior provincial, donde se encuentra el 94 % de estas plazas.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Los establecimientos municipales sin internación constituyen la base de la atención primaria de la salud en la provincia. El promedio de habitantes sin cobertura de obra social por CAPS es de 4.670; con un amplísimo rango que va desde menos de mil en zonas del interior como algunos municipios de la región II hasta cerca de 15.000 hab./CAPS en algunos partidos del segundo cordón del Conurbano.

De los 69 establecimientos provinciales con internación, el 27.5 % se concentra en la Región Sanitaria XI, lo que totaliza 3.255camas. En ella se encuentran los establecimientos de mayor complejidad cuyas áreas de influencia se extienden no sólo a toda la provincia, sino a otras jurisdicciones del país y a países vecinos. Incluyendo los establecimientos de las regiones V y VI, se alcanza un acumulado del 65.2 % de efectores provinciales.

Oferta Privada
En el año 2009 el sector privado aporta 474 clínicas y sanatorios con 20598 camas. Estos establecimientos son de atención monovalente y polivalente, tanto para pacientes agudos como crónicos. Estos últimos incluyen no sólo clínicas psiquiátricas y neuropsiquiátricas, sino también centros de discapacitados, de rehabilitación tanto física como mental, de recuperación de adicciones, etc., habiéndose desarrollado en los últimos años la modalidad de hospital de día, tanto como anexo de estos institutos como en forma específica.
Hay además 777 puestos de diálisis en 40 efectores especializados.

PRESTACIONES

Los efectores oficiales en su conjunto realizaron durante 2009, más de 49 millones de consultas médicas y odontológicas y 856.191 egresos. El mayor porcentaje,

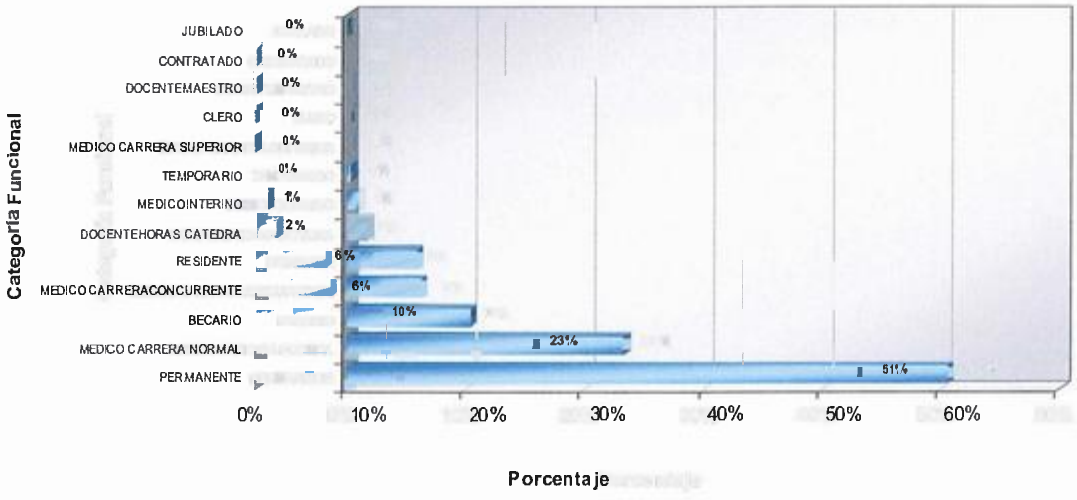
fundamentalmente en el Conurbano, corresponden a internaciones en el área materno-infantil.

En el sector público hubo en 2009, 139.582 partos con un porcentaje de cesáreas de 29.2 %. A esto se agrega un número importante de complicaciones del embarazo, parto y puerperio que representan en su conjunto alrededor del 25 % de los egresos, seguidos por las causas externas que han alcanzado el 13 %, enfermedades del aparato respiratorio con 12.4 % y sistema digestivo y circulatorio con alrededor del 10 y 8 %, respectivamente.

Además, en una década las prestaciones ambulatorias aumentaron más del 50 %, siendo los efectores municipales los que registraron el mayor incremento. También explican el fenómeno la demografía, la mejor implementación de la estrategia de APS, los Programas de Médicos Comunitarios, el Plan Remediar, el Seguro Público y en el último período el Plan Nacer. El primer nivel aumentó su participación relativa en la atención de la demanda alcanzando un 48 %, contra el 39 % que se registraba en los últimos años de la década anterior.
Por último, en el **Gráfico** se puede observar la *distribución del personal asignado por el Ministerio de Salud, según categoría funcional*, de los aproximadamente 42.000 agentes pertenecientes a esta dependencia provincial.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.edu.ar

Gráfico Nº 5: ***Personal del Ministerio de Salud según categoría funcional***
Distribución porcentual – Año 2006



Fuente: *CONSISTHS*, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
Elaboración: Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Ministerio de Salud de la Provincia.

Recursos Humanos de Efectores Municipales y Nacionales de la Provincia de Buenos Aires

En el transcurso de los años 2004 y 2005, la Dirección de Información Sistematizada efectuó una encuesta de efectores públicos donde se relevó la cantidad de personal que trabajaba en ese momento en dichos establecimientos. Cabe aclarar que los mismos se refieren a agentes que cumplen funciones efectivas, por lo cual pueden existir duplicaciones referidas a aquellos profesionales y técnicos que prestan sus servicios en más de un establecimiento, o que siendo personal perteneciente a la jurisdicción provincia, están asignados a efectores municipales. Otra aclaración válida en este punto se refiere a que en el relevamiento se utilizaron 2 formularios distintos, según se tratara de establecimientos con o sin internación. En el primer caso fue mucho más exhaustivo que para los efectores del primer nivel. Por lo tanto, los datos generales sólo se pueden clasificar en grandes categorías.

En el siguiente cuadro se observa esta información, de la cual se excluyó la perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia, dado que ya fue desarrollado en ítems anteriores.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax 4334 0710 http://www.isalud.org

Cargos ocupados en efectores municipaies y nacionaies
Provincia de Buenos Aires – 2004/2005

A ru amiento	Munici al p	Nacional
Total	**43.235**	**1.367**
Médicos	13.780	134
Otros Profesionales	6.938	154
Técnicos	2.638	166
Enfermeros	8.747	366
Otro Personal	11.132	547

Fuente y elaboración: Dirección de Información Sistematizada

Este personal está exclusivamente restringido a efectores de salud, no disponiéndose de datos correspondientes a secretarías de salud, u otras dependencias municipales. Del total de agentes municipales, 17.750 prestan servicios en el primer nivel, siendo de ellos 7.012 médicos. La distribución por Región Sanitaria y más aún por municipios es desigual, ya que las cuatro Regiones del Conurbano acumulan el 63% de las prestaciones ambulatorias, pero sólo el 58% de los cargos médicos. Con respecto a los establecimientos nacionales, sólo han informado el Instituto de Epidemiología Dr. Jara de Mar del Plata, la Colonia Montes de Oca de Lujan y el Sanatorio Sommer de General Rodríguez.

f- Gasto en Salud

El gasto público en Salud tuvo su máxima participación en el presupuesto provincial en los años 2002-2003, luego tiene una evolución decreciente en toda la serie, registrando un 6,3% en 2010. La disminución en la participación del gasto provincial se explica en parte hasta 2008 por el crecimiento del gasto público en educación, y partir de ese año por crecimiento marcado en la función previsión social debido la reforma previsional nacional.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 e Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) -4334 7766 Fax 4334 0710 http://www.isalud.org

Ejecución presupuestaria de la provincia de Buenos Aires
2002-2010

FINALIDAD	FUNCION	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Administración Gubernamental		24.4%	23.9%	24.1%	23.0%	22.8%	22.4%	22.2%	19.7%	19.1%
Servicios de Seguridad		11.5%	11.9%	12.0%	11.4%	9.9%	9.9%	10.2%	8.6%	7.6%
Servicios Sociales	1-Salud	9.6%	9.6%	8.4%	8.3%	7.1%	7.3%	7.2%	7.2%	6.3%
	2- Promoción y Asistencia Social	4.8%	6.7%	5.5%	5.3%	5.0%	3.9%	4.3%	4.0%	3.4%
	3- Seguridad Social	2.3%	2.1%	1.9%	1.8%	1.6%	1.8%	2.3%	15.6%	19.6%
	4- Educación y Cultura	33.4%	31.7%	29.9%	32.8%	33.7%	34.9%	37.6%	32.3%	27.3%
	5- Ciencia y Técnica	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
	6- Asuntos Laborales	1.6%	1.3%	1.0%	0.8%	0.2%	0.6%	0.5%	0.4%	0.3%
	7- Vivienda y Urbanismo	1.2%	1.5%	1.6%	2.0%	2.6%	2.2%	1.3%	0.9%	0.8%
	8- Ecología y Saneamiento Ambiental	0.6%	0.6%	0.8%	0.5%	0.5%	1.4%	1.3%	1.4%	1.4%
	9- Deportes y Recreación	0.1%	0.2%	0.0%	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
Total Servicios Sociales		53.8%	53.7%	49.3%	51.7%	50.9%	52.4%	55.0%	61.9%	59.2%
Servicios Económicos		3.3%	3.8%	4.4%	3.7%	4.1%	4.4%	3.6%	3.1%	3.0%
Deuda Pública		6.9%	6.7%	10.2%	10.2%	12.4%	10.9%	9.0%	6.6%	10.9%
A clasificar		0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Total general		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

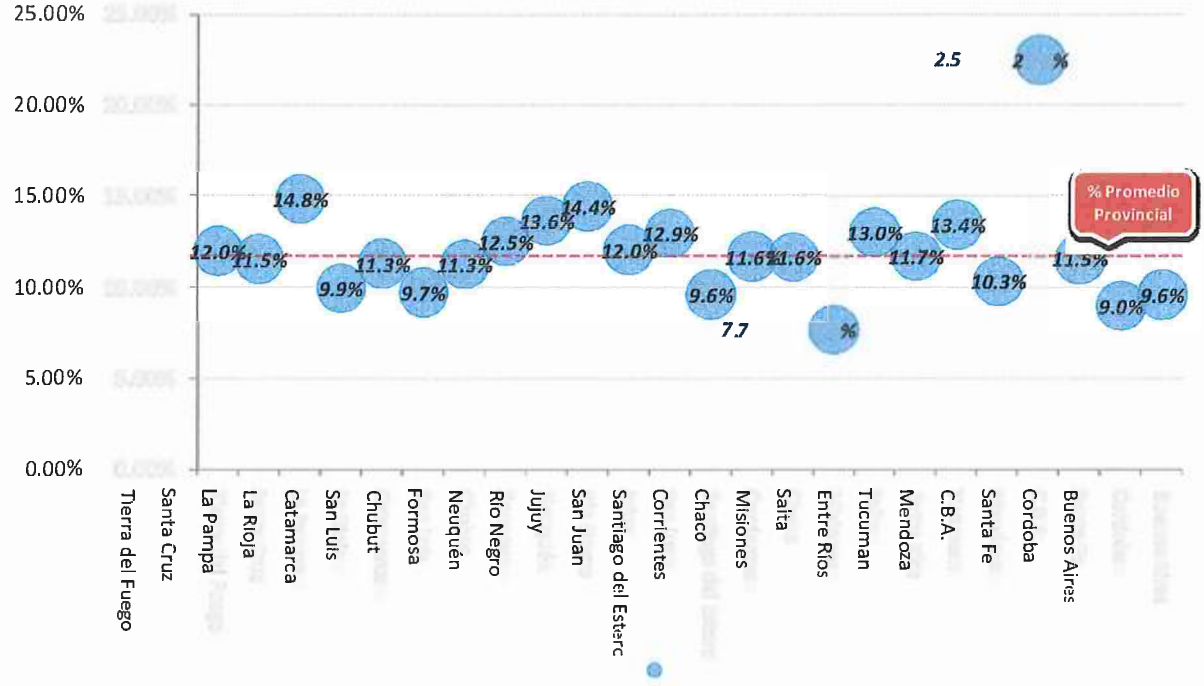
Fuente: Elaboración propia en base a Contaduría General de la Provincia de Buenos Aires.

Mirando comparativamente Buenos Aires presenta un porcentaje de gasto en salud cercano al promedio provincial[11]. En el 2009 es de 9,6%. Si bien este indicador muestra la participación relativa del gasto en Salud de las provincias y presumiblemente parezca bajo se debe tener en cuenta que la estructura del sector salud en la provincia posee la mayor descentralización de la provisión del país.

[11] Gasto en salud de las provincias relativo a los gastos totales provinciales se calculan netos de los gastos provinciales en previsión social, ya que la mitad de la provincias tienen trasferido el sistema previsional a la orbita nacional y no ejecutan dicho gasto.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Gráfico 6
Porcentaje de Gasto en Salud en relación Gasto Total por Provincias Año 2009



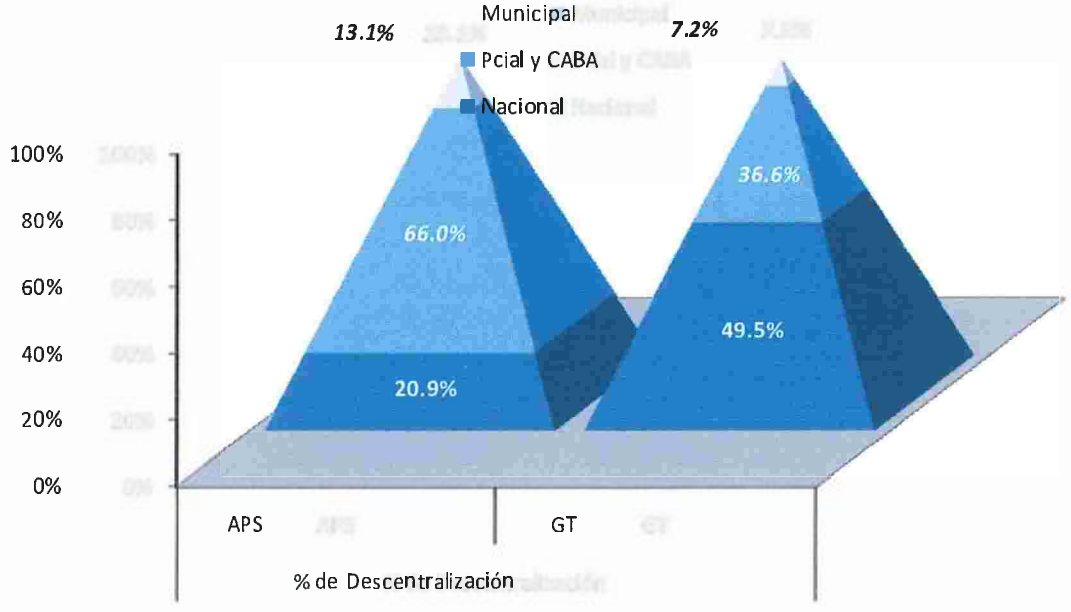
* El gasto total provincial es neto de los gasto provinciales en previsión social.

Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica. MECON

Como puede verse el Gráfico 6 la descentralización de la provisión de salud pública en Buenos Aires se ve reflejada en los porcentajes de gasto publico comparativamente con el gasto en salud consolidado nacional. A su vez, el gasto en salud municipal de Buenos Aires representa el 67% de los gastos en salud público municipal consolidado en toda la nación.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax 4334 0710 http://www.isalud.org

Descentralización en el Gasto en Salud en provincia de Buenos Aires
GRAFICO Nº7
Año 2010



Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales- Secretaría de Política

*Para el caso del gasto en salud consolidado nacional incluye la Ciudad de Buenos Aires.

Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales - Secretaría de Política Económica. MECON

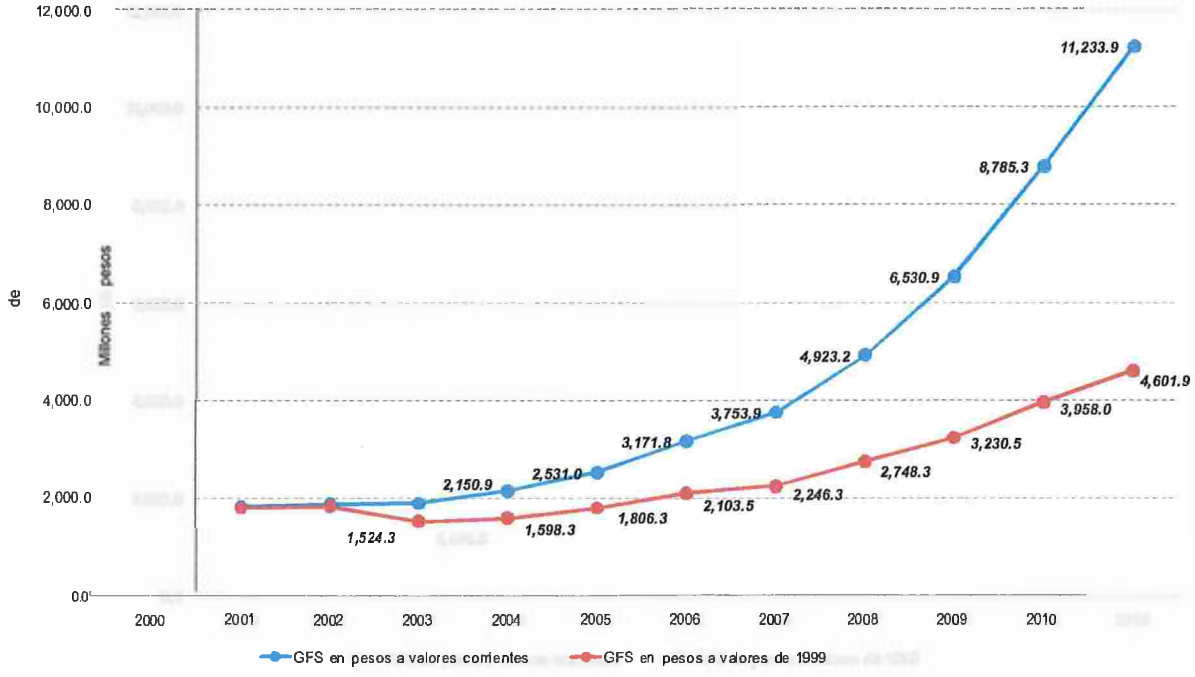
Gasto público finalidad salud

El gasto público finalidad salud comprende el gasto efectuado por las reparticiones nacional, provincial y municipal en la Provincia de Buenos Aires. Dicho gasto tiene una evolución creciente en el período a partir de 2002, creciendo 514,2% en términos nominales entre 2000 y 2010; en tanto que en términos reales lo hizo a una tasa del 155,4%. (Gráfico 3)

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Gráfico N°8

Ejecución Presupuestaria Finalidad Salud en el territorio provincial 2000-2010



Nota:

(1) A partir de 2002 se incluyó el financiamiento provincial al Hospital nacional Dr. A. Posadas. Este se transfiere por Coparticipación Federal y es de $23.660.000. Cabe aclarar que para el año 2003 y 2004 se incluye en el gasto provincial en salud $15.000.000 y $50.000.000 respectivamente por aclaración de la fuente (esta última cifra también esta incluida para el año 2005), en concepto de pagos efectuados por el Ministerio de Economía para pensiones sociales en cumplimiento del art. 12 inc.6 Ley 6982.

(2) A partir del año 2002 se contemplan las transferencias de Nación a la Provincia de Buenos Aires las cuales en su mayoría eran insumos y no fueron valorizadas anteriormente. Las transferencias fueron $65.979.578 (2002), $103.047.862 (2003), $148.256.793 (2004), y $159.678.100 (2005).

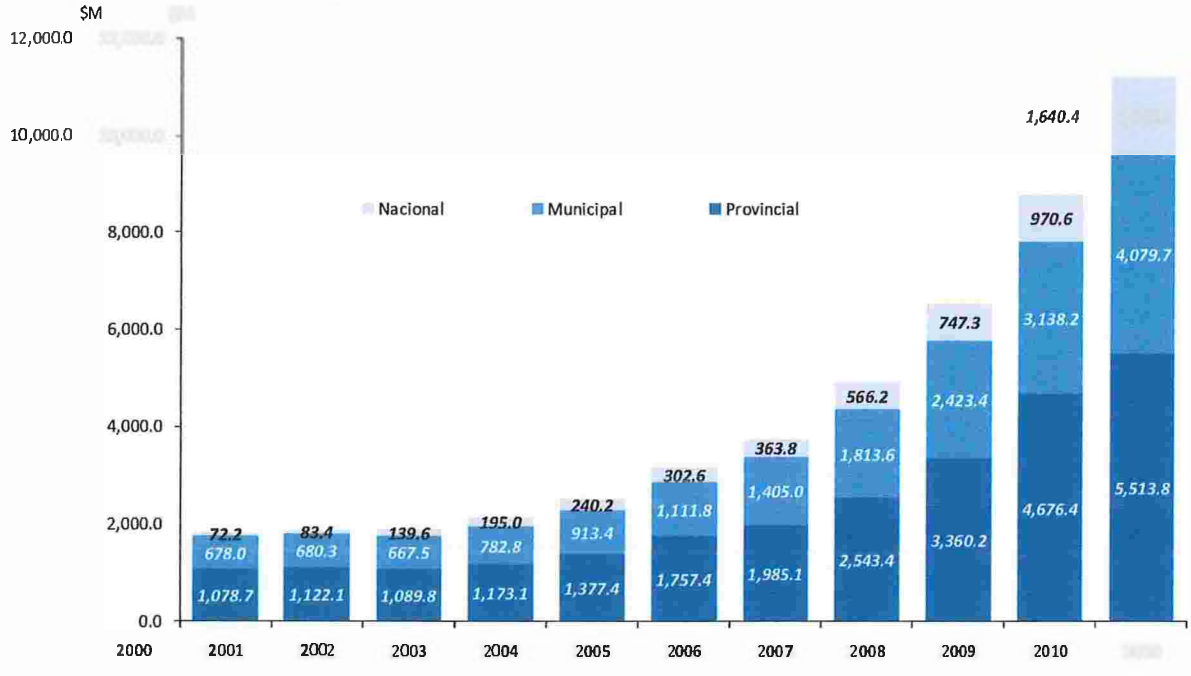
Fuente: Elaboración propia en base a Contaduría General de la Provincia de Buenos Aires (Incluye G.E.A.). Subsecretaría de Asuntos Municipales. Ministerio de Economía Provincia de Buenos Aires. Subsecretaría de Planificación de la Salud - Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Analizando el gasto finalidad salud en el territorio de la Provincia de Buenos Aires por jurisdicción, se encuentra que la mayor parte de las erogaciones las realiza el nivel provincial de gobierno (54,4% en el promedio del período 2000-2010). Por su parte, el gasto municipal absorbe el 36,3% del gasto en territorio provincial en el período mencionado, y la Nación el 9,3%.

Si se desagrega por nivel de ejecución del gasto, los efectuados por el gobierno provincial crecieron el 411,1% nominalmente y el 112,5% en términos reales entre 2000 y 2010; mientras que los municipales lo hicieron a tasas del 501,7% y 150,2%, respectivamente. El gasto nacional registra un marcado crecimiento en el período, 2172,0% y 844,6% en términos nominales y reales, con la mayor variación a partir de 2007.

Gráfico N°11
Gasto Finalidad Salud en el territorio provincial por jurisdicción
2000-2010
(En valores corrientes)



Fuente: Contaduría Gral. de la Provincia de Buenos Aires (Incluye G.E.A.). Subsecretaría de Asuntos Municipales. Ministerio de Economía Prov. De Buenos Aires. Subsecretaría de Planificación de la Salud - Ministerio de Salud de la Pcia. de Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación

Fuente: Contaduría General de la Provincia de Buenos Aires (Incluye G.E.A.). Subsecretaría de Asuntos Municipales. Ministerio de Economía Provincia de Buenos Aires. Subsecretaría de Planificación de la Salud – Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto 142/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

A partir de 2002 se incluyó el financiamiento provincial al Hospital nacional Dr. A.

Posadas. Este se transfiere por Coparticipación Federal y es de $23.660.000. Cabe aclarar que para el año 2003 y 2004 se incluye en el gasto provincial en salud $15.000.000 y $50.000.000 respectivamente por aclaración de la fuente (la última cifra también esta incluida en el año 2005), en concepto de pagos efectuados por el Ministerio de Economía para pensiones soc. en cumplimiento del art. 12 inc. 6 Ley 6.982.

A partir del año 2002 se contemplan las transferencias de Nación a la Provincia de Buenos Aires las cuales en su mayoría eran insumos y no fueron valorizadas. Las transferencias fueron $65.979.578 (2002), $103.047.862 (2003), $148.256.793 (2004) y $159.678.100 (2005).

Gasto del Ministerio de Salud

En el período comprendido entre los años 1998 y 2008, el gasto del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires creció un 225,3% en términos nominales, representando en promedio un 91,6% del gasto finalidad salud efectuado por el nivel provincial de gobierno.

Un ejercicio interesante consiste en mostrar la participación de cada uno de los gastos del Ministerio de Salud por partidas presupuestarias, como lo refleja el cuadro siguiente. Allí se encuentra que más de la mitad del gasto del Ministerio de Salud en el período 2002-2008 se destinó al pago del personal (54,5% en el promedio del período). Personal incluye Becas y Otros Vinculados. En orden de importancia le siguen servicios no personales (20,9%), bienes de consumo (15,7%), transferencias (6,6%), servicios de la deuda (1,5%) y bienes de uso (0,6%).

Ejecución Presupuestaria Ministerio de Salud por Partidas Presupuestarias 2002-2008

(En millones de pesos)

	Detalle	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PP 1	PERSONAL	567.03	531.76	533.00	626.47	857.45	1,061.82	1,360.21	1,947.18	2,151.90	2,568.46
PP2	BS.CONSUMO	168.25	204.55	236.00	246.92	279.50	260.99	317.86	364.33	612.01	709.16
PP3	SERV. NO PERS.	241.67	202.65	251.01	300.54	335.80	339.52	430.33	472.58	835.15	949.11
PP4	BS.DEUSO	4.86	1.36	2.43	4.98	28.61	26.29	14.80	12.47	36.06	48.36
PP5	TRANSFERENCIAS	20.08	9.61	22.11	25.39	30.51	33.26	36.54	43.88	477.18	498.23
PP7+PP8	SERV. DEUDA	1.57	11.56	18.18	12.63	12.20	12.35	49.11	58.13	0.00	45.85
PP9	GS FIGURATIVOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	35.77	10.94	14.37
Gastodel	MinisteriodeSalud	1,003.46	961.49	1,062.74	1,216.94	1,544.07	1,734.22	2,208.86	2,934.34	4,123.25	4,833.55

Fuente: Elaboración propia en base a Contaduría General de la Provincia de BuenosAires.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires -Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Capítulo II- Caracterización de la Región elegida para la implementación del proyecto: Región Sanitaria VI

La región seleccionada para la aplicación del Proyecto en la Provincia de Buenos Aires es la región VI, que comprende los partidos de:

Almirante Brown
Avellaneda
Berazategui
Esteban Echeverría
Ezeiza
Florencio Varela
Lanús
Lomas de Zamora
Quilmes

DEMOGRAFÍA

Ubicada al sur del Conurbano, la Región Sanitaria VI comprende nueve partidos, todos del Conurbano. Ocupa una superficie total de 1.157 Km2, esto es el 0,3% del territorio provincial.

El total de población asciende a 3.407.415 habitantes según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001. Es la Región Sanitaria donde residen más cantidad de habitantes. Presenta una densidad de 2.945 hab/ Km2, ésta se eleva a 10.000 hab/Km2 en el municipio de Lanús, partido que posee el mayor nivel de concentración de población de toda la provincia. Todos los municipios superan los 100.000 habitantes y Almirante Brown, Lomas de Zamora, y Quilmes poseen una población superior a las 500.000 personas.

Las características de la Región son típicamente urbanas, llegando la proporción al 100%.

La tasa de incremento medio anual, que mide el ritmo de crecimiento del período intercensal 1991-2001, asciende a 9,1‰, muy similar al dato para el total provincial (8,9‰). El comportamiento del crecimiento para los distintos municipios presenta marcadas disparidades. Así el partido de Ezeiza tiene una tasa muy alta: 57‰. Este municipio se creó en al año 1994 en tierras cedidas en su gran mayoría por el partido de Esteban Echeverría; en su territorio aún quedan zonas sujetas al avance de la urbanización. Por otra parte Quilmes y Lomas de Zamora tienen muy bajo crecimiento y otros municipios como Lanús y Avellaneda ostentan tasas negativas con plena saturación de su superficie a construir.

La proyección de población para el año 2008 es de 3.683.919 habitantes, con una densidad de 3.184,0 hab/Km2 (Fuente: elaboración de la Dirección Provincial de Estadísticas.)

Con respecto a la composición por sexo, para el año 2008 el índice proyectado de masculinidad para la Región es 95,4 varones por cada 100 mujeres, dando cuenta de la supremacía de mujeres, debido al envejecimiento de la población de los municipios donde hay mayor cantidad de habitantes.

En cuanto a la estructura por edad (proyección 2008), el 24,9% de la población es menor de 15 años, el 65,2% tiene entre 15 y 64 años y 9,9% es mayor de 65 años, el índice de dependencia es 53,4 y el de vejez 39,6. En esta Región existen zonas con diferencias importantes de estructura etárea. Así en Avellaneda y Lanús el índice de

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art. 64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

vejez asciende a 71 (proyección 2008) y la proporción de población de 65 años y más es de alrededor del 14% (proyectado 2008), denotando una población con los más altos niveles de envejecimiento de la provincia. Por otra parte Esteban Echeverría, Ezeiza y Florencio Varela son municipios con alto porcentaje de población de menos de 15 años, con estructuras por edad jóvenes.

CONDICIONES DE VIDA

Según cifras censales, en la Región habitaban más de 620.000 personas en condiciones de extrema pobreza, constituyendo casi el 30% de los pobres estructurales del total de la provincia. El conjunto de personas de la Región con necesidades básicas insatisfechas (NBI) alcanzaba el 18,3%, índice que varía desde el 30% en Florencio Varela al 10% en Avellaneda. En cuanto a los hogares con NBI, el 15,2% del total de la Región se hallaba en esta situación, en valores absolutos representaban 142.000 hogares.

El 23,3% de los hogares habitaba viviendas de tipo deficitario. Este indicador presentaba el valor más alto en el partido de Florencio Varela, llegando casi al 45% de la población con estas características. En términos absolutos, quienes vivían en estas condiciones, en el total regional, sumaban alrededor de 900.000 personas.

El 31% de la población no tenía acceso a la red de agua corriente con provisión dentro de la vivienda y el 70% no tenía acceso a la red cloacal. La carencia de uno o ambos servicios alcanzaba al 72% de la población. Esta situación presentaba sus máximas limitaciones en los municipios de Ezeiza, Esteban Echeverría, Almirante Brown y Florencio Varela.

Relacionado con la cobertura en salud el 52,1% de los habitantes no tenía obra social y/o plan médico prepago o mutual. Se trataba de 1.773.632 personas sin esta protección. Era más notable el porcentaje de población en esta situación en los partidos de Ezeiza y Florencio Varela, en este último, se trataba del 65,3%.

ESTADÍSTICAS VITALES

Natalidad y Mortalidad General

En la Región Sanitaria VI se han registrado durante el año 2007:

- 67.280 nacidos vivos, lo que representa una tasa de natalidad de 18,4‰ (superior a la tasa provincial de 17,7‰), con un rango entre 16,2‰ en el partido de Lanús y 22,0‰ en Ezeiza.

Si bien este último presenta la tasa de natalidad más elevada de la Región Sanitaria, el que acumula el mayor número absoluto de nacidos vivos es el municipio de Lomas de Zamora.

- 30.596 defunciones generales, lo cual corresponde a una tasa de mortalidad general de 8,4‰, con un rango que va de 5,5‰ en Florencio Varela a 11,6‰ en Avellaneda cuya tasa, la más elevada de la Región, obedece a la estructura poblacional envejecida de este municipio.

GRAFICO Nº12
Estadísticas Vitales
Región Sanitaria VI – Serie 2001–2007

AÑOS	POBLACIÓN	NACIDOS VIVOS	TN	DEFUNCIONES GENERALES	TMG	DEFUNCIONES <1 AÑO	TMI
2001	3.477.750	62.308	17,9	28.380	8,2	998	16,0
2002	3.511.038	63.977	18,2	28.938	8,2	1.103	17,2
2003	3.544.653	63.389	17,9	29.083	8,2	1.079	17,0
2004	3.578.604	67.894	19	28.720	8,0	940	13,8
2005	3.592.892	67.614	18,8	28.545	7,9	919	13,6
2006	3.622.552	65.904	18,2	28.333	7,8	862	13, 1
2007	3.653.198	67.280	18,4	30.596	8,4	960	14,3

TN= Tasa Natalidad; TMG= Tasa Mortalidad General; TMI= Tasa Mortalidad Infantil.

En esta Región Sanitaria, las tasas de natalidad y mortalidad general presentan valores estables aunque se registró un descenso de la natalidad en el año 2006. Es necesario recordar que los indicadores en esta Región Sanitaria enmascaran diferencias entre los distintos municipios.
En el año 2007, las cinco primeras causas de muerte que constituyen el 65,8% del total de defunciones (n: 30.596) de la Región Sanitaria VI, son:

1) Enfermedades del corazón: 30,6% (n: 9.365)
2) Tumores: 15,7% (n: 4.812)
3) Enfermedades infecciosas: 9,6% (n: 2.927)
4) Enfermedades cerebrovasculares: 5,0% (n: 1.531)
5) Causas externas: 4,9% (n: 1.484)

De análisis anteriores, se desprende una estructura de mortalidad estable en esta Región Sanitaria, con los mismos grupos que prevalecen en la provincia, aunque es mayor la incidencia de patologías cardíacas e inferior la mortalidad proporcional por tumores.
La expectativa de vida en la Región es de 73,04 años para ambos sexos, siendo de 69,28 para los varones y 75,93 para las mujeres17.

Mortalidad Infantil

La Región concentra el 27% de las muertes infantiles totales. En el año 2007 se ubicó en 14,3‰, con una tasa de mortalidad neonatal de 8,2 y postneonatal de 6,0‰. Existen marcadas diferencias entre los municipios, ya que en el año que nos ocupa, la TMI varió
entre 9,7‰ en Avellaneda y 19,2‰ en Ezeiza. La Tasa para el año 2010 se ubica en 12,4‰, muy cerca del promedio provincial 12.0‰.
En la serie 2001-2007 se observa un aumento de la TMI en los años 2002 y 2003 y un descenso a partir del año 2004. En el año 2006 el descenso fue muy notorio, con más de 4 puntos de diferencia con la tasa del año 2002 en que se registró el valor más elevado
del período en consideración. Sin embargo, en 2007 vuelve a incrementarse en más de un punto.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

El 59,3% de las muertes neonatales y el 60,2% de las postneonatales podrían haberse reducido con acciones de prevención, diagnóstico y/o tratamiento oportuno; estos elevados porcentajes nos muestran que pese a los muy buenos resultados del último período, quedan muchas acciones a emprender para disminuir las muertes infantiles.

En el año 2008 las defunciones infantiles alcanzaron cifras similares con 953 casos, 581 neonatales y 372 postneonatales. Si bien estos últimos tuvieron un descenso (- 35 casos), se compensa con un aumento de las defunciones de hasta 27 días (+ 28 casos). La mortalidad materna de la Región ha sido en general elevada. La tasa de mortalidad materna en el año 2007 fue del **3,9 0/000**, con 26 defunciones maternas. En términos absolutos, es la Región que más casos registra en los últimos dos años.

ESTRUCTURA PRESTACIONAL, PRODUCCIÓN y RENDIMIENTOS

Subsector público

En el año 2008, la Región Sanitaria VI cuenta con 27 establecimientos para internación (17 de dependencia provincial, 9 municipales y 1 nacional denominado Base Sanidad Aeroportuaria) y 337 sin internación (todos de dependencia municipal, excepto el Departamento de Zoonosis Urbanas de dependencia provincial).

En el partido de Lomas de Zamora, el Hospital Interzonal Psiquiátrico Dr. José A. Estévez, con 1.082 camas, es uno de los tres efectores que posee la provincia para la atención de este tipo de pacientes. En el municipio de Almirante Brown se ubica el Hospital Dr. Jorge, único establecimiento de rehabilitación provincial, con 132 camas.

En el año 2008 hubo en la Región Sanitaria 3.844 camas disponibles (promedio) distribuidas de la siguiente manera:

- 3.418 (88,9%) de dependencia provincial
- 423 (11,0%) de dependencia municipal
- 3 (0,01%) son nacionales (camas de observación de la Base Sanidad Aeroportuaria)

El subsector público en su conjunto cuenta con 2.693 camas agudas, o sea 0,7 cama aguda/1.000 habitantes. En cuanto a la totalidad de las camas disponibles, la relación es de 1,0 cama por mil habitantes, con una variación de 0,5 en Esteban Echeverría a 2,1 en Avellaneda.

En el año 2009, el número total de consultas de la Región Sanitaria fue de **9.544.617**de las cuales:

- **2.787.700** (29,9%) corresponden a establecimientos de dependencia provincial
- **6.756.917** (70,1%) corresponden a establecimientos de dependencia municipal

El mismo año los **egresos** de la Región han alcanzado un total de**132.429** los cuales:

- **107.496** (83,0%) corresponden a establecimientos de dependencia provincial
-**22.580** (16,9%) corresponden a establecimientos municipales.

En el año 2008 se inaugura el hospital El Cruce situado en Florencio Varela se alta complejidad agregando a la región 140 camas con la innovación de ser un hospital sólo de derivación integrados en una novedosa red en la que participan 4 de los municipios de la Región sanitaria VI (A. Brown, Berazategui, F. Varela y quilmes).

El porcentaje ocupacional del conjunto del subsector público fue de 77,5%, siendo de 79,2% en los establecimientos provinciales, representando la mayor concentración de la

oferta provincial. En los municipales, que tienen menor nivel de complejidad, el índice de ocupación fue de 63,4%.

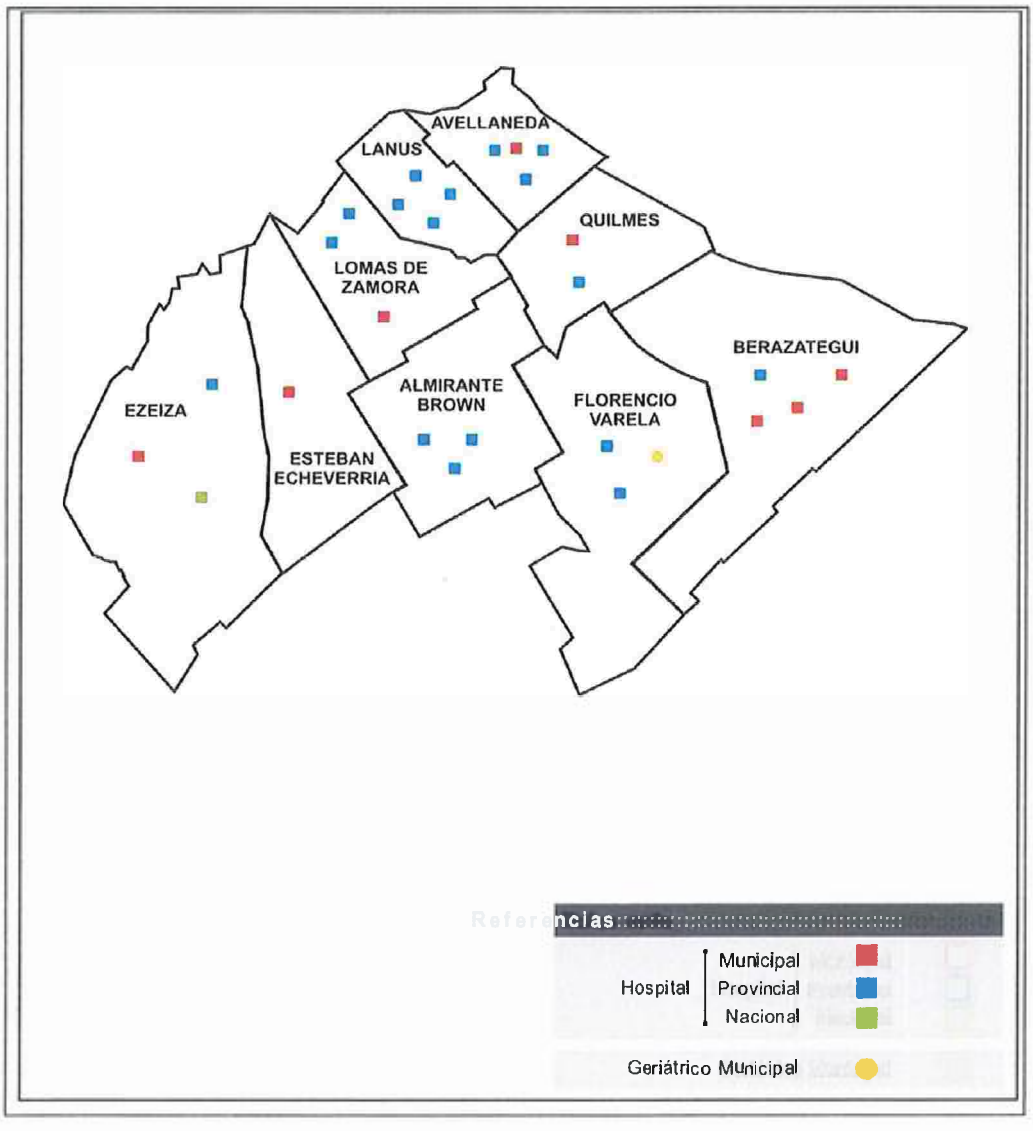
☐ En el año 2009, la Región Sanitaria VI posee 83 establecimientos privados con internación, con un total de 4.636 camas.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 e Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Morbilidad Hospitalaria

El mismo año, las cinco primeras causas que originan los más de 130.000 egresos de la Región Sanitaria, son las siguientes: el embarazo, parto y puerperio ; los traumatismos y otras causas externas; las enfermedades del sistema respiratorio; las patologías del sistema digestivo y las del sistema circulatorio.

☐Las primeras cinco causas acumulan cerca del 70 % de los egresos.☐El grupo embarazo, parto y puerperio es el de mayor peso relativo de todas las Regiones Sanitarias con 33,3%.



Distribución de los Efectores de la Región sanitaria VI

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax 4334 0710 http://www.isalud.org

III- Enfoque de red aplicado a la Región Sanitaria VI

3.1. El Enfoque de Redes en la gestión de Servicios de Salud

"La OMS ha propuesto la siguiente definición preliminar sobre servicios de salud integrados:
"La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud"
Como se puede apreciar de la definición anterior, ésta es bastante amplia y permite abarcar muchas "modalidades" de integración. El mismo documento de la OMS señala la existencia de seis modalidades principales de integración de servicios, las cuales consideran la integración como: i) un conjunto amplio de intervenciones preventivas y curativas para un determinado grupo poblacional (p. Ej. la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, AIEPI); ii) sitios de atención multi-propósito (p. Ej. clínicas multi-propósito, policlínicos); iii) cuidado de salud provisto a lo largo del tiempo (p. Ej. cuidado de condiciones crónicas); iv) la integración vertical de los diferentes niveles de atención (p. Ej. red de servicios de un distrito sanitario); v) la vinculación entre la formulación de políticas y la gestión de los servicios (p. Ej. gestores responsables de la salud de una población y que simultáneamente proveen servicios y/o compran servicios a diversas entidades); y vi) el trabajo con otros sectores (p. Ej. coordinación con servicios sociales). Además de las señaladas anteriormente, se pueden considerar otras variantes de integración tales como la integración entre prestadoras y aseguradoras de salud (p. Ej. HMO's de los EUA), entre el Ministerio de Salud y la Seguridad Social, entre el sector pública y el privado, entre servicios personales y servicios de salud pública, y entre servicios de salud de distintos países (p. Ej. servicios a nivel de fronteras).
Desde el punto de vista conceptual, la integración se puede entender mejor como un continuo más que como una situación de extremos opuestos entre integración y no integración. Esto significa que existe una gradiente de integración entre la fragmentación absoluta hasta la integración total. Por otra parte, no todos los elementos que componen un sistema deben necesariamente integrase. La experiencia demuestra que dentro de las partes que componen un sistema, existen ciertas partes que son más importantes que otras en lograr una integración efectiva. Se debe recordar también que la integración no es un fin en sí mismo sino un medio para mejorar el desempeño del sistema. De este modo, los esfuerzos de integración solamente tendrán justificación en la medida que ellos conduzcan a servicios más accesibles, de mayor calidad, con mejor relación costo- beneficio, y que satisfagan a los usuarios."[12]

La compleja y heterogénea realidad social descripta sintéticamente es un verdadero desafío para el sector público de salud que debe, para cubrir las necesidades de la población, coordinar las actividades entre distintas dependencias administrativas y, además, dispone de diferentes fuentes de financiamiento.

[12] Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas © Organización Panamericana de la Salud 2008

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto 412/98 (art.64 c ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

3.2. Principales problemas identificados en la Red seleccionada

Para el planteamiento del problema enunciado en el trabajo se utilizo un diagnostico realizado en octubre del 2010, en la provincia de Buenos Aires, en el marco del Programa Remediar + Redes.
El mismo tuvo como propósito realizar un análisis descriptivo de la situación de salud de la Región VI correspondiente a los Sistemas de Salud, los CAPS y los hospitales. Pretendió ser un insumo para fortalecer el funcionamiento en red de los servicios públicos de salud, el acceso a medicamentos esenciales y el desarrollo de RRHH, como parte del proceso de implementación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.
Como resultado, se entrevistó a la totalidad de los Secretarios de Salud (nueve entrevistas efectivas); se encuestaron 183 CAPS y 16 hospitales (en mayor medida provinciales, debido a su composición mayoritaria en la Región).
Del diagnostico se obtuvieron los siguientes resultados para la región (en el Anexo se detallan los resultados por Municipio):

La complejidad de la Región VI impulsó al equipo de consultores a tomar diversas estrategias a la hora de recolectar la información requerida. El nivel de heterogeneidad de los municipios, el contexto político-institucional que actualmente atraviesan algunos municipios, el distinto grado de equipamiento con que cada uno de ellos cuenta, y la gran cantidad de actores que intervienen en el sistema de salud local, requirieron que se tomara a cada municipio como un caso particular. En este sentido, y sin perder de vista la dimensión global, se priorizó el relevamiento, procesamiento y análisis de la información para cada municipio en forma independiente.
Sin embargo, a la hora de analizar los resultados se observó que si bien cada municipio presentaba sus propias condiciones y características locales, las principales necesidades y problemáticas correspondían a un nivel más regional que local. En este sentido, se podría afirmar que todos los municipios están atravesados por similares problemáticas a resolver.
Como principal problemática general detectada en el diagnóstico, se observa que si bien existen muchas iniciativas por parte de los 9 municipios que conforman la Región VI en lo que se refiere a la nominalización de la población, los procesos de referencia y contrarreferencia, el funcionamiento de sistemas de turnos programados, entre otros aspectos, la falta de una línea conductora que otorgue uniformidad a estas acciones, dificulta el funcionamiento del trabajo en red. Entendiendo por trabajo en red a una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. De esta forma, la red es el resultado de esa estrategia y constituye una modalidad organizativa y de gestión, que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas características dominantes son: la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones[13].
De esta forma, si bien se considera una ventaja el hecho de que exista en la región una cultura de trabajo que contemple este tipo de iniciativas, resulta de relevante

[13] **Dabas, E. y Perrone, N. Redes en Salud. Fundar. 1999.**

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521)- Venezuela 931- (1095) Buenos Aires -Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

importancia la unificación y uniformidad de criterios que permitan funcionar a la red de una forma integrada y coherente.
En esta dirección, pueden señalarse, entre otras, las siguientes problemáticas y necesidades de la Región VI:

-La deficiencia en los procesos de Referencia y Contrarreferencia. Si bien en el análisis de los datos se observó que varios municipios manifestaron un alto grado de implementación del sistema de referencia y contrarreferencia, algunos Secretarios de Salud afirmaron que en realidad existen ciertos procesos informales de referencia y contrarreferencia que es necesario sistematizar. Esto implicaría el desarrollo de procedimientos y normas básicas uniformes de atención y derivación, con el objeto de unificar criterios y así lograr un sistema de referencia y contrarreferencia ágil y eficaz, que permita la incorporación de mayor información estadística.

-La deficiencia en los procesos de nominalización y empadronamiento de la población de referencia. Si bien, y tal como se detalla en los resultados de los datos analizados, existen iniciativas de empadronamiento, se observa que la nominalización en la práctica generalmente consiste en listados de personas que únicamente cumplen con los requisitos de información planteados por los diversos programas que atraviesan al sistema de salud. De esta forma, si bien algunos CAPS afirman tener nominalizada una parte de la población, no se conocen en efecto las características generales socio-sanitarias de su población a cargo.

-La deficiencia en la comunicación. Si bien la emergencia de temas vinculados a las relaciones de comunicación se ha suscitado reiteradamente en las encuestas realizadas, resulta necesario dividir el concepto en ciertos ítems.
Por un lado, se ha mencionado en recurrentes ocasiones el escaso nivel de comunicación entre los distintos niveles de atención, y cómo esto constituye un factor decisivo en la atención de los beneficiarios. La falta de priorización de los usuarios provenientes de los CAPS, el no tomar en cuenta los diagnósticos de los profesionales de los CAPS, la falta de garantías de la existencia de camas para estos pacientes, son algunos ejemplos de la insuficiente comunicación entre el 1º y 2º nivel de atención.
Por otra parte, se encuentra la comunicación con la comunidad. Al respecto, se observa que si bien existen actividades entre el equipo de salud de los CAPS y la comunidad, en mayor medida responden a acciones aisladas de cada centro de salud, más que a acciones sistemáticas y uniformes planificadas.
Finalmente, la falta de recursos técnicos específicos también constituye una barrera para una comunicación más fluida.

-Capacitación de los recursos humanos integrantes de la red. En el resultado del análisis de los datos se observa una clara necesidad de capacitación de los recursos humanos. Tanto los profesionales de los CAPS como los Secretarios de Salud y Directores de hospitales han confluido en la necesidad de realizar talleres y jornadas de capacitación, tanto para los profesionales, como para el personal técnico y administrativo.

-La deficiencia en los sistemas de información y turnos de la red. Según lo observado en los resultados arrojados, cada área programática de los distintos municipios tiene su propio proceso de solicitud de turnos. Esto constituye una

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c/ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

problemática, ya que impide cualquier tipo registro y análisis estadístico que contribuya a tener información unificada regionalmente.
Por otra parte, la falta de recursos tecnológicos tales como computadoras, conexión en red y a Internet, teléfonos, faxes, constituye otra barrera de gran importancia para obtener un eficiente y eficaz sistema de información y turnos.

-La deficiencia en el modelo de organización y gestión dentro de la red. La ausencia de protocolos, normas de calidad o guías de procedimiento que contribuyan a mejorar el nivel de atención y la eficiencia de las relaciones dentro de la red, constituyen indicadores de este tipo de dificultades.

-La deficiencia en los procesos de atención en los efectores de la red. El resultado del análisis demuestra la existencia de algunas dificultades de acceso a ciertos procedimientos que podrían contribuir a los CAPS a mejorar la atención a los usuarios. La posibilidad de realizar toma descentralizada de muestras de laboratorio, las ecografías con equipos móviles y los electrocardiógrafos móviles, son algunos ejemplos de ello.

IV DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

El proyecto tiene como FIN "Contribuir al fortalecimiento de las redes de servicios públicos de salud en la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires, consolidando la estrategia de Atención Primaria de la Salud".

La región, está conformada por los partidos de Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes. La misma tiene una población total de 3.747.486[14] habitantes, siendo la región con mayor cantidad de habitantes en la provincia, de ellas 1.773.632 (según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001) cuenta con cobertura [illegible] pública exclusiva.

El proyecto tiene como PROPOSITO, que a partir de su ejecución, la "Capacidad resolutiva de la red en la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires, para la atención de las patologías crónicas y no transmisibles se vea fuertemente mejorada."

Para alcanzar el fin y propósito establecidos, el proyecto se ha estructurado en componentes, con sus respectivas actividades, que se describen a continuación:

COMPONENTE 1: "Procesos de Referencia y Contrarreferencia fortalecidos"

COMPONENTE 2: "Procesos de Nominalización y empadronamiento de la población de referencia fortalecidos"

COMPONENTE 3: "Mecanismos de comunicación y capacitación en los recursos humanos integrantes de la red mejorados".

COMPONENTE 4: "Recursos informáticos, sistemas de información y gestión de turnos de la red actualizados."

COMPONENTE 5. -"mejores prácticas" para el modelo de organización y gestión dentro de la red desarrolladas.

COMPONENTE 6. Procesos de atención en los efectores de la RED fortalecidos.

[14] **Según datos provisionales censo 2010.**

COMPONENTE 1: "Procesos de Referencia y Contrarreferencia fortalecidos"

Si bien existen acciones dentro de la red vinculadas a la referencia y contrarreferencia (R&CR) de los pacientes, el objetivo de este componente es unificar los procesos de R&CR que actualmente se realizan.

Para cumplir con el objetivo el componente prevé: documentar y formalizar, con consenso de todos los actores, un documento único que sirva de herramienta para este proceso, informatizar este documento para disponerlo en forma online, agilizando el proceso e implementar un mecanismo de R y CR entre los dos niveles de Atención de la región para asegurar la atención del paciente en tiempo y forma según la complejidad, garantizando la resolución de su problema de salud fortaleciendo las Oficinas de R&CR existentes en la red.

1.1 Reuniones con los equipos de salud de la red para alcanzar consensos respecto de los procedimientos del sistema de R-CR.

En esta actividad están comprendidas entre otras:

- El relevamiento y análisis de los diferentes formularios y procesos que existen en la red para realizar la R&CR de pacientes.
- La propuesta de un proceso único y un formulario de registro único para todos los actores de la red.
- El Diseño de los circuitos que deberán seguir las R-CR. El diseño del formulario que será la herramienta para la R&CR.
- El acuerdo sobre el registro en el documento para la posterior utilización de la información resultante del mismo, como herramienta de análisis y de toma de decisiones, actividad que actualmente no se puede desarrollar por la disparidad en los datos registrados por cada efector.

1.2 Elaboración y difusión del documento de R-CR.

- La elaboración de un documento con el aval de todos los referentes que sea de utilización de los dos niveles de atención y contenga:
- El proceso único de R&CR de pacientes.
- El formulario a ser utilizado en el proceso.

En esta actividad están comprendidas entre otras:
1.3 Jornadas de Sensibilización sobre la importancia del proceso y gestión de redes a los actores de la red.

En esta actividad están comprendidas entre otras:

- Reunión con los efectores de los dos niveles para difusión y validación del documento de R&CR elaborado.
- Sensibilizar a los actores de la Red sobre la importancia de este proceso y los beneficios de la utilización del mismo para los pacientes.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax 4334 0710 http://www.isalud.org

- Generar el compromiso de ambas partes en el cumplimiento del proceso y la necesidad de difusión del mismo a todos los actores de la red.

1.4 Capacitación del Personal de salud en las normas, procedimientos y gestión del sistema de R-CR entre efectores de la RED.

En esta actividad están comprendidas entre otras:

- Luego de la sensibilización, se prevé el desarrollo de esta actividad a través de la realización de talleres, con grupos donde interactúen los dos niveles para conocer la correcta utilización de los formularios y despejar dudas sobre el proceso y la gestión de la R&CR en la red.

1.5 Desarrollar el modulo para el Sistema informático de R-CR de salud implementado (referido a atención y practicas).

En esta actividad están comprendidas entre otras:

- La informatización del formulario de R&CR aprobado para la red.
- La conexión vía internet para parte de los procesos previstos en el documento y la agilización y gestión de la R&CR.
- La creación de una salida con información relevante sobre el resultado del proceso de R&CR para ambos niveles.
- Prever un proceso alternativo de transición manual para aquellos CAPS que no cuentan con el sistema o con equipamiento informático y de telecomunicaciones en la primera etapa.
- Implementar un sistema de carga off line desde cada municipio para no perder la información que generan los CAPS que no están informatizados en la primera etapa.

1.6 Fortalecimiento de las oficinas de R&CR.

En esta actividad están comprendidas entre otras:

- Relevar el estado de las oficinas de R&CR de los 16 hospitales que forman parte de la red para verificar que se encuentren en condiciones de realizar las siguientes actividades:

- Recepción de la derivación de pacientes para atención programada
- Recepción de la solicitud de interconsulta con especialistas
- solicitud por parte de los CAPS de turnos para prácticas y procedimientos (diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación)
- solicitud hospitalización para la resolución de la enfermedad actual

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 e Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4331 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

- gestión de la georeferencia de los pacientes hacia el CAPS correspondiente a su domicilio.
- gestión de traslados programados
- Realizar el registro de todas sus actividades
- Asegurar la disponibilidad, llenado y actualización de los registros.
- Utilizar el formulario acordado
- Seguir el proceso acordado
- Elaborar un plan de acción para fortalecer aquellas oficinas con dificultad para cumplir con estas acciones.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931-(1095) Buenos Aires-Tel. (54-11)43.34 7766 Fax 4334 0710 http://www.isalud.org

COMPONENTE 2: "Procesos de Nominalización y empadronamiento de la población de referencia fortalecidos"

Este componente tiene como objetivo, la nominalización de la población objetivo correspondientes a las áreas programáticas de los efectores, y sus actividades está organizadas de manera tal que permita se realice de manera activa.

Se seleccionaran promotores o agentes socio - sanitarios que en forma conjunta con otros actores que ya forman parte de la red, serán los encargados de realizar, bajo un plan de nominalización establecido, el empadronamiento activo de la población.

Estos agentes, surgidos de la red, realizaran entre sus actividades de rutina, rondas diarias de visitas domiciliarias en el área de referencia de los CAPS a los cuales pertenecen o han sido designados, realizaran cartografía y relevaran los datos poblacionales, de los cuales se destacan las familias de riego y los pacientes bajo programa.

Cada promotores o agentes socio – sanitarios, tiene asignadas, dentro del plan de nominalización las familias que deberá visitar, están coordinados por un Supervisor dependiente de la Región VI, que controla sus actividades, monitorea su desempeño y evalúa con los informes correspondientes.

Además del plan de visitas según área de referencia, se le entregara a cada uno de los promotores o agentes socio – sanitarios, una nomina de los pacientes incluidos en diferentes programas que pertenecen a su área geográfica, con el objetivo de intensificar la búsqueda de pacientes con riesgo. Estos datos se tomaran de las bases del Programa Remediar (pacientes que consumen medicación antihipertensiva e hipoglucemiantes orales), del PRODIABA, PLAN NACER y otros programas del Ministerio vinculados al objetivo del proyecto. También desde los 16 hospitales que forman parte de la región , se trabajara sobre los egresos hospitalarios cuyos diagnósticos sean relacionados con riesgo cardiovascular (diabetes, hipertensión arterial, ACV hipertensivo, angina de pecho, edema agudo de pulmón, etc.).

También se prevé como actividad, desde las Oficinas de Referencia y Contrarreferencia de los hospitales de la región, que realicen actividades de empadronamiento a los pacientes internados que cumplan con los requisitos (, estar domiciliado en la región, tener cobertura pública exclusiva y no haber sido empadronado previamente).

El personal administrativo que cumpla funciones en la oficina realizara estas actividades. Luego de ser empadronado, al momento del alta, el paciente será georeferenciado al CAPS correspondiente según su domicilio para ser evaluado y acompañado en el seguimiento.

Los promotores o agentes socio – sanitarios que hayan realizado el empadronamiento informaran acerca de la disponibilidad de turnos y concretarán la cita de la persona con riesgo moderado y alto. Además, durante el empadronamiento entregarán folletos y material de difusión elaborado por el Ministerio, a la población de sobre habitos de vida y conductas saludables, con información alusiva a alimentación saludable, actividad física y conducta anti tabáquica y se instara a los pobladores con bajo riesgo a conservar su estado y realizar controles periódicos en los centros de salud.

Sistematización de la información:

Al finalizar sus rondas, promotores o agentes socio – sanitarios entregaran en el CAPS correspondiente los formularios de empadronamiento, que luego serán remitidos para su carga centralizada.

COMPONENTE 3: "Mecanismos de comunicación y capacitación en los recursos humanos integrantes de la red mejorados".

Este componente tiene como objetivo proveer los recursos necesarios para mejorar la comunicación entre los actores de la red por considerarse este tema uno de los pilares de la exitosa articulación entre sus integrantes y el consecuente funcionamiento de la misma.
Se contempla en este punto la capacitación sobre temas que necesiten ser reforzados y sobre toda la tecnología incorporada a través del proyecto, que requerirá que los miembros de la red interioricen y aprehendan.

3.1. Consolidar el equipo que llevara adelante la optimización de la comunicación entre actores de la red, conformado por referentes de los CAPS, Región VI y nivel central.

En este punto se convocara a los actores de la red que serán responsables de comenzar a crear una masa crítica que permita avanzar en la implementación del proyecto.
Se realizaran reuniones donde participaran representantes de cada CAP referente por Municipio, representante de la región sanitaria VI por parte del municipio, representantes del nivel central, representantes de los 16 hospitales que conforman la red.

3.2 Analizar los vínculos y enlaces dentro de la red, tanto formales como informales. Desarrollar estrategias que mejoren los aspectos comunicacionales y simplificación del lenguaje en los efectores de la red (protocolos y normas).

En esta actividad están comprendidas entre otras:

- Establecer un diagnostico a través de una matriz FODA de las principales oportunidades y amenazas, fortalezas y debilidad del actual proceso comunicacional entre los actores de la RED.
- Establecer aquellos procesos críticos de comunicación que deben priorizarse a la hora de la definición de un plan global para la red.
- Comenzar la discusión de procesos a llevar adelante, acordados y validados por todo el equipo mencionado en el punto I, con el fin de comenzar a diseñar los protocolos y normas referidos a los procesos comunicacionales.

3.3. Elaborar un documento o una Hoja de Comunicación Interna dirigida a todo el personal de los CAPS y oficinas de R-CR de los Hospitales que forman parte de la RED con el objeto de difundir las acciones acordadas para el mejor funcionamiento de la RED.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

En esta actividad están comprendidas entre otras:

- La documentación de las normas y protocolos desarrollados en el punto anterior.
- La elaboración de los formularios unificados para cada proceso a ser utilizados por todos los integrantes de la red.
- La disposición en red de todos los datos relevantes sobre efectores y oficinas de R&CR y demás actores de la red, apoyada principalmente en la tecnología GIS, disponible en línea para mejorar la información que circula en la red.

3.4 Generar espacios de integración entre distintos nodos de la red.

En esta actividad están comprendidas entre otras:

- La conformación de un comité de redes, formado por representantes de la red, que tenga como objetivo recepcionar las inquietudes que surjan en el proceso de desarrollo del proyecto provincial, las sugerencias de mejora que aportes los integrantes de la red y todos aquellos aspectos vinculados a la mejor integración de los nodos que conformar la red.

3.5 Organizar jornadas de difusión que fortalezcan todas las medidas enunciadas anteriormente.

En esta actividad están comprendidas entre otras:

- Organizar una jornada que difunda los acuerdos alcanzados, el plan de comunicación y sensibilice a los integrantes de la red.
- Organizar una jornada que recoja opiniones acerca del avance del proyecto en materia de comunicación e informar sobre el funcionamiento del comité y fomentar la participación de los integrantes de la red en el mismo.

3.6 Desarrollo de talleres de dinámica grupal, con el objetivo de mejorar la comunicación objetiva y el trabajo en equipo de los distintos efectores.

En esta actividad están comprendidas entre otras:

- Organizar talleres entre los miembros de la red para discutir entre otras las consignas detalladas a continuación.
- En qué consiste un Plan de comunicación para la red, Para qué es necesario acordarlo y definirlo y cuáles son los objetivos a alcanzar por el Plan.
- A quién se dirige ese plan, cuales son los destinatarios o públicos a los que hay que llegar que forman parte de la red
- Qué contenidos consideran clave a comunicar
- Cuándo y de qué forma, como seria la elaboración de un cronograma tentativo,

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521)- Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

la oportunidad, la periodicidad.

- Con qué se desarrollaría este plan dentro de la red: Las herramientas a utilizar
- Finalmente Cómo se implementaría; La estrategia, emisores responsables, tono de comunicación, y trayectorias de la comunicación para fortalecer los vínculos y procesos dentro de la red.

4.7 Realización de campañas de difusión en medios locales

En esta actividad están comprendidas entre otras:

- La creación de una campaña de difusión que fortalezca los objetivos del Programa
- La difusión de esa campaña en medios locales, tanto gráficos, como televisivos y radiales.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1432/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

COMPONENTE 4: "Recursos informáticos, sistemas de información y gestión de turnos de la red actualizados."

4.1. Elaborar un Plan con detalle de equipamiento informático y conectividad a proporcionar a los CAPS.
4.2 Gestionar la compra de los insumos contemplados en el Plan, su distribución e instalación, principalmente referidas a la conectividad.
4.8 Desarrollar un Plan de Continuidad y Mantenimiento de la TISI en la RED

En estas actividades están comprendidas entre otras:

- Elaboración de un Plan Estratégico de sistemas y comunicaciones para la red que contenga entre otros los siguientes puntos:

Equipamiento y comunicaciones.

- Respuestas deseadas vs respuestas esperables:
- Por los operadores.
- Por los informáticos.
- Por los especialistas en telecomunicaciones.
- Performance.
- Especificaciones tecnológicas.
- Descripción general de la solución tecnológica potenciadora de los procesos de la red.
- Proveedor de soluciones.
- Criterios de selección.
- Información a evaluar.
- Software aplicativo
- Características del software aplicativo.
- Integración con módulos al sistema sur.
- Fuentes. Lenguajes.
- Documentación.
- Soluciones para ofimática.
- Especificaciones técnicas.
- Factibilidad de implementación en los CAPS
- Plataformas posibles en hardware principal, sistema operativo y motor de base de datos.
- Especificaciones técnicas. Cantidad.
- Back up operativos.
- Plataformas posibles del equipamiento secundario.
- Especificaciones técnicas y cantidades para todos los equipos.
- Servidores secundarios
- Estaciones de trabajo; cantidades.
- Captura de datos.
- Todo otro equipamiento necesario.
- Telecomunicaciones: redes locales y remotas.
- Posibilidad o Planificación de incorporar a la RED a los hospitales o Ministerio o SIES u otros.

- Especificaciones técnicas.
- Correo electrónico.
  Especificaciones técnicas.
  Tratamiento de imágenes.
  Especificaciones técnicas.
  Posibilidades de transferencia y de resultados de estudios.
- Formulación del plan general de capacitación para usuarios.
  Planes complementarios.
- Formulación del plan general para el manejo de las principales contingencias.
- Formulación del plan general de pruebas.
  Formulación del plan general de privacidad en el manejo de la información.
- Metodología general para la actualización permanente y el control del Plan de sistemas.
- Plan general para la implantación.
- Plan general de implantación. Cronograma general para los tres años y uno con mayor detalle a un año.

4.3 Desarrollar el Modulo de R-CR en el marco del sistema Sistema Unificado de Registro (S.U.R.)
4.4 Elaborar el Plan de Implementación del Modulo en los CAPS que actualmente cuentan con el sistema y establecer cuales será los CAPS que se sumaran a esta modalidad en un Plan Progresivo para los próximos años.

En estas actividades está previsto el desarrollo de un modulo de R&CR que se implemente a través del sistema SUR como así también la implementación del modulo de turnos programados del mismo sistema.
El mismo permitirá entre otras cosas una vez que se encuentre operativo las siguientes prestaciones:

- Realizar el seguimiento de un paciente atendido en un CAPS a través del otorgamiento de turnos programados ya sea en el CAP de ser factible o coordinar el turno con el hospital de referencia para especialidades críticas. Para esto se utilizara en sistema turnos desarrollado por el Ministerio que actualmente se encuentra operativo en los hospitales de la región. Esto permitirá a los CAPS el acceso a las agendas de turnos disponibles de los distintos hospitales, y la asignación al paciente de su turno correspondiente.
- Generar agendas de turnos en los CAPS para los médicos clínicos y generalistas y para las especialidades críticas que posibilite el otorgamiento de turnos para pacientes atendidos en los CAPS. Esto posibilitará derivar un paciente en el mismo I nivel, de un CAPS a otro CAPS, de acuerdo a la disponibilidad de especialistas.
- Contra referencia de Turnos: Contar con el dato de la efectiva prestación brindada o no al paciente para su posterior seguimiento. Registrar este seguimiento en un formulario único que permita el procesamiento de la información y la generación de estadísticas dentro de la red.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

- Generar agendas de turnos en los Servicios de Estudios Complementarios (Laboratorio y Diagnóstico por Imágenes) de los hospitales de para derivar pacientes con turnos programados desde los CAPS.
- Contra referencia de Estudios: Contar con el dato de la efectiva prestación brindada o no al paciente para su posterior seguimiento. Muchos de estos estudios gracias a la tecnología de telecomunicaciones prevista de implementación en el marco del proyecto, estarán disponibles en formato digital para la utilización de los médicos del CAPS. Los CAPS podrán contar con los informes de los estudios realizados a los pacientes en línea.

4.5 Desarrollar el proceso de carga off-lineen el sistema SUR+R-CR centralizado en los municipios.

La idea es tener al final del tercer año de proyecto la mayor cantidad de CAPS informatizados pero hasta que esto sea posible, en esta actividad está prevista la carga offline de todos los datos que se generen para disponer lo antes posible de la información resultante de los nuevos procesos implementados en el marco del proyecto.
Esta carga off-line se realizara a través de cada municipio y será almacenada en el sistema SUR, dando valiosa información que será aprovechada por todos los integrantes de la red.

4.6 Implementar como herramienta de análisis de datos y resultados del proyecto, el GIS (Geographic Information System).

En esta actividad está prevista la puesta en funcionamiento como herramienta para el procesamiento y gestión del proyecto el GIS (Geographic Information System).
Esta se compone de equipamiento y programas de computación que integra mapas y gráficos con una base de datos sobre un espacio geográfico definido. Los datos geográficos que se usan son tanto de naturaleza espacial como descriptiva. Como SIG se definiría, al conjunto de herramientas integradas en un sistema automatizado capaz de colectar, almacenar, manejar, analizar y visualizar información referenciada geográficamente.
Entre las principales funcionalidades que se espera obtener en el desarrollo del proyecto están las siguientes:

- Digitalización de mapas con datos de riesgos epidemiológicos de la región, lo que implica que el sistema permitirá la captura de datos espaciales para elaborar los mapas;
- almacenamiento, manejo e integración de datos referenciados geográficamente, los que pueden estar ubicados en distintas fuentes, es decir, que prestara algunas funciones de un sistema manejador de bases de datos;
- permitirá recuperar o localizar datos geo-referenciados, lo cual quiere decir que a partir de puntos indicados en un plano espacial se puede saber un número de atributos de esa unidad del sistema;
- producir diversos tipos de análisis de datos, disponibles para todos los actores de la red. Estos datos resultados o salidas estarán disponibles en diversos formatos, ya sea en mapas, gráficos o cuadros;

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 de Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires -Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

5.7. Desarrollar un Plan de Capacitación para los RRHH de los CAPS en TISI (Tecnología Informática y Sistemas de Información).

En esta actividad está previsto el desarrollo de un plan de capacitación que se realizara en forma conjunta con otras organizaciones (Universidades de la región, Instituto Provincial de Administración Pública, Subsecretaria de Planificación de la Salud, entre otras) para desarrollar las siguientes capacitaciones:

- Curso de Gestión de Centros de Atención Primaria de Salud. En el marco del proyecto, se desarrollara un curso de Gestión para referentes de los CAPS, que tendrá como objetivo fortalecer capacidades vinculadas a la gestión de recursos, de programas tanto provinciales como nacionales y de nuevas tecnologías principalmente las de sistemas y comunicaciones.
- Curso de Gestión de TISI (Tecnología Informática y Sistemas de Información). Curso orientado a referentes de la red, de seis meses de duración que tendrá como objetivo fortalecer capacidades vinculadas a la gestión de recursos informáticos, principalmente de la nueva tecnología que estará disponible en los CAPS y hospitales a partir del proyecto.
- Cursos de capacitación en la utilización del sistema SUR y de los nuevos módulos desarrollados e implementados en el marco del proyecto como el de R&CR.
- Esta capacitación será desarrollada en su mayoría bajo la modalidad de capacitación en servicio.
- Curso de capacitación para la utilización de GIS.
- Este curso estará orientado solo a algunos operadores clave que serán responsables de la gestión de información y la producción de resultados o salidas de los sistemas utilizados.

COMPONENTE 5. -"mejores prácticas" para el modelo de organización y gestión dentro de la red desarrolladas.

5.1 Elaboración de talleres para definir y priorizar con los distintos actores de la RED las temáticas a ser incorporadas en los documentos de "Mejores Practicas"

En esta actividad están comprendidas entre otras:

- Organizar talleres entre los miembros de la red para discutir los temas a desarrollar y protocolizar en el marco del proyecto, referido a mejores prácticas o las consignas detalladas a continuación.
- Establecer prioridades según la realidad de los participantes.

5.2 Consolidar el equipo que llevara adelante la confección de los documentos de "Mejores Prácticas", conformado por referentes de los CAPS, Región VI y nivel central.

Establecer quiénes serán los responsables de recopilar información sobre las mejores prácticas y la redacción de los documentos.

5.3 Organizar jornadas de sensibilización y difusión sobre casos exitosos de gestión en red, invitando a personas con experiencia reconocida en el tema.

5.4 Organizar la formación de un grupo formador de formadores para la difusión e implementación de los modelos que optimicen la gestión en los centros de la RED.
5.5 planificar otras alternativas de coaching para los RRHH de la red en las temáticas surgidas en el punto 4.1

Establecer un plan de desarrollo de alternativas para la incorporación de las prácticas relevadas y documentadas en el funcionamiento de la red.
Capacitar actores de la misma red que serán formador de formadores que multiplicaran y colaboraran en los procesos de implementación de los modelos de gestión definidos.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto 812/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax 4334 0710 http://www.isalud.org

COMPONENTE 6. Procesos de atención en los efectores de la RED fortalecidos.

1.1Fortalecimiento de las Redes de Laboratorios que funcionan en la Región VI.

6.3. Plan de asignación de recursos para el fortalecimiento de la red de laboratorios con participación de laboratorios municipales, provinciales, la FABA y otros actores relacionados de la Región.

6.4. Gestión (adquisición y asignación) de los recursos establecidos para el fortalecimiento de los procesos de atención.

1.2Establecimiento de los protocolos para la extracción y gestión de muestras dentro de la red.

Esta actividad contempla el diseño de circuitos para el procesamiento de muestras, protocolos de atención de pacientes referidos a los procesos de extracción dentro de la red y la gestión de muestras.
Una vez acordados los protocolos, también se incluye en esta actividad la implementación de los mismos por parte de los actores de la RED con el fin de unificar los procesos referidos a la extracción que se realizan en los diferentes municipios, verificando procesos de calidad en los mismos.

6.6. Adecuación edilicia:

Esta actividad pretende adecuar la situación edilicia de los CAPS de manera tal que acompañe el proceso de incorporación de nueva tecnología con una correcta instalación eléctrica que se encuentre según normas de seguridad acordes a la tecnología informática y de comunicaciones a ser implementada en los CAPS y las oficinas de R&CR hospitales.

En esta actividad están comprendidas entre otras:

- Realizar las reformas básicas que surjan de requerimientos vinculadas con el proyecto.
- Verificar que todos los CAPS tengan depósito de medicamento según medidas de seguridad y crearlos en aquellos que no los tengan.
- Iniciar y completar las reformas necesarias para mejorar las instalaciones de los CAPS que tengan Farmacia.
- Realizar la adecuación edilicia de las y oficinas de R&CR hospitales de la RED.

6.6. Implementar el Programa de screening en la RED.

En esta actividad están comprendidas entre otras:

- La realización de campañas de detección y provisión de equipos que permitan tareas de screening a los centros de salud y su posterior derivación según corresponda.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires -Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

- La instalación de carpas y puestos sanitarios, en jornadas organizadas en forma conjunta con los municipios y con organizaciones de la sociedad civil vinculadas a los
- temas de prevención de salud que están bajo la órbita del proyecto, con el fin de realizar un screening a la población participante para concientizar y detectar en una primera instancia potenciales personas con riesgo.
- Adquisición y puesta en marcha de equipamiento, como ecografos y electrocardiógrafos para los CAPS que permitan potenciar estas actividades de detección.
- Realizar la capacitación de los RRHH que usaran la nueva tecnología en el uso de la misma.

MONITOREO:

El monitoreo del Proyecto Provincial tiene como objetivo el seguimiento permanente de las actividades y componentes del mismo de manera de asegurar el cumplimiento de las metas propuestas. Es un proceso sistemático y permanente a lo largo de todo el desarrollo del proyecto.
Los medios de verificación que se utilizarán para el monitoreo del proyecto son:

- Registro / Padrón con los datos de la población del área de referencia (Nombre y Apellido, DNI, domicilio).
- Base de datos de Beneficiarios de los Programas Provinciales
- Base de datos Programas Nacionales.
- Sistema Informático SUR
- Encuesta anual de seguimiento del Programa (será una encuesta diseñada y monitoreada por la UGP con el fin de medir algunos procesos claves llevados adelante por el proyecto y algunos de los indicadores propuestos para el monitoreo.)
- Informes de Monitoreo del Proyecto.

UNIVERSIDAD ISALUD

CONCLUSIONES :

Una de las definiciones de las redes afirma que son formas de interacción social, espacios sociales de convivencia y conectividad. Se definen fundamentalmente por los intercambios dinámicos entre los sujetos que las forman. Son sistemas abiertos y horizontales. Aglutinan a conjuntos de personas que se identifican con las mismas necesidades y problemáticas.
En este caso , cuando a redes se refirió, los grupos de actores que se vinculan particularmente en función de esas necesidades, problemas y expectativas en la esfera de la salud.

En definitiva, se busca fortalecer al sistema de salud con acciones concretas, colocando a redes de salud como eje de articulación entre los actores que las forman y las disti actividades que en ellas se realizan. Es entonces que un proyecto de fortalecimiento de R de Salud puede orientarse a diversas intervenciones y actividades, siempre y cuando respc a un diagnóstico previo y apunte a fortalecer las mencionadas redes de salud. Sistemas información, logística, gestión de turnos programados, estrategias de referenci contrarreferencia, programas específicos de promoción y prevención, entre otros, son aspe que pueden ser abordados desde este proyecto.

Estas acciones se orientan a mejorar la salud de la población, mediante la jerarquización Primer Nivel de Atención y la consolidación de redes provinciales de servicios públicos; y e destinadas a fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud, eje estructurante c organización del sistema de salud provincial, dando continuidad al proceso de construcci un modelo sanitario integrado, basado en la implementación de redes de salud, y reconocie su base principal en la estrategia de APS. A partir de su redefinición, como un sistema d e s basado en la estrategia de atención primaria y por lo tanto fortalecer el funcionamiento de redes de salud.
Al mismo tiempo, da continuidad a las estrategias de fortalecimiento de la capacidac respuesta del Primer Nivel y tiende a una complementariedad de los servicios pertenecient segundo Nivel.

Las acciones destinadas a fortalecer el desarrollo de la estrategia de APS tienen como obje final, asegurar tanto la accesibilidad de las personas a los servicios de salud com continuidad de su atención.

Para ello se implementan un conjunto de acciones que promueven el registro de la población en el Primer Nivel de Atención a través de la nominalización de las personas, la búsqueda activa y el seguimiento del grupo familiar, el fortalecimiento de los procesos de atención del primer nivel, la comunicación entre niveles , y la gestión de pacientes dentro de la red estipulada , generando , junto al sistema de información una herramienta de análisis para la acción en pos de optimizar los recursos sanitarios .

Desde esta perspectiva el accionar en esta sistemática de trabajo, hará que su funcionamiento se promueva y se potencie, incrementando indudablemente la calidad, eficacia y la eficiencia de la gestión.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 e Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud- "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas"- Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4)
- ROVERE, M. (1999) Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión)
- Proceso de mejora continua en redes de salud - Ministerio de Salud del Perú - Dirección de Planificación Familiar - Management Sciences for Health Lourdes de la Pesa en colaboración con: Carmen Basurto y Esteban de la Cruz 1999.
- Las TIC en el Sistema Nacional de Salud - El programa Sanidad en Línea Red.es - Consejerías de sanidad de todas las comunidades autónomas - INGESA (Ceuta y Melilla)- Ministerio de Sanidad y Consumo – 2009
- Propuesta de modelo de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud cubano - *Félix J. Sansó Soberats* -Revista Cubana Medicina General Integral 1999; 15(6):613-20
- Operación del Sistema Electrónico para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes Dr. J Alejandro Ávalos Bracho. Subdirector de Atención Médica –INER -Coordinador salud-CUDI- Euro social, Nayarit, Marzo 2008
- Guía para la operación de sistema de referencia y contrarreferencia en los centros de salud de nivel primario del servicio de salud metropolitano sur oriente._ Chile, 2009.
- Plan Quinquenal de Salud 2011 / 2015 – Provincia de Buenos Aires, Ministerio de Salud Subsecretaría de Planificación.
- Tablero de mando, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Planificación , Dirección de información Sistematizada.
- Municipios y Comunidades Saludables, Una opción de Política Pública, 2002 OMS.
- . Atención Primaria, Armando Martín Zurro capítulo Informatización de Atención Primaria, Quinta Edición 2003

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4331 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

- Una Red para promover Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud en la Región de las Américas, Revista Salud ,OPS , Vol. 3, No 11 (2007) Herrera Vázquez.
- Gestión de Redes en la OPS/OMS Brasil: conceptos, prácticas y lecciones aprendidas. Brasilia 2008. Diego González Machín, Luciana Chagas, Priscila Almeida Andrade, Roberto Montoya.
- Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
- Declaración de Buenos Aires 30/15 www.paho.org/Spanish/D/declaracion-final-Buenos Aires 30-15.
- Rizo García, Marta. Redes. Una aproximación al concepto. Editorial: CONACULTA, UNESCO. 2003.
- Dabas, Elina. Red de redes. Las prácticas de intervención en redes sociales. Edito- rial Paidos. Buenos Aires. 1993.
- Panorama general. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. OMS. 2005.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

UNIVERSIDAD ISALUD

Anexo I

- Situación socio-sanitaria de la Provincia de Buenos Aires

Características demográficas

Con sus 307.571 km² de extensión, Buenos Aires es la provincia más extensa del país, ocupando el 11,06% de su superficie total. La población bonaerense es de 15,3 millones de habitantes al 30 de junio de 2010, según una proyección de crecimiento demográfico medio, teniendo en cuenta los dos últimos censos nacionales del país, los de 1991 y 2001 (Instituto Nacional de Estadística y Censos; INDEC), con lo cual es la provincia más poblada de la República Argentina.

El territorio bonaerense se halla dividido en 135 "partidos" o "municipios". El partido de Patagones es el más extenso de la provincia con 13.600 km², y el de Vicente López es el menos extenso, con 33 km². La Provincia de Buenos Aires está conformada por el Gran Buenos Aires (GBA), con poco más de 10 millones de habitantes, más lo que se considera el interior provincial de 5 millones de habitantes aproximadamente.

El Gran Buenos Aires (GBA) es la denominación genérica utilizada para denominar la megaciudad que integra a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su extensión natural o conurbación sobre la provincia de Buenos Aires sin constituir en su conjunto una unidad administrativa. El Gran Buenos Aires está integrado por dos grandes zonas: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y el Conurbano Bonaerense, integrado por 24 (veinticuatro) partidos de la provincia de Buenos Aires.

El término Gran Buenos Aires está relacionado con otras expresiones no siempre bien definidas: el Conurbano Bonaerense, el Aglomerado Gran Buenos Aires (AGBA) y el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). En el uso habitual de estos términos no siempre queda claro si se incluye o se excluye a la Ciudad de Buenos Aires. También es de uso habitual el término cinturón industrial de Buenos Aires, y la distinción entre el primer cordón, el segundo cordón y el tercer cordón.

Respecto al área urbana compuesta por la ciudad de Buenos Aires y los partidos aledaños que mantienen una continuidad urbana, el INDEC definió las siguientes denominaciones.
Partidos del Gran Buenos Aires: los 24 partidos que rodean a la Capital, excluyendo a la Capital. La denominación "Conurbano" fue desestimada por el INDEC. (sin embargo, en los informes emitidos por la DIS se incluye esta denominación y son 25 los municipios ya que se le suma Presidente Perón)
Gran Buenos Aires: la suma de los partidos del Gran Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires
Aglomerado Gran Buenos Aires: el Gran Buenos Aires, junto con las áreas de los demás partidos aledaños que mantengan continuidad urbana, aunque el partido no esté urbanizado en su totalidad.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto 412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax: 4334 0710 http://www.isalud.org

Datos:

Población: 15.315.842 / Año 2010

Densidad poblacional: 49,8 hab. /Km2.

Índice de masculinidad: 95,4 Varones/Mujeres

Porcentaje de población urbana: 97 %

Porcentaje de población rural: 3 %

Tasa bruta de natalidad: 18,4 o/oo (2009)

Tasa global de fecundidad (hijos por mujer): 2,35 Hijos por Mujer (2009)

Tasa de crecimiento anual de la población: 8,9 ‰ (tasa intercensal)

Pirámide poblacional: (2010)

Población de 0 a 1 año: 3,6 % del total de la población

Población menor de 15 años: 23,9 % del total de la población

Población entre 15 y 64 años (población económicamente activa): 65,1 % del total de la población

Población mayor de 65 años: 11.0 % del total de la población

Mujeres en edad fértil: 25.3 % (sobre el total)

Índice de dependencia: 53.6

Índice de vejez: 46.0

Fuente: Dirección Provincial de Estadística. Elaboración: DIS; Año 2010.

La Provincia presenta en el año 2010 características típicas de población urbana; el porcentaje de mayores de 65 años alcanza al 11% lo que permite caracterizarla como una estructura por edad envejecida. Este indicador tiene diferenciales geográficos significativos con porcentajes apenas superiores a 5% en partidos del segundo y tercer Cordón del Conurbano y valores por encima de 16% en el primer Cordón y en el interior rural. La natalidad y la fecundidad se comportan acorde al modelo, siendo superiores en las áreas de población más joven que aún reciben flujos migratorios considerables.

Características socio-económicas

En esta sección se presentan algunos indicadores generalmente usados para medir las características socio-económicas. En particular se muestra indicadores para Buenos Aires y los aglomerados que representan la provincia en la Encuesta Permanentes de Hogares (EPH, INDEC), pero también se mencionan otros aglomerados.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires -Tel. (54-11) 4334 7766 Fax.:4334 0710 http://www.isalud.org

La tasa de analfabetismo por aglomerado en el 2009 fue dispar, con valores que oscilan entre 0,31% y 1,75%%. La provincia de Buenos Aires medida por los aglomerados de Bahía Blanca, Gran La Plata, Mar del Plata y partidos de Gran Buenos Aires presenta un 1,05%, cerca de la media nacional de 1,03%. Los aglomerados con mayor tasa de analfabetismo son, entre otros: Jujuy (1,74%), Corrientes (1,70%), Tucumán (1,67%) Mientras que los aglomerados de Comodoro Rivadavia (0,31%) Ushuaia (0,42%) y San Luis (0,46%) se ubican en el extremo contrario.

Entre el período 2000-2009 de la tasa de analfabetismo para Buenos Aires disminuyó de 1,39% a 1,01%, reflejando un mejora sustancial en el indicador para ese período.

Tasa de Analfabetismo

Definida como el porcentaje de personas que tienen más de 10 años que no saben leer con respecto al total de personas que tienen más de 10 años.

2000-2009

Aglomerados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gran La Plata	1.16%	1.37%	0.95%	0.93%	0.95%	1.37%	1.71%	0.86%	1.20%	1.07%
Bahía Blanca	1.20%	1.26%	0.65%	0.36%	0.55%	1.03%	1.11%	1.30%	1.16%	1.21%
Gran Buenos Aires	1.41%	1.44%	1.35%	1.55%	1.49%	1.42%	1.38%	1.36%	1.20%	1.00%
Mar del Plata	1.42%	1.55%	0.79%	1.05%	0.90%	0.68%	1.69%	1.47%	0.86%	1.04%
Buenos Aires	1.39%	1.43%	1.28%	1.45%	1.39%	1.36%	1.41%	1.33%	1.18%	1.01%
Nacional	1.44%	1.46%	1.38%	1.27%	1.31%	1.34%	1.28%	1.27%	1.17%	1.05%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC. Subsecretaria de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Las estimaciones de la proporción de personas sin cobertura de obra social o prepaga por aglomerado muestran una gran disparidad en 2009. Buenos Aires presenta un 36,7%. Claramente refleja una mejoría contra el 49,2% de 2003. En 2009 para todos los aglomerados de la EPH los porcentajes oscilan entre 6,7% y 45,6%, con la media nacional de 32,7%. En el extremo superior la mayoría de los aglomerados del norte presentan porcentajes elevados sin cobertura no pública en salud: Formosa (45,1%), Jujuy (45,1%) y Santiago del Estero (45,7%). Por el contrario, en Río Gallegos (6,7%) Ciudad de Buenos Aires (15,3%) y Río Cuarto (16,2%) se observan los menores porcentajes.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Porcentaje sin Cobertura no Pública en Salud
Porcentaje de gente sin cobertura de Obra Social, Prepaga, Seguro Publico
2003-2009

Aglomerados	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gran La Plata	39.55%	36.50%	34.39%	27.47%	25.66%	31.16%	29.93%
Bahía Blanca	40.13%	38.44%	39.30%	35.89%	34.91%	36.15%	30.97%
Gran Buenos Aires	51.04%	48.86%	48.71%	44.84%	40.95%	38.08%	38.14%
Mar del Plata	35.80%	33.44%	33.54%	28.01%	24.64%	24.97%	24.03%
Buenos Aires	49.22%	46.98%	46.75%	42.61%	38.95%	36.90%	36.68%
Nacional	43.86%	41.69%	40.63%	37.79%	34.61%	32.56%	32.75%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC. Subsecretaria de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Al analizar la evolución del porcentaje de personas en hogares con NBI por aglomerados urbanos para el período 2003-2009 se observa una disminución en la mayoría. En 2009 la media nacional es de 23,1. Buenos Aires presenta una disminución del indicador de 32,0% a 27,7%, en mayor medida por la disminución en el indicador de los partidos de Gran Buenos Aires.

Porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas[15]
2003-2009

Aglomerados	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gran La Plata	17.01%	18.35%	16.47%	16.81%	16.72%	17.17%	20.54%
Bahía Blanca	24.67%	14.43%	14.61%	14.79%	15.91%	14.58%	14.32%
Gran Buenos Aires	34.41%	32.00%	33.45%	33.30%	31.37%	29.89%	29.26%
Mar del Plata	15.24%	16.63%	16.78%	17.46%	12.34%	14.20%	16.92%
Buenos Aires	32.03%	29.85%	30.99%	30.93%	29.03%	27.85%	27.66%
Nacional	28.34%	26.76%	26.73%	26.55%	25.78%	24.34%	23.11%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC. Subsecretaria de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Por otra parte, la cobertura del sistema de jubilaciones y pensiones en la etapa pasiva (cobertura pasiva) también es un indicador dispar por aglomerados. En el 2009, oscila entre 67,0% y 94,6% con un promedio de 80,0%. Buenos Aires presenta un 81,5% en 2009, reflejando una mejoría de la cobertura con respecto al 2000 de 62,5%. El aglomerado de Gran Buenos Aires muestra la mayor mejoría en el indicador.

[15] El índice compuesto NBI calculado en base a datos de la EPH incluye los siguientes cinco indicadores de hogares: hacinamiento (más de 3 personas por cuarto), tipo de vivienda (pieza de inquilinato, de hotel, local no construido para habitación, cerca de una villa de emergencia), condiciones sanitarias (sin baño con arrastre de agua), asistencia escolar (chicos con edad escolar que no asisten a la escuela) y subsistencia (jefe de familia con primaria incompleta o sin instrucción, y más de 3 miembros de la familia trabajando).

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 c Ley 24521)-
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Porcentaje de jubilados sobre población con más de 65 años 2000-2009

Aglomerados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gran La Plata	68.43%	72.21%	68.41%	69.61%	69.22%	66.88%	67.06%	75.35%	78.73%	86.36%
Bahía Blanca	62.50%	67.14%	64.73%	68.56%	64.59%	64.33%	70.79%	76.01%	82.47%	77.87%
Gran Buenos Aires	61.71%	64.43%	64.58%	58.48%	59.15%	58.62%	58.64%	68.23%	78.51%	80.81%
Mardel Plata	66.43%	56.11%	54.50%	61.63%	67.97%	65.76%	63.29%	73.71%	80.35%	85.62%
Buenos Aires	62.48%	64.41%	64.14%	59.86%	60.72%	59.95%	60.01%	69.45%	78.80%	81.46%
Nacional	65.30%	66.74%	64.48%	61.17%	62.76%	63.20%	63.60%	73.49%	79.10%	80.22%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC. Subsecretaria de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En la tasa de empleo por aglomerado también se observan mejoras en el período 2000-2009. Para el 2009 la tasa de empleo promedio nacional fue 59,3%. Nuevamente Buenos Aires presenta el indicador cerca de la media, en este caso con porcentaje de empleo de 59,7% en el 2009, 7 puntos porcentuales más que en el 2000.

Tasa de Empleo

Calculado como el cociente entre la población ocupada y la población económica activa.

2000-2009

Aglomerados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gran La Plata	55.43%	51.77%	51.10%	57.41%	58.26%	58.49%	60.10%	60.55%	60.51%	58.53%
Bahía Blanca	47.60%	45.16%	46.48%	54.67%	54.14%	55.49%	56.39%	53.66%	56.07%	56.47%
Gran Buenos Aires	52.58%	48.95%	50.83%	55.88%	59.06%	59.58%	60.38%	60.04%	61.28%	59.97%
Mar del Plata	52.07%	49.36%	52.56%	57.52%	60.25%	62.70%	61.33%	60.09%	60.84%	57.34%
Buenos Aires	52.59%	49.06%	50.82%	56.04%	58.93%	59.57%	60.30%	59.90%	61.06%	59.64%
Nacional	52.69%	49.60%	50.99%	56.52%	57.96%	59.19%	59.74%	59.36%	60.19%	59.28%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC. Subsecretaria de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La tasa de desocupación en 2009 promedio de los aglomerados es 8,32%, con un rango que oscila entre 1,7% y 10,3%. Buenos Aires presenta 9,85% de desempleo en el 2008, reflejando una disminución de 6,7 puntos porcentuales con respecto al 2000. En el período analizado sobresale la disminución del desempleo en todos los aglomerados.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Tasa de Desempleo

Calculada como el cociente entre la población desocupada y la población económicamente activa.

2000-2009

Aglomerados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gran La Plata	15.17%	15.45%	15.26%	13.49%	10.67%	11.27%	9.58%	7.01%	6.86%	7.45%
Bahía Blanca	17.11%	19.88%	18.08%	15.10%	15.05%	9.80%	9.78%	9.19%	9.89%	8.59%
Gran Buenos Aires	16.43%	21.06%	20.77%	16.42%	14.36%	11.57%	10.54%	8.22%	8.18%	10.14%
Mar del Plata	20.39%	22.71%	17.48%	15.42%	12.81%	11.91%	6.27%	10.41%	9.20%	8.62%
Buenos Aires	16.60%	20.75%	20.16%	16.13%	14.06%	11.52%	10.22%	8.29%	8.19%	9.85%
Nacional	14.52%	18.19%	17.66%	13.99%	11.67%	9.72%	8.37%	7.37%	7.09%	8.32%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC. Subsecretaria de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La tasa de escolarización por aglomerado en 2009 también es heterogénea: varía entre 72,1% y 97,6%. Buenos Aires presenta un 89,5% en 2009, 1,8 puntos porcentuales mayor que en el 2000.

Tasa de Escolarización

Definido como el porcentaje de personas que tienen entre 13 y 17 años que asisten a la escuela con respecto al total de personas que tienen entre 13 y 17 años.

2000-2009

Aglomerados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gran La Plata	91.44%	94.58%	95.37%	90.60%	92.92%	94.17%	88.29%	92.70%	89.87%	92.85%
Bahía Blanca	94.22%	92.90%	93.36%	94.41%	93.87%	91.89%	95.57%	91.51%	93.15%	91.19%
Gran Buenos Aires	90.87%	91.63%	92.22%	85.27%	88.33%	91.25%	89.91%	87.30%	87.34%	89.33%
Mar del Plata	91.55%	93.56%	90.90%	96.73%	92.26%	85.81%	92.06%	91.49%	92.10%	88.26%
Buenos Aires	91.03%	91.93%	92.34%	86.47%	88.89%	91.20%	90.07%	87.90%	87.88%	89.50%
Nacional	90.12%	90.86%	91.34%	87.42%	88.70%	90.44%	88.93%	88.45%	88.37%	88.86%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC. Subsecretaria de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La desigualdad del ingreso para el período 2003-2008, medida a través del Coeficiente de Gini por aglomerado, muestra una mejoría en los aglomerados de Buenos Aires con una disminución en el Gini agregado de 0.532 en 2000 a 0.417 en 2009.

Desigualdad de Ingresos

Medida a través del coeficiente de Gini.

2000-2009

Aglomerados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gran La Plata	0.589	0.587	0.649	0.479	0.452	0.432	0.409	0.401	0.423	0.413
Bahía Blanca	0.525	0.542	0.525	0.464	0.448	0.460	0.414	0.431	0.405	0.419
Gran Buenos Aires	0.527	0.573	0.568	0.480	0.457	0.437	0.460	0.446	0.425	0.416
Mar del Plata	0.526	0.552	0.573	0.466	0.459	0.442	0.436	0.393	0.407	0.401
Buenos Aires	0.532	0.573	0.574	0.482	0.460	0.441	0.457	0.443	0.425	0.417
Nacional	0.563	0.589	0.593	0.525	0.494	0.476	0.486	0.472	0.450	0.446

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la EPH, INDEC. Subsecretaria de Planificación de la Salud, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax 4334 0710 http://www.isalud.org

Otro indicador relevante es el índice de desarrollo humano (IDH). El IDH mide el progreso promedio de un país en relación a tres dimensiones resumidas en indicadores de salud, educación e ingresos. En última estimación de 2009 Buenos Aires presenta un IDH de 0,818, cerca de la media total país de 0,830. A su vez, comparando con el IDH de 2006 muestra una mejora de 0,016.

Como puede verse en el Cuadro el indicador entre provincias se muestra dispar, variando entre 0.876 para CABA y 0.773 para Formosa en los extremos. La Provincia de Buenos Aires se ubica en el lugar nº 12 al igual que en el año 2006.

Índice de Desarrollo Humano
Índices de Esperanza de Vida, de educación y de Ingresos
2009

Provincias	Indice de Esperanza de Vida	Indice de Educación	Indice de Ingresos	IDH
Formosa	0,800	0,935	0,584	0,773
Santiago del Estero	0,809	0,938	0,606	0,784
Chaco	0,788	0,968	0,627	0,794
Misiones	0,827	0,944	0,634	0,802
Jujuy	0,824	0,963	0,624	0,803
Corrientes	0,816	0,991	0,621	0,809
San Juan	0,838	0,955	0,651	0,814
Catamarca	0,835	0,962	0,647	0,815
San Luis	0,845	0,953	0,647	0,815
La Rioja	0,824	0,979	0,647	0,817
Salta	0,814	0,992	0,644	0,817
Buenos Aires	**0,843**	**0,943**	**0,668**	**0,818**
Entre Ríos	0,845	0,962	0,658	0,822
Tucumán	0,832	0,982	0,659	0,824
Río Negro	0,842	0,954	0,696	0,831
Mendoza	0,856	0,964	0,677	0,832
Santa Fe	0,846	0,963	0,688	0,832
Chubut	0,820	0,947	0,732	0,833
Neuquén	0,864	0,959	0,703	0,842
La Pampa	0,857	0,956	0,721	0,844
Córdoba	0,855	0,982	0,701	0,846
Santa Cruz	0,833	0,943	0,811	0,862
Tierra del Fuego	0,857	0,970	0,785	0,871
CABA	0,866	0,993	0,769	0,876
Total del país	**0,841**	**0,962**	**0,686**	**0,830**

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de PNUD 2010.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4331 7766 Fax. 4331 0710 http://www.isalud.org

UNIVERSIDAD ISALUD

Anexo II_Detalle del Diagnostico de Situación para detección del Problema

CAPS entrevistados

Distribución de encuestas efectivas sobre el total de centros con que cuenta cada municipio.

	Cantidad de CAPS encuestados	Total CAPS
Almirante Brown	4	22
Avellaneda	28	30
Berazategui	16	34
Esteban Echeverría	10	24
Ezeiza	12	18
Florencio Varela	31	44
Lanús	31	40
Lomas de Zamora	36	42
Quilmes	15	45
Total	**183**	**299**

Guía semi-estructurada para el diagnóstico de redes para ser aplicada a Secretarios de Salud
(METODOLOGÍA CUALITATIVA)

a) Nombre del entrevistado:

b) Cargo institucional del entrevistado:
c) Institución:
d) Entrevistador:
e) Municipio:
f) Fecha

1. ESTRUCTURA

1) Listado de Leyes, decretos, resoluciones, ordenanzas, normativas, acuerdos, convenios o compromisos de gestión que se ocupen de la R y CR, a nivel provincial, regional o local.
2) Listado de Antecedentes y/o existencia de sistemas o redes de servicios que puedan responder a los lineamientos generales de R y CR.
En estos casos
3) ¿Qué modelo de gestión se implementa?:

- ✓ modalidad de gestión de redes?
- ✓ modalidad de sistemas coordinados?
- ✓ modelo mixto (ambos)?

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

4) ¿Existe una Coordinación operativa del sistema o red de R y CR?
5) ¿Cuáles son sus modalidades o mecanismos de coordinación?

- ✓ Administrativos,
- ✓ De gestión,
- ✓ Clínicos,
- ✓ Informáticos,
- ✓ Financieros,
- ✓ Relacionales
- ✓ otros (especificar)

6) a) ¿Quién y cómo se eligen los miembros de la coordinación? b) ¿Está formalizado (leyes, decretos, resoluciones, etc.)?
7) Grado de capacidad de asignación y manejo de presupuesto.
8) Grado de injerencia en el nombramiento de personal
9) Número y características de los miembros que la integran.
10) ¿Los miembros tienen una función específica y no tienen otras actividades?
Grado de responsabilidad:
Grado de autoridad:
Grado de autonomía:

11) Nivel de acceso a información de los servicios
12) ¿Existe un Referente o responsable del sistema a nivel de los efectores?
13) Si sí, ¿Es su función específica?

- es un Director Asociado del Hospital?
- está formalizado, en algunos hospitales?
- reciben una retribución por esa función?

14) ¿Existe una Comisión o Comité político-técnico de Referencia y Contrarreferencia?
15) a) ¿Quiénes participan? b) ¿Está formalizado (leyes, decretos, resoluciones, etc.)
16) ¿Tiene reglamento de constitución y de funcionamiento?
17) ¿Cuál es la periodicidad de reunión?
18) ¿Es asesor o decidor?
19) ¿Se elaboran actas firmadas?
20) ¿Existe una Normatización de los procedimientos de la Red?

- por nivel de atención: en las redes intermedias, en la red de servicios finales, pero no formalizadas y un poco anárquicas
- por la gravedad
- por tipo de servicio: intermedios o finales
- por problemas de salud (por ejemplo: diabetes, hipertensión, etc.).
- por especialidad médica (red emergencia general, perinatal o neonatal, o de salud mental, etc.) o Emergencia.
- por ciclos de vida (neonatales, infantil, jóvenes, adultos ancianos, etc.).
- otros (especificar)

21) ¿Existe un cronograma de atención de los servicios del 1º nivel y de las especialidades en el 2º y 3º nivel?.
22) ¿Existen herramientas integrales para la evaluación y categorización de los servicios que permitan elaborar un proyecto para su resolución, de acuerdo a la complejidad del efector y a las necesidades de la población?

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

23) ¿Cuentan con capacidad de generación de información sobre los indicadores pertinentes de Referencia y contrarreferencia cuentan?
24) ¿Cuál es el Sistema de información y registro de la Referencia y contrarreferencia (ej. manual, computación, centralizado, descentralizado)?
25) Descripción de los Mecanismos o medios de comunicación (ej: teléfono, radio, Internet, etc.)
26) Descripción de los medios de transporte y traslado de los pacientes y de los servicios descentralizados (ej. vehículos municipales, ONG, provinciales, etc.):
27) ¿Cómo es la articulación de los diferentes programas y servicios nacionales, provinciales y municipales?:
¿Implementan ...

a. Programas Provinciales de Hipertensión Arterial y Diabetes? ¿Cuáles?
b. Programas Municipales de Hipertensión Arterial y Diabetes? ¿Cuáles?

28) ¿Existen, se disponen e utilizan normas de diagnóstico y tratamiento?
29) ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades de la gestión de la red?

2. FUNCIONAMIENTO DE LOS CAPS

Características Organizativas de los CAPS de la Red.

30) Cantidad de Áreas Programáticas.
31) a) Cantidad de CAPS y b) distribución por Áreas Programáticas.
32) ¿Cuentan los CAPS con Director, Coordinador o Responsable nombrado formalmente?
33) La decisión de la contratación o el nombramiento del personal de los CAPS, a) ¿está a cargo de un Área específica?, b) ¿cuál?
34) a) ¿Tienen los CAPS asignado un presupuesto del cual pueden disponer de forma autónoma? b) ¿Qué criterios se tienen en cuenta al momento de asignar el presupuesto a cada CAPS? c) ¿Cuál es el mecanismo de transferencia del mismo?:
35) En los CAPS de la Red, a) ¿se cobran las consultas generales o las consultas a especialistas? b) ¿y las prácticas u otras prestaciones? En caso de que exista algún tipo de cobro u arancelamiento c) ¿quién pasa a disponer de los fondos recaudados: los CAPS, la cooperadora de los CAPS, el Municipio, la Provincia, otros?
36) Los CAPS de la Red, ¿cuentan con alcancías de colaboración, cooperadoras y/o bonos voluntarios para recaudar dinero del que dispondrán de forma autónoma?
37) Caracterización general de los equipos de salud de los CAPS que integran la Red: cantidad de profesionales, especialidad y/o profesión, horas por actividad (horas médico, agentes sanitarios, administrativos, etc.).

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 c Ley 24521)-
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

38) Los Miembros del equipo de salud realizan:

Realizan....	NO	SI	Frecuencia	
Visitas domiciliarias de captación o recaptación	☐	☐	☐	_____
Rondas sanitarias	☐	☐	☐	_____
Actividades de extramuros:	☐	☐	☐	_____

39) Los CAPS, a) ¿tienen nominalizada (empadronada) la población de su área de referencia? Si sí, b) ¿en qué soporte se encuentra esa nómina (papel, digital en CAPS, digital (base de datos) en nivel central, etc.? c) ¿Qué cantidad de la población se encuentra nominalizada? *(Un CAPS tiene su población del área de referencia nominalizada cuando ésta se encuentra identificada, localizada y asignada al CAPS. Además, el CAPS debe conocer las características generales socio-sanitarias de su población a cargo)*

40) Los CAPS, a) ¿tienen identificada la población de su área de referencia con HTA y DBT II?, Si sí, b) ¿en qué soporte se encuentra esa nómina (papel, digital en CAPS, digital (base de datos) en nivel central, etc.?

41) Desde los CAPS, ¿se realiza búsqueda activa de casos de HTA y DBT II y su correspondiente seguimiento en el área programática?

42) Los CAPS, a) ¿cuentan con las historias clínicas actualizadas de los usuarios del servicio? b) ¿Son utilizadas durante la atención de los pacientes?

43) Los CAPS ¿tienen fichero cronológico para embarazadas?

44) ¿Existen en los CAPS servicios de diagnóstico con extracción y/o tomas de muestras descentralizadas?

45) En promedio, ¿cuál es el tiempo de espera de los pacientes que concurren al CAPS por demanda espontánea?: _____

Provisión de Medicamentos en los CAPS de la Red.

46) En los CAPS de la red, ¿la dispensa de medicamentos se realiza en la farmacia o en un lugar específico distinto del consultorio médico del centro de salud o se lleva a cabo en los consultorios médicos?

47) Generalmente, ¿qué personal entrega los medicamentos? Farmacéuticos, médicos, enfermeros, otro personal de salud, personal administrativo, otros.

48) Nos referiremos en el cuadro a continuación a los Programas a partir de los cuáles reciben medicamentos de manera regular.

	SI	NO	SI	NO
Programas Nacionales?	☐	☐	☐	☐
Programas Provinciales?	☐	☐	☐	☐
Programas Municipales?	☐	☐	☐	☐
Provenientes del sector privado?	☐	☐	☐	☐
Otro Programa?	☐	☐	☐	☐

Especificar _____

49) Indicar para cada uno de los Programas a través de los cuales los CAPS reciben medicamentos, a) ¿cuál es la metodología de asignación?, b) ¿con qué frecuencia se entregan?, c) ¿existe algún tipo de registro del stock y la utilización de estos medicamentos?
50) a)¿Desde los CAPS se realizan compras de medicamentos?, Si sí, b) ¿de dónde proviene el financiamiento para ellas?, c) ¿cuáles son los medicamentos comprados recurrentemente?
51) a) ¿Además de las posibles compras realizadas desde el Área de Salud (municipal y/o provincial), alguna otra área de gobierno (municipal y/o provincial) adquiere medicamentos para el PNA?, b) ¿cuáles la regularidad de esas adquisiciones?
52) ¿Poseen los CAPS algún tipo de sistema de registro de consultas ambulatorias que contengan el dato de entrega de medicamentos?
53) En la red seleccionada, a) ¿hay CAPS que no sean efectores del Programa Remediar?, b) **Si no,** ¿por qué motivos no reciben medicamentos de este Programa?

Entre los efectores del Programa Remediar:
54) ¿Qué proporción de consultas que requieren una prescripción medicamentosa son cubiertas por el Programa Remediar? _____
55) En función de los medicamentos que reciben de los diferentes Programas, a) ¿Considera que existe superposición en la medicación?, Si sí, b) ¿en cuálcs o en qué tipo?
56) Desde la implementación del Programa Remediar ¿considera que la cantidad de consultas médicas mensuales se incrementó, se mantuvo igual o disminuyó?
57) Desde la implementación del Programa Remediar, a) ¿considera que hubo cambios en relación al mancjo de medicamentos con respecto al hospital de referencia?; si sí, b) ¿cuáles ó de qué tipo?
58) Del total de medicamentos distribuidos por Remediar, ¿cuáles son los que frecuentemente resultan escasos para cubrir la demanda mensual de los centros de salud?
59) a) ¿Se realiza la operatoria de clearing entre los CAPS efectores del Programa?; si sí, b) ¿cuál considera que es la mayor limitante para el incremento de la frecuencia de rcalización de dicha operatoria?
60) a) ¿Se registraron vencimientos de medicamentos? b) Detalle e indique principales motivos.
61) a) ¿Qué sucede con los medicamentos que se vencen en los CAPS?, b) ¿a cargo de qué área de gobierno (municipal y/o provincial) ésta dicho procedimiento?

Modalidades de Referencia y Contrarreferencia:

61bis) ¿Qué cantidad de CAPS con sistema de turnos programados, sin restricciones por especialidades medicas existen? (*Mecanismo por el cual desde un CAPS se otorga, de forma programada, a distancia o in situ, una fracción de tiempo para una consulta médica u odontológica .La fracción de tiempo no debe corresponder a la misma jornada en la que fue solicitada ni asignada en el momento de mayor demanda de consultas en forma espontánea. Para considerar que un CAPS tiene un sistema de turnos programados, éstos deben asignarse en dos (2) o más especialidades centrales en el PNA, siendo: Pediatría, Clínica, Medicina de Familia, General y/o Toco-ginecología)*

62) ¿Se referencia desde los CAPS con turnos programados para interconsultas, internación, emergencia o servicios intermedios?

63) ¿Se pueden pedir desde los CAPS por teléfono, Internet, personal, etc.?

63bis) ¿Qué cantidad de consultas en los CAPS son programadas (es decir, realizadas bajo un sistema de turnos)?

64) ¿Tienen cupos por servicio?,

65) ¿Tiene respuesta para todas las demandas que necesitan los pacientes?

66) ¿Cuánto es el tiempo de espera para los turnos en el 2º nivel?

67) ¿Cuántas veces por semana se pueden solicitar turnos? ¿En qué horario?:

68) ¿La solicitud de los turnos en el 2º y 3º nivel se hace desde:

- una oficina específica
- un área especial de estadística
- en los servicios respectivos
- son por día (debe concurrir un día y esperar la cola)
- por día y hora.

69) ¿El médico tratante se comunica previamente con el profesional al que se va a referenciar al paciente?

70) ¿Existen cupos para la obtención de turnos desde los CAPS para cada uno de los servicios del 2º nivel?

71) ¿Existe prioridad en los turnos de interconsulta o servicios intermedios para los pacientes referidos desde los CAPS?

72) ¿Se realiza la atención de la emergencia en el 2º y 3º nivel teniendo en cuenta [aceptando] los estudios y diagnósticos de los profesionales que los refieren de los CAPS?

73) ¿Existen garantías de que se va disponer de camas de internación para los pacientes referidos de los CAPS?

74) ¿Se entrega al paciente en el CAPS un formulario de R y CR para llevar al hospital correctamente llenado, o es enviado, sin ningún informe por escrito, directamente al profesional del CAPS?

75) ¿Los pacientes van por sus propios medios o son llevados por vehículos de la red o de otras áreas del Estado?:

76) ¿Se registra en los CAPS la cantidad de pacientes referenciados y contrarreferenciados?

76bis) ¿Qué cantidad de referencias – contrarreferencias hay documentadas e incluidas en los registros clínicos del Primer Nivel de Atención **en el último cuatrimestre**?

77) Se registra en los CAPS la cantidad de pacientes referenciados y contrarreferenciados con HTA y DMT2?

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

78) a) ¿Dónde y b) cómo se registra la información que viene en el formulario de contrarreferencia del paciente?
78b) ¿Qué cantidad de CAPS tienen servicio de guardia?
78c) ¿En qué cantidad de CAPS se realizan extracciones de sangre?
78d) ¿Qué cantidad de extracciones de sangre fueron realizadas en los CAPS **en el último cuatrimestre**? (*Las extracciones a contabilizar requieren que el resultado llegue al CAPS y al registro clínico del paciente para su información y seguimiento.)*

Cultura – comunicación - información

79) ¿Exponen para los beneficiarios una cartelera accesible con especialidades y horarios de atención?
80) ¿Cuentan con una cartografía de toda la red de servicios con direcciones y teléfonos?
81) ¿Existe un cronograma de días y horarios de atención de los servicios de los efectores de la Red?
82) a) ¿Disponen de computadoras y b) cargan la información con un programa informático unificado para el municipio?
83) ¿Existen actividades de comunicación hacia la comunidad?
83bis) ¿En qué cantidad de CAPS se realizan actividades de identificación y captación de grupos en situación de riesgo en su área de referencia?

Evaluación

84) ¿Los CAPS operan como puerta de entrada al sistema local de salud?:
85) ¿La estructura de la red de APS es adecuada para dar una respuesta integral, suficiente y oportuna a las necesidades de la población?
86) ¿Existe algún tipo de actividad conjunta entre los equipos de salud del Hospital y de los CAPS?:
87) ¿Desarrollan una cultura organizacional que reconozca la importancia del trabajo coordinado y en red de los diferentes efectores del sistema?
87b) ¿Desarrollan una cultura del impacto que tiene la programación de la atención y el tiempo de espera sobre la calidad de la atención y la satisfacción del paciente?
88) ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades del funcionamiento de la referencia y contrarreferencia de los CAPS?

3. FUNCIONAMIENTO DE LOS HOSPITALES DE SEGUNDO NIVEL.

Seleccione un hospital de la red y describa

Características organizativas

89) Breve descripción del Sistema de Referencia y contrarreferencia del establecimiento:
90) ¿Cuenta con un y/o Consejo de Administración?
91) ¿Quién decide la contratación o el nombramiento del personal del Hospital?:
92) a) ¿Quién nombra el Director del Hospital? b) ¿A quién reporta?:
93) ¿Tienen sistema de costos?
94) ¿Hay sistema de cobro a los usuarios?
95) ¿Cómo se les asigna y transfiere el presupuesto?:
96) ¿Existen incentivos en el marco de los mejores desempeños relacionados con la calidad y la satisfacción?

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

97) ¿Existe interés por la facturación y cobro de las prestaciones de beneficiarios con terceros pagadores obligados del usuario (prepagas o seguridad social)?:
98) ¿El hospital tiene definida su área programática y de influencia (cobertura)?:
99) ¿Existe un Servicios de Área Programática en el Hospital?:
100) ¿Existe una oficina de atención al público o de calidad de la atención a nivel hospitalario, regional o municipal?

Modalidades de Referencia y Contrarreferencia:

101) ¿Existe una Oficina de R y Cr o similar a nivel hospitalario, regional o municipal?:
102) ¿Se dan turnos programados para los Centros de Salud por teléfono o por radio?:
103) ¿Se clasifica a los pacientes por algún criterio de gravedad para definir la espera de los turnos?
104) ¿Cuánto es el tiempo de espera para los turnos de especialista?

105) ¿Cuánto es el tiempo de espera para cirugías programadas?

106) ¿Los pacientes cuando llegan al hospital pasan por una oficina o área que se ocupa de orientarlos y registrar la Referencia?,
107) ¿Van directamente al servicio donde tenían el turno?
108) ¿Se realiza seguimiento del paciente referenciado?
109) ¿Existen planillas para registrar la referencia, la contrarreferencia y la transferencia de pacientes?
110) ¿Se realiza la contrarreferencia con turno programado para el CAPS?
110bis) ¿Qué cantidad de turnos protegidos en el 2º nivel de la Red hay para ser asignados al Primer Nivel de Atención?
111) Si se trata de estudios de servicios intermedios, por ejemplo laboratorio o diagnóstico por imágenes, los resultados como llegan a los CAPS?

- los retira un personal del CAPS,
- Los retiran de la oficina del Área Programática y diariamente se entrega en el CAPS.
- El resultado de las ecografías se lo dan al paciente

112) ¿Existen registros en el hospital sobre la cantidad de pacientes referenciados desde los CAPS de acuerdo al tipo de servicios (finales o intermedios)?
113) ¿Existen registros en el hospital sobre la cantidad de pacientes referenciados desde los CAPS con HTA y DMT2?
114) ¿Existen registros en el hospital sobre la cantidad de pacientes contrarreferenciados desde el Hospital a los CAPS de acuerdo al tipo de servicios (finales o intermedios)?
115) ¿Existen registros en el hospital sobre la cantidad de pacientes contrarreferenciados desde el Hospital a los CAPS con HTA y DMT2?
116) ¿Existen registros en el hospital sobre la cantidad de transferencias de pacientes a otro servicio o establecimientos (por un error en la referencia)?

Cultura – comunicación - información

117) ¿Existe una cartelera accesible con especialidades y horarios de atención?
118) ¿Existen actividades de comunicación hacia la comunidad?:
119) ¿Existe un cronograma de días y horarios de atención de los servicios de los CAPS efectores de la Red?
120) ¿Existe cartografía de la red de servicios con direcciones y teléfonos?

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931-(1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

121) ¿Existe algún tipo actividad conjunta entre los equipos de salud del Hospital y de los CAPS?

Evaluación

122) ¿Existe una cultura organizacional que reconozca la importancia del trabajo coordinado y en red de los diferentes efectores del sistema?

122b) ¿Existe una cultura que reconozca el impacto que tiene la programación de la atención y el tiempo de espera sobre la calidad de la atención y la satisfacción del paciente?

123) ¿El efector de 2º nivel cuenta con todos los servicios solicitados por los CAPS?

124) ¿Se realiza vigilancia epidemiológica y/o investigación sobre mortalidad, infección intrahospitalaria, etc.?
125) ¿Es posible conocer el origen de la demanda y la producción real por servicio?
126) ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades del funcionamiento de la referencia y contrarreferencia en los Hospitales de segundo nivel?
127) ¿Cuáles son actualmente las principales necesidades del municipio en lo que refiere al sistema de salud en general? ***Por favor detallar.***
a) De infraestructura (refacción y remodelación de edificios preexistentes):
b) Personal:
c) Equipamiento: Técnico
Equipamiento Mobiliario

d)Otros:
128) ¿Cuáles son actualmente las principales necesidades de los hospitales del municipio (ya sea municipales, provinciales o nacionales)? ***Por favor detallar.***
a) De infraestructura (refacción y remodelación de edificios preexistentes):
b) Personal:
c) Equipamiento: Técnico
Equipamiento Mobiliario

d)Otros:
129) ¿Cuáles son actualmente las principales necesidades de los CAPS? ***Por favor detallar.***
a) De infraestructura (refacción y remodelación de edificios preexistentes):
b) Personal:
c) Equipamiento Técnico:
Equipamiento Mobiliario:
d) Otros:

Resultados por municipio

A continuación se presentan los resultados obtenidos de las encuestas a los Centros de Atención Primaria de la Salud y de los Secretarios de Salud. Se tomó la decisión de presentar los datos desagregados por municipio, ya que se consideró que el procesamiento del total de la Región VI arrojaba valores de conjunto que no

resultaban representativos, debido al nivel de dispersión en la distribución de los valores y los casos relevados por municipio.

Resultados Avellaneda

A pesar de que algunos CAPS afirman tener nominalizada su población de referencia, el Secretario de Salud afirma que eso no sucede. De esta manera, se considera necesario reforzar el sistema de empadronamiento y nominalización, con el objetivo de conocer en profundidad las características demográficas, sociales y sanitarias de la población de referencia.
En lo que respecta al sistema de turnos programados, según las encuestas aplicadas a los CAPS más de la mitad de ellos no cuenta con dicho sistema. A su vez, el Secretario de Salud también considera que el sistema de turnos resulta escaso para la atención en las Unidades Sanitarias. De esta forma, resulta importante el fortalecimiento del sistema de turnos para poder brindar una correcta y adecuada atención a los usuarios.

Por otra parte, si bien la mayoría de los CAPS entrevistados afirma tener establecido un sistema de referencia y contrarreferencia con hospitales del 2º nivel, según el Secretario de Salud no se lleva ningún un registro en los CAPS de la cantidad de pacientes referenciados y contrarreferenciados. De esta forma, resulta indispensable reforzar el sistema de referencia y contrarreferencia, así como registrarlo debidamente.
Otra deficiencia detectada en el municipio de Avellaneda es la referida a los sistemas informáticos y de comunicación. La mayoría de los CAPS entrevistados de Avellaneda ha afirmado no disponer de un sistema informático, así como tampoco de carga de la

información unificada para el municipio. En esta misma línea, el Secretario de Salud manifestó necesario fortalecer los sistemas de comunicación mediante la incorporación de computadoras en red que permitan pedir turnos programados.

En otra dirección, el Secretario de Salud ha manifestado que considera necesaria la creación de algunos protocolos o normas para homogeneizar los criterios de los centros de atención, así como también la necesidad de capacitación de los recursos humanos.

Resultados encuestas CAPS Avellaneda
Han sido entrevistados 28 Centros de Atención Primaria de la Salud (de un total de 30 centros) en el Municipio de Avellaneda, y se ha llegado a los siguientes resultados:

- El 82% de los CAPS entrevistados (23 CAPS) del municipio de Avellaneda trabaja con Área Programática y/o Padrón Nominal, mientras que el 7% de entrevistados (2 CAPS) no lo hace. No se han recogido datos sobre el restante 11% de los centros (3 CAPS).

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires -Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

- El 96% de los CAPS entrevistados (27 CAPS) cuenta con un Director, Jefe o Coordinador designado oficialmente. En el restante 4% (1 CAPS), no se ha obtenido información.
- El promedio de profesionales por CAPS entrevistado es de 8,7 con valores que oscilan entre un mínimo de 1 profesional y un máximo de 14 profesionales.
- La cantidad de técnicos promedio es de 1,9 por CAPS entrevistado, con valores que oscilan entre un mínimo de 1 técnico y un máximo de 3 técnicos.
- La cantidad promedio de no profesionales es de 4,9 por CAPS entrevistado, con valores que oscilan entre un mínimo de 1 no profesional y un máximo de 10 no profesionales por centro.
- Aproximadamente un 68% de CAPS entrevistados (19 caps) realizan visitas domiciliarias de captación o recaptación, mientras un 29% no lo hace (8 caps). No se han obtenido datos en el restante 3%
- En lo que respecta a las rondas sanitarias, 39% de los CAPS (11 caps) las realiza, mientras un porcentaje idéntico no realiza este tipo de rondas. No se han obtenido datos en el restante 22%.
- El 79% de los CAPS entrevistados de Avellaneda realiza actividades extramuros/ actividades comunitarias, mientras que un 14% no lo hace. No se han obtenido datos en el restante 7%.
- Con respecto a la nominalización de la población, el 61% de los CAPS entrevistados (17) de Avellaneda afirma tener nominalizada la población de su área de referencia, mientras que el restante 39% no la tiene. A la hora de cuantificar esta nominalización, sólo se han podido recoger datos de 6 centros de salud, donde la media es de 4603,8 personas nominalizadas, con valores que oscilan entre un mínimo de 303,0 y un máximo de 7500,0.
- El 43% de los CAPS entrevistados de Avellaneda afirma contar con un sistema de turnos programados, sin restricción por especialidad, mientras que el 50% no cuenta con este sistema de turnos. El restante 7% de CAPS entrevistados afirma no disponer esa información. Con respecto a la cantidad de consultas programadas, la cantidad promedio es de 38,0 consultas programadas por semana, con valores que oscilan entre un mínimo de 15 y un máximo de 115 consultas programadas por CAPS por semana.
- El promedio de especialidades con las que cuentan los CAPS entrevistados de Avellaneda equivale a 5,9 por centro. Sin embargo, se observan grandes diferencias al interior de los centros, ya que hay algunos que cuentan con 3 especialidades
- (2 centros), mientras que se registra 1 centro que cuenta con 12 especialidades, y 2 centros con 9 especialidades. De esta manera, y contando con datos tan extremos, lo que explica que el valor promedio sea de 5,9 especialidades por CAPS, es la *moda* (es
- decir, el valor que más se repite), que equivale a 5 especialidades por centro (en 9 centros).

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax: (54-11) 4334 0710 http://www.isalud.org

- En el 96% de los CAPS entrevistados de Avellaneda las consultas no se cobran. Se ha registrado un caso donde se afirma que las consultas son cobradas a través de una cooperadora.
- El 89% de los centros entrevistados recibe de manera regular medicamentos provistos por programas Nacionales, el 61% de programas Provinciales y el 75% de programas Municipales. Se registró un 18% de CAPS que reciben medicamentos del sector privado.
- El 93% de los CAPS es efector del Programa Remediar. No se ha obtenido información sobre los restantes 2 centros.
- El 89% de los CAPS entrevistados de Avellaneda tienen establecido un Sistema de Referencia y Contrarreferencia con un Hospital del 2º Nivel. No se ha obtenido información sobre el restante 11%. Con respecto a la existencia de respuesta por parte de los profesionales del 2º Nivel, el 61% de los CAPS afirma que existe.
- En lo que respecta a la realización de actividades de identificación y captación de grupos en situación de riesgo en su área de referencia, el 68% de los CAPS entrevistados de Avellaneda afirma su realización. No se ha obtenido información sobre el 32% restante.
- Solamente el 4% de los CAPS entrevistados (lo que equivale a 1 centro) cuenta con servicio de guardia. Este mismo centro es el único de Avellaneda que realiza extracciones de sangre.
- El 86% de los CAPS entrevistados de Avellaneda afirma no disponer de un sistema informático, y 63% afirma que no se carga la información unificada para el municipio.
- El 86% de los CAPS entrevistados cuenta con actividades comunitarias de Promoción de la Salud.
- El 86% de los entrevistados afirma que los CAPS operan como puerta de entrada al sistema local de salud. No se han recogido datos para el 14% restante.
- El 54% de los CAPS entrevistados afirma tener necesidades de infraestructura. Entre ellas se destacan: reparación y remodelación edilicia, pintura, rejas de seguridad, puesta en valor de las instalaciones, mantenimiento, depósito de insumos.
- El 78% de los CAPS entrevistados manifiesta tener necesidades de personal, tanto profesional, técnico y no profesional.
- El 68% de los CAPS entrevistados afirma tener necesidades de equipamiento. Entre ellas se destacan: computadoras (mayoritariamente), sillón odontológico, estufas, aire acondicionado, impresoras, ficheros, sillones odontológicos, compresores, escritorios, electrocardiogramas, faxes, heladeras, bibliotecas, otoscopio estetoscopios, balanzas para pediatría, mesada para enfermería, esterelizadoras ecógrafos, negatoscopios, autoanalizadores (químicos y hematológicos), cintas reactivas de glucemia, material para psicología infantil.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art. 64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Comentarios emergentes resultantes de la entrevista al Secretario de Salud

Según el Secretario de Salud, el municipio de Avellaneda cuenta con 30 CAPS. Todos ellos cuentan con un director o responsable nombrado formalmente. Están compuestos por 300 profesionales: pediatras, clínicos, psicólogos, obstetras, ginecólogos, trabajadores sociales, enfermeros y fonoaudiólogos.
El Secretario de Salud afirma que los CAPS no tienen nominalizada la población de su área de referencia.

En lo relativo a los turnos programados, el Secretario de Salud desconoce la cantidad de CAPS con turnos programados. Por otra parte, afirma que se referencia desde los CAPS con turnos programados para interconsultas, internación, emergencias o servicios intermedios. Si bien dichos turnos se pueden pedir desde los CAPS telefónicamente, el Secretario de salud considera necesario fortalecer los sistemas de comunicación mediante la incorporación de computadoras en red que permitan pedir turnos programados. Según el Secretario de Salud, si bien existe prioridad en estos turnos de interconsulta o servicios intermedios para los pacientes referidos desde los CAPS, no siempre se tienen en cuenta en el 2º y 3º nivel los estudios y diagnósticos de los profesionales que los refieren de los CAPS.
Por otra parte, el Secretario de Salud afirma que no se lleva un registro en los CAPS de la cantidad de pacientes referenciados y contrarreferenciados.

El Secretario de Salud manifiesta que ningún CAPS de Avellaneda cuenta con servicio de guardia, y que sólo en algunos CAPS se realizan extracciones de sangre, aunque no puede detallar la cantidad.

En lo que respecta al Programa Remediar, el Secretario de Salud afirma que hay CAPS que no son efectores del programa. Sin embargo, no especifica los motivos por los cuales sucede eso. En relación a la cobertura del programa, el Secretario de Salud manifiesta que el 60% de las consultas que requieren una prescripción medicamentosa está cubierto por el Programa Remediar. También afirma que desde que se implementó el programa hay un mejor control de los medicamentos y todo está más ordenado que antes. Sin embargo, el Secretario de Salud considera que hay medicamentos que resultan fuertemente escasos para cubrir la demanda mensual de los centros de salud, tales como corticoides, levotiroxina, metformina y aerosolterapia.

Según el Secretario de Salud, los CAPS operan como puerta de entrada al sistema local de salud. Sin embargo, manifiesta que la estructura de la red de APS no siempre resulta adecuada para dar una respuesta integral, suficiente y oportuna a las necesidades de la población.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

A la hora de describir las principales necesidades del **municipio** en lo que refiere al sistema de salud, el Secretario de Salud ha distinguido tener necesidades de personal: clínicos, pediatras, obstetras, trabajadores sociales.

En esta misma línea, el Secretario de Salud considera que los CAPS también tienen necesidades de personal, tales como pediatras y obstetras. Además, considera que resulta necesaria la capacitación de todos los recursos humanos de la salud y la creación de algunos protocolos o normas para homogeneizar los criterios de los centros de atención,

Resultados Florencio Varela

De acuerdo a lo relevado de la situación de Salud de Florencio Varela, se destaca como principales debilidades la ausencia de una carga unificada de información a partir de un sistema informático. Un alto porcentaje de CAPS entrevistados indicó ausencia de un sistema informático, ausencia de computadoras o ausencia de conexión a Internet.
También se observa la insuficiencia de capacitación en los ámbitos administrativos, técnicos y profesionales. El Secretario de Salud hace referencia a la existencia de una comunicación asistemática y discontinua entre los equipos de salud del Hospital y de los CAPS.
En lo que respecta a la nominalización, si bien la totalidad de los CAPS afirma tener nominalizada toda la población de referencia, según el Secretario de Salud sólo se encuentra nominalizada la población de mujeres embarazadas y niños menores de 6 años. Por lo que se podría afirmar que dicha población nominalizada proviene de los registros del Plan Nacer.
Si bien el Secretario de Salud afirma que se realiza la referencia desde los CAPS con turnos programados para interconsultas, internación, emergencias o servicios intermedios al 2º nivel, dichas referencias y contrarreferencias no se encuentran cuantificadas.
En cuanto a la deficiencia en los procesos de atención en los efectores de la red, ésta resulta crítica, debido a la necesidad de contar con más profesionales de la Salud.

Resultados encuestas CAPS de Florencio Varela

Se entrevistaron 31 Centros de Atención Primaria de la Salud (de un total de 44 centros) en el Municipio de Florencio Varela, y se ha llegado a los siguientes resultados:

- El 100% de los CAPS entrevistados de este municipio trabaja con Área Programática y/o Padrón Nominal.
- En el 74% de los CAPS entrevistados (lo que equivale a23 centros) no existe un Director, Jefe o Coordinador designado oficialmente.
- El promedio de profesionales por CAPS entrevistado es de 14,3 con valores que oscilan entre un mínimo de 6 profesionales y un máximo de 21 profesionales.
- La cantidad de técnicos promedio es de 3,0 por CAPS entrevistado, con valores que oscilan entre un mínimo de ningún técnico y un máximo de 12 técnicos.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 e Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

- La cantidad promedio de no profesionales es de 4,4 por CAPS entrevistado, con valores que oscilan entre un mínimo de 2 no profesionales y un máximo de 8 no profesionales por centro.
- En el 100% de los CAPS entrevistados de Florencio Varela se realizan visitas domiciliarias de captación o recaptación.
- En lo que respecta a las visitas domiciliarias, 90% de los CAPS entrevistados (28 caps) las realiza, mientras que el 10% restante no realiza este tipo de visitas.
- El 100% de los CAPS entrevistados realiza actividades extramuros/ actividades comunitarias.
- La totalidad de los CAPS entrevistados de Florencio Varela afirma tener nominalizada la población de su área de referencia. A la hora de cuantificar esta nominalización, los datos se encuentran divididos en embarazadas y niños. Hay una media de 52,3 embarazadas nominalizadas, mientras que la media de niños nominalizados es significativamente mayor: 547. Los datos sugieren que dicha población nominalizada proviene de los registros del Plan Nacer.
- El 100% de los CAPS entrevistados cuenta con un sistema de turnos programados, sin restricción por especialidad. Con respecto a la cantidad de consultas programadas, la cantidad promedio es de 30,4 consultas programadas, con valores que oscilan entre un mínimo de 20 y un máximo de 50 consultas programadas por CAPS entrevistado.
- El promedio de especialidades con las que cuentan los CAPS entrevistados de Florencio Varela equivale a 7,4 por centro, con valores que oscilan entre un mínimo de 3 especialidades y un máximo de 12 especialidades por centro.
- En la totalidad de los CAPS entrevistados de Florencio Varela, las consultas no se cobran.
- El 100% de los centros entrevistados recibe de manera regular medicamentos provistos por programas Nacionales, Provinciales y Municipales, mientras que un centro recibe medicamentos provenientes del sector privado o de algún otro programa.
- La totalidad de los CAPS entrevistados son efectores del Programa Remediar.
- El 100% de los CAPS entrevistados tiene establecido un Sistema de Referencia y Contrarreferencia con un Hospital del 2º Nivel.
- Con respecto a la existencia de respuesta por parte de los profesionales del 2º Nivel, el 61% de los CAPS entrevistados (lo que equivale a 19 centros) afirma que existe, mientras que el 39% restante afirma la inexistencia de respuesta.
- En el 97% de los CAPS entrevistados de Florencio Varela se realizan actividades de identificación y captación de grupos en situación de riesgo en su área de referencia. No se han registrado datos para el 3% restante.

El 16% de los CAPS entrevistados (5 centros) cuenta con servicio de guardia. Y en casi la totalidad de los casos entrevistados (30 centros) se realizan extracciones de sangre. La cantidad de extracciones de sangre que fueron realizadas en aquellos CAPS en el último cuatrimestre equivale a 313,8 por centro.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 e Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.is.fund.org

- El 52% de los CAPS entrevistados de Florencio Varela afirma no disponer de un sistema informático. Y el 87% afirma que no se realiza la carga de la información unificada para el municipio.
- Casi la totalidad de los CAPS entrevistados cuenta con actividades comunitarias de Promoción de la Salud, con excepción de un caso.
- El 100% de los entrevistados afirma que los CAPS operan como puerta de entrada al sistema local de salud.
- El 87% de los CAPS entrevistados (27 centros) manifiesta tener necesidades de infraestructura. Al indagar sobre estas necesidades, las principales necesidades registradas fueron: refacción y remodelación del edificio y de los consultorios, ampliación de consultorios, finalización del SUM, conexión de agua, reparación de baños, instalación eléctrica, nuevos consultorios, depósitos para medicamentos, cambio de tanques de agua, mantenimiento del centro.
- El 65% de los CAPS entrevistados (20 centros) afirma tener insuficiente personal: tanto profesional, técnico y administrativo. Además se evidencia la necesidad de capacitación para todo el personal.
- El 77% de los CAPS entrevistados (24 centros) afirma tener necesidades de equipamiento, entre las que se destacan: mobiliarios del CIC, ecógrafos, técnicos ECG, sillones y equipos odontológicos, saturómetros, pediómetros, colposcopios, otoscopios, oftalmoscopios, detectores de latidos, esterilizadores, sonycates, camillas, material de ginecología, ambús, tensiómetros pediátricos, balanzas para adultos, pinzas, Meyer, materiales descartables, computadoras, impresoras, muebles y armarios, mesas y sillas, lockers, escritorios y bibliotecas.

Comentarios emergentes resultantes de la entrevista al Secretario de Salud

En lo que respecta a la nominalización de la población, el Secretario de Salud de Florencio Varela afirma que una parte de la población se encuentra nominalizada, y que el padrón está informatizado y se lo puede consultar en la web. Desde el Plan Nacer Municipal se imprime y se distribuye a los CAPS.
Según Plan Nacer la población nominalizada es:
Embarazadas: 1765
Niños: 18643
En relación a la cantidad de turnos programados, el Secretario de Salud afirma que todos los CAPS asignan turnos con programación. El procedimiento está incorporado como parte de garantía a la accesibilidad. Con respecto a la cantidad de consultas realizadas bajo un sistema de turnos, el Secretario de Salud manifiesta que aproximadamente entre 30 a 40 % de las consultas son programadas. Las consultas espontáneas también obtienen el turno por ventanilla en el día.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

A la hora de cuantificar la cantidad de referencias–contrarreferencias documentadas e incluidas en los registros clínicos del Primer Nivel de Atención para el último cuatrimestre, el Secretario de Salud afirma no disponer de esa información para interconsultas. Pero sí se dispone de información de extracciones y PAPs.

En lo relativo a las extracciones de sangre, se ha podido complementar la información obtenida a través de las encuestas a los CAPS. Según el Secretario de Salud, la totalidad de los

Centros de Atención Primaria de Florencio Varela realizan extracciones de sangre. Si se toma el último cuatrimestre como parámetro, se han realizado 11.200 extracciones para análisis.

Se ha podido cuantificar la composición del personal de los 44 CAPS con que cuenta Florencio Varela, gracias a las respuestas del Secretario de Salud:

Administrativos: 113
Cardiologos: 4
Clínica Médica: 39
Dermatología: 2
Ecografista: 3
Enfermería: 150
Ginecología: 31
Medicina General: 27
Obstétricas: 33
Odontología: 15
Pediatría: 61
Psicología: 25
Psiquiatría: 10
Técnico ECG: 3
Trabajo Social: 50
Sereno: 30

En lo que respecta al sistema informático, el Secretario de Salud afirma contar con 20 computadoras en el municipio, y que sólo 10 de ellas tienen conectividad a internet.

Frente a la pregunta sobre si la estructura de la red de APS es adecuada para dar una respuesta integral, suficiente y oportuna a las necesidades de la población, el Secretario de Salud explica que si bien se cuenta con una buena red de servicios, el recurso humano es el recurso crítico. No sucede lo mismo con el número de establecimientos, ya que serían suficientes, sino que una de las mayores dificultades yace en el déficit del recurso humano.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax: 4334 0710 http://www.isalud.org

El Secretario de Salud manifiesta que la actividad conjunta entre los equipos de salud del Hospital y de los CAPS resulta asistemática y discontinua.

Según el Secretario de Salud, en el Hospital Mi Pueblo la cantidad de turnos protegidos para ser asignados al Primer Nivel de Atención es de 15.000 turnos reservados para todos los CAPS al año.

A la hora de describir las principales necesidades del **municipio** y de los **CAPS** en lo que refiere al sistema de salud, el Secretario de Salud ha distinguido lo siguiente:
Necesidades de infraestructura: Resulta crítico el mantenimiento preventivo de los CAPS. Muchos de ellos requieren ampliaciones
Necesidades de personal: Médicos Generalista, Pediatras, Ginecólogos. Enfermeros.
Necesidades de equipamiento: Técnico: Colposcopio, balanzas, camillas.
Equipamiento Mobiliario: Equipos informáticos.
Además, se considera necesario dotar de conectividad y equipos informáticos a la totalidad de los CAPS.

En cuanto a las principales necesidades de los **hospitales** del municipio, el Secretario de Salud distingue:
Necesidades de infraestructura: El Municipio cuenta con los 3 niveles de atención. Se necesita el desarrollo de una planificación que de una respuesta más satisfactoria a la demanda de atención ambulatoria.
Necesidades de Personal: Especialidades críticas para atención ambulatoria. Actualmente el Municipio está próximo a inaugurar un Centro de Atención Ambulatoria Intermedio entre CAPS y Hospital. Resulta crítico poder dotar del RRHH para su funcionamiento.

Resultados Lanús
De acuerdo a lo analizado de los resultados del municipio de Lanús, se observa como principales aspectos a tener en cuenta la cuantificación en la nominalización de su área programática. Con respecto a éste punto, el Secretario de Salud afirma que esta se encuentra nominalizada sólo en un 40%, y que dicha información se encuentra actualmente en papel.

Al momento de analizar la deficiencia en los sistemas de información y turnos de la red, el Secretario de Salud y los CAPS afirman no poseer un programa informático unificado para el municipio para la carga de datos, debido a la falta de red.
Si bien el sistema de Referencia y Contrarreferencia está presente, el Secretario de Salud señala importantes fallas en lo que refiere a la comunicación dentro de éste sistema.

Resultados encuestas CAPS de Lanús
Se entrevistaron 31 Centros de Atención Primaria de la Salud (de un total de 40 centros) en el Municipio de Lanús. Sobre esta muestra, se optó por priorizar el análisis

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

en base a las 29 entrevistas realizadas con el tipo de cuestionario cuantitativo, y se ha llegado a los siguientes resultados:

- Casi el 97% de los CAPS entrevistados (que equivale a 28 CAPS) trabaja con Área Programática y/o Padrón Nominal, mientras que sólo el 3% (1 CAPS) no lo hace.
- En la totalidad de los CAPS entrevistados existe un Director, Jefe o Coordinador designado oficialmente.
- El promedio de profesionales por CAPS entrevistado es de 5,1 con valores que oscilan entre un mínimo de 1 profesional y un máximo de 13 profesionales.
- La cantidad de técnicos promedio es de 1,5 por CAPS entrevistado, con valores que oscilan entre un mínimo de 1 técnico y un máximo de 3 técnicos.
- La cantidad promedio de no profesionales es de 2,9 por CAPS entrevistado, con valores que oscilan entre un mínimo de 1 no profesional y un máximo de 8 no profesionales por centro.
- Aproximadamente un 52% de CAPS entrevistados (15 caps) realizan visitas domiciliarias de captación o recaptación, mientras un 45% no lo hace (13 caps). No se han registrado datos para el 3% restante.
- En lo que respecta a las rondas sanitarias, 41% de los CAPS entrevistados (12 caps) las realiza, mientras un 55% (16) no realiza este tipo de rondas. No se han registrado datos para el 4% restante.
- El 55% de los CAPS entrevistados realiza actividades extramuros/ actividades comunitarias, mientras que un 45% no lo hace.
- La totalidad de los CAPS entrevistados de Lanús afirma tener nominalizada la población de su área de referencia, pero a la hora de cuantificar dicha nominalización, todos los CAPS entrevistados alegan tener el 40% nominalizado.
- El 100% de los CAPS entrevistados de Lanús cuenta con un sistema de turnos programados, sin restricción por especialidad. Con respecto a la cantidad de consultas programadas, la cantidad promedio es de 17,4 consultas programadas, con valores que oscilan entre un mínimo de 15 y un máximo de 25 consultas programadas por CAPS.
- El promedio de especialidades con las que cuentan los CAPS entrevistados de Lanús equivale a 4,3 por centro. Sin embargo, se observan grandes diferencias entre los CAPS, ya que hay algunos centros que cuentan solamente con 1 especialidad, mientras que se registra 1 centro que cuenta con 9 especialidades. De esta manera, si bien el valor promedio es 4,3, es necesario resaltar que la *moda* (es decir, el valor que más se repite) es de 2 especialidades por centro.
- En la totalidad de los CAPS entrevistados de Lanús, las consultas no se cobran.
- El 100% de los centros entrevistados recibe de manera regular medicamentos provistos por programas Nacionales, Provinciales y Municipales, mientras que ninguno recibe medicamentos provenientes del sector privado o de algún otro programa.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL V FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax 4334 0710 http://www.isalud.org

- Casi la totalidad de los CAPS entrevistados son efectores del Programa Remediar, con excepción de un centro. En este caso, cuando se indagó acerca del motivo por el que no recibe medicamentos de este programa se concluyó que se debe a **"fallos en los registros"**.
- El 83% de los CAPS entrevistados tienen establecido un Sistema de Referencia y Contrarreferencia con un Hospital del 2º Nivel.
- Con respecto a la existencia de respuesta por parte de los profesionales del 2º Nivel, el 83% de los CAPS entrevistados afirma que existe, a pesar de que algunos remarcan que sólo funciona "parcialmente" o "a veces".
- En el 90% de los CAPS entrevistados de Lanús se realizan actividades de identificación y captación de grupos en situación de riesgo en su área de referencia.
- El 21% de los CAPS entrevistados (6 centros) cuenta con servicio de guardia. Y sólo en el 7% de los casos (2 centros) se realizan extracciones de sangre.
- La totalidad de los CAPS entrevistados de Lanús afirma no disponer de un sistema informático ni cargar la información unificada para el municipio.
- El 83% de los CAPS entrevistados cuenta con actividades comunitarias de Promoción de la Salud.
- Casi la totalidad de los entrevistados afirma que los CAPS operan como puerta de entrada al sistema local de salud. En el único caso que difiere del resto, la respuesta es indecisa.
- Si bien la totalidad de los CAPS entrevistados afirma poseer necesidades de infraestructura, de personal y de equipamiento (tanto técnico como mobiliario), no se han podido recoger datos detallados de estas necesidades.

Comentarios emergentes resultantes de la entrevista al Secretario de Salud

Según el Secretario de Salud de Lanús, el municipio cuenta con 40 CAPS que trabajan en 8 áreas programáticas. Los CAPS cuentan con un Director nombrado formalmente.

Con respecto a la nominalización de la población, el Secretario de Salud afirma que esta se encuentra nominalizada en un 40%, y que dicha información se encuentra actualmente en papel.

El Secretario de Salud afirma que casi todos los CAPS cuentan con un sistema de turnos programados, sin restricciones por especialidades médicas. Sin embargo, afirma que no siempre se encuentra respuesta para todas las demandas que necesitan los pacientes. Los turnos pueden ser solicitados semanalmente.

En lo que respecta al registro de pacientes referenciados y contrarreferenciados, el Secretario de Salud afirma la existencia de dichos registros en cada CAPS. A la hora de

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

cuantificar la cantidad de pacientes referenciados y contrarreferenciados, el Secretario de Salud no puede especificar la cantidad, sólo asume que "casi todas" las consultas han sido documentadas e incluidas en los registros clínicos del Primer Nivel de Atención.
El Secretario de Salud considera que la principal fortaleza del funcionamiento de la referencia y contrarreferencia de los CAPS es que facilita la resolución de las patologías del segundo nivel. Con respecto a las debilidades, la principal radicaría en la falta de comunicación entre el primer y el segundo nivel.

Según el Secretario de Salud hay 8 CAPS que cuentan con servicio de guardia, y en 4 CAPS se realizan extracciones de sangre. El Secretario de Salud cuantifica en 800 las extracciones realizadas mensualmente.

En lo que respecta al equipamiento informático, el Secretario de Salud afirma que si bien cuentan con computadoras, no poseen un programa informático unificado para el municipio para la carga de datos, debido a la falta de red.

El Secretario de Salud considera que los CAPS operan como puerta de entrada al sistema local de salud, y que casi siempre la estructura de la red de APS resulta adecuada para dar una respuesta integral, suficiente y oportuna a las necesidades de la población.

A la hora de describir las principales necesidades del **municipio** en lo que refiere al sistema de salud en general, el Secretario de Salud ha distinguido la existencia de necesidades de personal y de equipamiento. Además, considera tener necesidades de personal de seguridad.

En relación a las principales necesidades de los **CAPS**, el Secretario de Salud ha distinguido tener necesidades de infraestructura, de personal y de equipamiento, a pesar de no ahondar en detalles para cada una de ellas.
En cuanto a las principales necesidades de los **hospitales** del municipio, el Secretario de Salud distingue tener necesidades de personal y de equipamiento.
No se obtuvo respuesta sobre los restantes ítems relevantes de este diagnóstico.

Resultados Lomas de Zamora
En cuanto a la deficiencia en los procesos de nominalización y empadronamiento de la población de referencia, si bien según los resultados obtenidos se manifiesta cierto conocimiento de su área programática, ésta no se encuentra cuantificada, observándose la misma dificultad en los turnos programados.
La principal debilidad consistiría en la organización logística general en las actividades de referencia y contrarreferencia.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Un alto porcentaje de los CAPS afirma tener deficiencia en los sistemas informáticos y no se realiza la carga de la información unificada para el municipio. Con respecto a este punto, el Secretario de Salud manifiesta que si bien cuentan con un determinado número de computadoras, pero sin embargo destaca que resultan insuficientes
Si bien el sistema de referencia y contrarreferencia está instalado, éste presenta dificultades a la hora de cuantificar su magnitud, ya que no cuentan con estadísticas que ofrezcan éste dato.

Resultados encuestas CAPS de Lomas de Zamora
Se entrevistaron 36 Centros de Atención Primaria de la Salud (de un total de 42 centros) en el Municipio de Lomas de Zamora, y se ha llegado a los siguientes resultados:

- El 75% de los CAPS entrevistados de este municipio trabaja con Área Programática y/o Padrón Nominal.
- En el 86% de los CAPS entrevistados (lo que equivale a31 centros) existe un Director, Jefe o Coordinador designado oficialmente.
- El promedio de profesionales por CAPS entrevistado es de 10,8 con valores que oscilan entre un mínimo de 3 profesionales y un máximo de 31 profesionales.
- La cantidad de técnicos promedio es de 2,7 por CAPS entrevistado, con valores que oscilan entre un mínimo de 1 técnico y un máximo de 10 técnicos.
- La cantidad promedio de no profesionales es de 5,3 por CAPS entrevistado, con valores que oscilan entre un mínimo de 1 no profesionales y un máximo de 13 no profesionales por centro.
- En el 81% de los CAPS entrevistados de Lomas de Zamora se realizan visitas domiciliarias de captación o recaptación.
- En lo que respecta a las visitas domiciliarias, 58% de los CAPS entrevistados (21 caps) las realiza, mientras que un 20% no realiza este tipo de visitas. No se pudo relevar este dato en el 22% restante de caps.
- El 67% de los CAPS entrevistados realiza actividades extramuros/ actividades comunitarias.
- El 58% los CAPS entrevistados de Lomas de Zamora afirma tener nominalizada la población de su área de referencia. A la hora de cuantificar esta nominalización, sólo 10 centros pudieron definirla numéricamente. La media demuestra 9327,8 personas nominalizadas por centro, con valores que oscilan entre un mínimo de 388 a un máximo de 25000 personas nominalizadas.
- El 85% de los CAPS entrevistados cuenta con un sistema de turnos programados, sin restricción por especialidad. Con respecto a la cantidad de
- consultas programadas, solo 15 CAPS pudieron definir su cantidad. Dicha cantidad promedio es de 279,0 consultas programadas semanalmente, con valores que oscilan entre un mínimo de 50 y un máximo de 934 consultas programadas semanalmente por CAPS. Otros centros manifestaron atender por demanda espontánea.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax 4334 0710 http://www.isalud.org

- El promedio de especialidades con las que cuentan los CAPS entrevistados de Lomas de Zamora equivale a 6,0 por centro, con valores que oscilan entre un mínimo de 2 especialidades y un máximo de 12 especialidades por centro.
- El 94% de los CAPS entrevistados de Lomas de Zamora, afirma que las consultas no se cobran. En los dos casos restantes no se ha podido recoger dicha información.
- El 86% de los centros entrevistados afirma recibir de manera regular medicamentos provistos por programas Nacionales, el 67% por Provinciales y
- otro 86% por Municipales, mientras que un 14% recibe medicamentos provenientes del sector privado o de algún otro programa.
- La totalidad de los CAPS entrevistados de Lomas de Zamora son efectores del Programa Remediar.
- El 94% de los CAPS entrevistados tiene establecido un Sistema de Referencia y Contrarreferencia con un Hospital del 2º Nivel.
- Con respecto a la existencia de respuesta por parte de los profesionales del 2º Nivel, el 61% de los CAPS entrevistados (lo que equivale a 22 centros) afirma que existe, mientras que el 31% afirma la inexistencia de respuesta. No se ha obtenido respuesta en el restante 8% de los centros.
- En el 89% de los CAPS entrevistados de Lomas de Zamora se realizan actividades de identificación y captación de grupos en situación de riesgo en su área de referencia.
- El 28% de los CAPS entrevistados (10 centros) cuenta con servicio de guardia. Y en casi la totalidad de los casos (35 centros) no se realizan extracciones de sangre.
- El 81% de los CAPS entrevistados de Lomas de Zamora afirma no disponer de un sistema informático. Y el mismo porcentaje afirma que no se realiza la carga de la información unificada para el municipio.
- Casi la totalidad de los CAPS entrevistados cuenta con actividades comunitarias de Promoción de la Salud, con excepción de un caso. En dos centros no se pudo obtener dicha información.
- El 86% de los entrevistados afirma que los CAPS operan como puerta de entrada al sistema local de salud.
- El 81% de los centros de salud entrevistados de Lomas de Zamora afirma tener necesidades de infraestructura, entre los que se destacan: más consultorios, ampliación de consultorios, construcción de baños, refacción y remodelación de las unidades sanitarias, pintura, filtraciones, electricidad, desagües, ampliación de farmacia, refacción de techos y pisos, calefacción y refrigeración, mantenimiento en general de las unidades.
- En lo que respecta a la incorporación de personal, el 69% de los CAPS entrevistados afirma tener necesidades de personal (tanto profesional, como técnico y no profesional).

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1402/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel: (54-11) 4331 7766 Fax: 4334 0710 http://www.isalud.org

- El 72% de los CAPS entrevistados de Lomas de Zamora afirma tener necesidades de equipamiento, entre las que se destacan: compresores, sillones odontológicos, esterilizadores, tensiómetros, colposcopios, electrocardiógrafos, saturómetros, camillas ginecológicas, nebulizadores con aspirador, amillas con ruedas, RXs, ecógrafos, computadoras, internet, impresoras, fax, estufas, ficheros, escritorios, sillas, entre otros.

Comentarios emergentes resultantes de la entrevista al Secretario de Salud

Según el Secretario de Salud de Lomas de Zamora, el municipio cuenta con 42 CAPS que trabajan en 5 áreas programáticas. Los CAPS cuentan con un Director, Coordinador o Responsable nombrado formalmente.
Con respecto a la nominalización de la población, según el Secretario de Salud se encuentra nominalizada parcialmente, tanto en papel como digitalmente en una base de datos, en nivel central. A la hora de cuantificar dicha nominalización parcial, el Secretario de Salud manifiesta que la población nominalizada es la que se encuentra en el Plan Nacer, adolescentes y Prodiaba.

Según el Secretario de Salud, desde los CAPS se produce la referencia con turnos programados para interconsultas, internación, emergencia o servicios intermedios. Estos turnos se pueden solicitar en forma personal o telefónicamente, diariamente. No existe prioridad en dichos turnos de interconsulta o servicios intermedios para los pacientes referidos de los CAPS, salvo en las urgencias. Según el Secretario de Salud, tampoco
existen garantías de que se va disponer de camas de internación para los pacientes referidos de los CAPS. No en todos los CAPS se registra la cantidad de pacientes referenciados y contrarreferenciados, por lo que no se cuenta con estadísticas que brinden la información sobre la cantidad de pacientes referenciados y contrarreferenciados.
El Secretario de Salud considera que la principal fortaleza del funcionamiento de la referencia y contrarreferencia de los CAPS es la buena recepción que existe desde el 2º nivel. Y la principal debilidad consistiría en la organización logística general en las actividades de referencia y contrarreferencia y en la falta de recursos básicos en algunos CAPS, tales como teléfonos u otros medios de comunicación.
Según el Secretario de Salud, 9 CAPS cuentan con servicio de guardia. En lo que respecta a las extracciones de sangre, el Secretario de Salud afirma que en un sólo CAPS se realiza este tipo de intervención. A la hora de cuantificar las extracciones de sangre realizadas en el último cuatrimestre en ese centro, el número equivale a 16.000.
Con respecto al equipamiento informático, el Secretario de Salud manifiesta que cuentan con un determinado número de computadoras, pero sin embargo destaca que resultan insuficientes. Además, el municipio no cuenta con un programa informático unificado para el municipio para la carga de datos.
El Secretario de Salud considera que los CAPS operan como puerta de entrada al sistema local de salud en un 80%. Sin embargo, afirma que la estructura de la red de

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires -Tel. (54-11) 4334 7766 Fax 4334 0710 http://www.isalud.org

APS no resulta adecuada para dar una respuesta integral, suficiente y oportuna a las necesidades de la población.

A la hora de describir las principales necesidades del **municipio** en lo que refiere al sistema de salud en general, el Secretario de Salud ha distinguido lo siguiente:

Necesidades de infraestructura: Es necesaria la refacción total de los CAPS y del Hospital Municipal.
Necesidades de personal: Falta de profesionales en guardias del hospital municipal y en CAPS. Falta de pediatras y tocoginecólogos en CAPS y hospital municipal.
Necesidades de equipamiento: Técnico: Falta de equipamiento para emergencias móviles.
Equipamiento Mobiliario: falta de camas de internación en ambos hospitales (el Hospital de Agudos provincial y el Materno Infantil municipal).
El Secretario de Salud también considera necesario un servicio de tercer nivel, ya que no cuentan con ningún servicio de este tipo en los hospitales del partido.
En relación a las principales necesidades de los **CAPS**, el Secretario de Salud ha distinguido lo siguiente:

Necesidades de infraestructura: refacción en la totalidad de los CAPS.
Necesidades de personal: pediatras, tocoginecología y médicos de guardia.

En cuanto a las principales necesidades de los **hospitales** del municipio, el Secretario de Salud distingue:
Necesidades de personal: en cirugía cardiovascular, neurocirugía, en guardias cardiológicas y guardias de cirugía pediátrica.
Los resultados de los municipios que siguen se encuentran representados en valores absolutos, debido a la baja cantidad de casos relevados.

Resultados Almirante Brown
Al momento del relevamiento de campo, el municipio de Almirante Brown atravesaba diversos problemas político-institucionales, por lo que no fue posible la recolección suficiente de casos. Asimismo, también quedó incompleta la entrevista a la Secretaria de Salud.

En lo que respecta a la nominalización, 2 de los 4 CAPS entrevistados afirmaron tener nominalizada la población de su área de referencia, pero según la Secretaria de Salud la población que se encuentra nominalizada corresponde solamente a las embarazadas y los menores de 6 años, es decir, a la población del Plan Nacer. De esta forma, resulta necesario el empadronamiento y nominalización del resto de la población del

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

área de referencia, para conocer en detalle las condiciones sociales, demográficas y sanitarias de la población.

Resultados encuestas CAPS de Almirante Brown

Se han entrevistado 4 Centros de Salud en el Municipio de Almirante Brown.

- Los 4 centros trabajan con Área Programática.
- En 3 de ellos existe un Director, Jefe o Coordinador designado oficialmente.
- En 3 CAPS se realizan visitas domiciliarias de captación o recaptación.
- 1 CAPS realizan rondas sanitarias.
- 3 CAPS realizan actividades extramuros/ actividades comunitarias.
- 2 CAPS afirman tener nominalizada la población de su área de referencia.
- 2 CAPS cuentan con un sistema de turnos programados, sin restricción por especialidad.
- En 3 CAPS las consultas no se cobran. En el restante no se pudo obtener dicha información.
- Los 4 CAPS son efectores del Programa Remediar.
- Los 4 CAPS tienen establecido un Sistema de Referencia y Contrarreferencia con un Hospital del 2º Nivel.
- En los 4 CAPS se realizan actividades de identificación y captación de grupos en situación de riesgo en su área de referencia.
- 1 CAPS cuenta con servicio de guardia. Y en los 4 se realizan extracciones de sangre.
- 2 CAPS afirman disponer de un sistema informático y cargar la información unificada para el municipio.
- 2 CAPS manifiestan tener necesidades de infraestructura y los 4 declaran falta de personal y de equipamiento.

Comentarios emergentes resultantes de la entrevista al Secretario de Salud

Según la Secretaria de Salud, el municipio de Almirante Brown cuenta con 22 CAPS que trabajan en 2 áreas programáticas. Cada CAPS cuenta con un coordinador administrativo nombrado formalmente y con referentes profesionales que trabajan ad honorem. Los CAPS tienen en promedio 25 trabajadores de la salud cada uno, con todas las disciplinas: 1 asistente administrativo, 2 personal de seguridad, 4 médicos pediatras, generalistas, clínicos, ginecólogos, 5 licenciados en obstetricia, 6 licenciados en psicología, 7 licenciados en trabajo social, 8 promotoras de la salud. 9 licenciados en enfermería y 10 odontólogos en el 70% de los centros. En los centros más especializados también hay cardiólogos, neumonólogos, neurólogos, otorrinos, anatomopatólogos, toxicólogos, especialistas en imagen, bioquímicos, técnicos en ECG, en laboratorio y en radiología.

La Secretaria de Salud afirma que los miembros del equipo de salud realizan visitas domiciliarias de captación o recaptación, rondas sanitarias y actividades extramuros.

En lo que respecta a la nominalización, la Secretaria de Salud afirma que la población se encuentra nominalizada, tanto en papel como en forma digitalizada. Sin embargo, a la hora de cuantificar dicha nominalización, la Secretaria de Salud manifiesta que sólo

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931-(1095) Buenos Aires -Tel. (54-11) 43.347766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

se encuentran nominalizadas las embarazadas y los menores de 6 años. Se entiende que la población nominalizada corresponde a la del Plan Nacer.

Según la Secretaria de Salud, el municipio cuenta con capacidad de generación de información sobre los indicadores pertinentes de referencia y contrarreferencia. El sistema está informatizado en los hospitales y en la Secretaría de Salud, y cuentan con teléfonos y computadoras con internet nextel en los hospitales y en todos los CAPS.
No logró obtenerse más información sobre los restantes ítems relevantes de este diagnóstico.

Resultados Berazategui
Dentro de las dificultades observadas en el municipio de Berazategui se destacan: cierta deficiencia en los sistemas de información y turnos de la red, de acuerdo a lo expresado por el Secretario de Salud.
Según el Secretario de Salud, la nominalización de la población de referencia es de un 50 por ciento y su soporte es el papel, por lo que resulta de gran importancia lograr mayor nominalización para poder conocer mejor el área de referencia sobre el cual opera, además de sistematizar la información en soporte informático.
Al no poseer recursos informáticos la información relevada no responde a un criterio unificado, por lo que resulta necesario éste recurso para la sistematización de la misma.

Resultados encuestas CAPS de Berazategui
Se han entrevistado 16 Centros de Salud (de un total de 34 centros) en el Municipio de Berazategui.

- 6 de ellos trabajan con Área Programática
- En 11 de ellos existe un Director, Jefe o Coordinador designado oficialmente.
- En 7 CAPS se realizan visitas domiciliarias de captación o recaptación.
- 3 CAPS realizan rondas sanitarias.
- 10 CAPS realizan actividades extramuros/ actividades comunitarias.
- 7 CAPS afirman tener nominalizada la población de su área de referencia.
- 12 CAPS cuentan con un sistema de turnos programados, sin restricción por especialidad.
- En 13 CAPS las consultas no se cobran. En los restantes tres casos no se pudo obtener dicha información
- Los 16 CAPS son efectores del Programa Remediar
- 13 CAPS tienen establecido un Sistema de Referencia y Contrarreferencia con un Hospital del 2º Nivel.
- En 13 CAPS se realizan actividades de identificación y captación de grupos en situación de riesgo en su área de referencia.
- 3 CAPS cuentan con servicio de guardia. Y en 13 se realizan extracciones de sangre.
- 13 CAPS afirman no disponer de un sistema informático.
- 10 CAPS manifiestan tener necesidades de infraestructura, 4 declaran falta de personal y 10 de equipamiento.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Comentarios emergentes resultantes de la entrevista al Secretario de Salud

Según el Secretario de Salud de Berazategui la población que se encuentra nominalizada de su área de referencia es un 50%, y el soporte en el que se encuentra es el papel.
En lo que respecta al Programa Remediar, el Secretario de Salud afirma que sólo un 30% de las consultas que requieren una prescripción medicamentosa son cubiertas por el Programa Remediar.
En relación a la cantidad de turnos programados, el Secretario de Salud afirma que todos los CAPS asignan turnos con programación (ya sea telefónica o personal). Con respecto a la cantidad de consultas realizadas bajo un sistema de turnos, el Secretario de Salud manifiesta que aproximadamente entre 90% de las consultas son programadas. También desataca la existencia de prioridad en los turnos de inter consulta o servicios intermedios para los pacientes referidos desde los CAPS.
El Secretario de Salud afirma que existe el registro de la cantidad de pacientes referenciados y contra referenciados en los CAPS. A la hora de cuantificar la cantidad de referencias–contrarreferencias documentadas e incluidas en los registros clínicos del Primer Nivel de Atención declara que se registran 1784 pacientes referenciados y contra referenciados anualmente (no ha podido especificar dicha cantidad para el último cuatrimestre).
A la hora de responder sobre las fortalezas y debilidades del funcionamiento de la referencia y contrarreferencia de los CAPS, el Secretario de Salud manifiesta que la mayor fortaleza se produce cuando se cumple con el sistema de turnos y el seguimiento de los pacientes. Sin embargo, también identifica como mayor debilidad el funcionamiento del sistema de turnos y seguimiento de los pacientes cuando este no funciona correctamente. En esta dirección, resulta significativo el énfasis depositado por el secretario de salud en el funcionamiento del sistema de turnos y seguimiento como indicador general de la calidad del servicio de salud para el municipio en un momento dado.

En lo que respecta al servicio de guardia, el Secretario de Salud afirma que 7 CAPS cuentan con este servicio. Si bien el 50% de los CAPS realiza extracciones de sangre, el Secretario de Salud no ha podido especificar la cantidad de extracciones de sangre que fueron realizadas en los CAPS en el último cuatrimestre.

En lo que respecta al sistema informático, el Secretario de Salud afirma no contar con computadoras en el municipio, por lo que no se realiza la carga de la información con un programa informático unificado para el municipio.

A la hora de describir las principales necesidades del **municipio** en lo que refiere al sistema de salud en general, el Secretario de Salud ha manifestado tener necesidades de infraestructura, de personal, así como de equipamiento (tanto técnico como mobiliario), si bien no ha detallado cada una de ellas.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4338 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

En relación a las principales necesidades de los **CAPS** y de los **hospitales**, el Secretario de Salud ha manifestado tener necesidades de infraestructura, de personal, así como de equipamiento (tanto técnico como mobiliario), si bien no ha detallado cada una de ellas.

Resultados Esteban Echeverría

El Secretario de Salud de Esteban Echeverría, informa que cuentan con 22 Unidades Sanitarias, una unidad móvil, un centro de Zoonosis. Ningún CAPS cuenta con Director, Coordinador o Responsable nombrado formalmente.

Si bien según las encuestas realizadas a los CAPS se pudo observar que sólo un pequeño número de centros trabaja con área programática, el Secretario afirma que eso sucede sólo en teoría, ya que en la práctica no se trabaja según áreas programáticas En lo referente a la nominalización de la población, el Secretario de Salud afirma que existe una nominalización parcial. De esta forma, resulta una necesidad reforzar el empadronamiento y nominalización de la población para conocer las condiciones sociales, demográficas y sanitarias de la población de referencia.

Según el Secretario de Salud, en la actualidad no se referencia desde los CAPS con turnos programados para interconsultas, internación, emergencia o servicios intermedios. Tampoco existe la posibilidad de pedir los turnos desde los CAPS, a pesar de que las encuestas realizadas a los CAPS afirman lo contrario.
En lo que respecta al sistema informático, el Secretario de Salud afirma no contar con computadoras en el municipio, por lo que no se realiza la carga de la información con un programa informático unificado para el municipio.

La estructura de la red de APS no resulta adecuada para dar una respuesta integral, suficiente y oportuna a las necesidades de la población, ya que según el Secretario de Salud faltan algunos centros en áreas más desprotegidas.

Resultados encuestas CAPS de Esteban Echeverría

Se han entrevistado 10 Centros de Salud (de un total de 24) en el Municipio de Esteban Echeverría.

- 6 de ellos trabajan con Área Programática
- En 3 de ellos existe un Director, Jefe o Coordinador designado oficialmente.
- En 8 CAPS se realizan visitas domiciliarias de captación o recaptación.
- 8 CAPS realizan rondas sanitarias.
- 2 CAPS realizan actividades extramuros/ actividades comunitarias.
- 5 CAPS afirman tener nominalizada la población de su área de referencia.
- 6 CAPS cuentan con un sistema de turnos programados, sin restricción por especialidad.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

- En 8 CAPS las consultas no se cobran. En los restantes dos casos no se pudo obtener dicha información
- Los 10 CAPS son efectores del Programa Remediar
- 4 CAPS tienen establecido un Sistema de Referencia y Contrarreferencia con un Hospital del 2º Nivel.
- En 2 CAPS se realizan actividades de identificación y captación de grupos en situación de riesgo en su área de referencia.
- 3 CAPS cuentan con servicio de guardia. Y en los 10 se realizan extracciones de sangre.
- 7 CAPS afirman no disponer de un sistema informático.
- 5 CAPS manifiestan tener necesidades de infraestructura, 4 declaran falta de personal y 4 de equipamiento.

Comentarios emergentes resultantes de la entrevista al Secretario de Salud

Según el Secretario de Salud de Esteban Echeverría, en este momento se acaba de aprobar una modificación en el organigrama y se creó una Subsecretaría de Red Asistencial y Cuidados de la Salud, que tendrá un Subsecretario de Salud a cargo y un Director General de 1° nivel de atención y un Director de 2° nivel (hospital) con presupuesto propio. El Subsecretario tendrá a su cargo la coordinación de la red y por ende la implementación de un sistema de Referencia y Contrarreferencia. Esto fue aprobado por ordenanza municipal del Honorable Consejo Deliberante de la Municipalidad de Esteban Echeverría. Es importante destacar que en el organigrama hospitalario anterior existía una oficina (con rango de sala) de R y CR, pero que actualmente no se encuentra en funcionamiento. Según el Secretario de Salud no existe información organizada en función de la R y CR en el municipio. En esta dirección, no se dispone de datos sobre la cantidad de referencias – contrarreferencias documentadas e incluidas en los registros clínicos del Primer Nivel de Atención.
En lo que respecta al funcionamiento de los CAPS, el Secretario de Salud afirma que en la práctica no se trabaja según áreas programáticas. La composición del primer nivel de atención consta de 22 Unidades Sanitarias, una unidad móvil, un centro de Zoonosis. Ningún CAPS cuenta con Director, Coordinador o Responsable nombrado formalmente.

En lo referente a la nominalización de la población, el Secretario de Salud afirma que existe una nominalización parcial debido a la exigencia de Programas Nacionales, Salud Familiar y Plan Nacer. Dicha nómina se encuentra digitalizada (en una base de datos) a nivel central.
En las propias palabras del Secretario de Salud al hablar de la nominalización:

*"La nominalización no cumple con estas características (*un CAPS tiene su población del área de referencia nominalizada cuando ésta se encuentra identificada, localizada y asignada al CAPS. Además, el CAPS debe conocer las características generales socio-sanitarias de su población a cargo). *Simplemente es un listado de personas que cumplen con requisitos planteados por un programa con el número de sus documentos, edad, sexo y alguna caradenística más. No existe relación establecida con*

el CAPS excepto por la asistencia que se realiza en el mismo a partir de la demanda de los pacientes". [16]

Una problemática identificada por el Secretario de Salud es la referida a la poca articulación entre los distintos programas y servicios nacionales, provinciales y municipales, ya que cada uno tiene un responsable que articula con el nivel que le corresponde (provincial o nacional). Un hecho muy relevante para revertir esta situación es que en el nuevo organigrama municipal se ha creado una Coordinación General de Programas de Financiamiento externo que coordinará a los responsables de cada programa y a su vez con la nación y la provincia en función de los ejes de la política sanitaria del distrito determinada por el Secretario y los Subsecretarios.
En relación a los turnos programados, el Secretario de Salud afirma que la totalidad de los 22 CAPS del municipio permiten la solicitud de turnos programados. A la hora de cuantificar la cantidad de turnos programados, menciona que para el mes de setiembre de 2010 se estiman en 4.400 consultas del total de consultas registradas: 41.949.
Según el Secretario de Salud, en la actualidad no se referencia desde los CAPS con turnos programados para interconsultas, internación, emergencia o servicios intermedios. Tampoco existe la posibilidad de pedir los turnos desde los CAPS por teléfono, Internet, o cualquier otra vía.
En esta misma línea, al evaluar las principales fortalezas y debilidades del funcionamiento de la referencia y contrarreferencia de los CAPS, el Secretario de Salud afirma que las fortalezas consisten en los trabajos previos que se han realizado y la capacitación que el personal ha tenido al respecto y la decisión política de impulsarlas. Por otra parte, las debilidades son las indefiniciones de roles, la falta de apoyo en el tiempo al funcionamiento del sistema y la pérdida de credibilidad de la importancia del sistema de referencia y contrarreferencia tanto en los usuarios internos como externos
Un dato significativo es el relativo a la existencia de garantías de que se va disponer de camas de internación para los pacientes referidos de los CAPS. Según las palabras del Secretario de Salud:

"NO hay garantías (hay que tener en cuenta que el hospital tiene 150 camas para un total de 300.000 habitantes. Aproximadamente, la razón de camas por cada 1.000 habitantes es de 0,3 a 0,6 x 1.000 dependiendo si consideramos población total o población sin cobertura. El resto del conurbano tiene una razón de 2,4 y la CABA de 7 camas x 1000 habitantes)." [17]

Según el Secretario de Salud hay un solo CAPS que tiene servicio de guardia las 24 hs y dos centros con servicio de doce horas. En ningún CAPS se realizan extracciones de sangre.
En lo que respecta al Programa Remediar, el Secretario de Salud afirma que sólo un 50% de las consultas que requieren una prescripción medicamentosa está cubierto por el Programa Remediar. Además, considera que existe una superposición de medicamentos (antibióticos, AINE, antihipertensivo, hipoglucemiantes orales).

[16] **Extracto de la entrevista contestada por el Secretario de Salud de Esteban Echeverría el día 8/11/2010.**
[17] **Extracto de la entrevista contestada por el Secretario de Salud de Esteban Echeverría el día 8/11/2010.**

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

El Secretario de Salud manifiesta que en la actualidad los miembros del equipo de salud no realizan visitas domiciliarias de captación o recaptación, rondas sanitarias ni actividades extramuros.

En lo que respecta al sistema informático, el Secretario de Salud afirma no contar con computadoras en el municipio, por lo que no se realiza la carga de la información con un programa informático unificado para el municipio.

Frente a la pregunta sobre la capacidad de los CAPS de operar como puerta de entrada al sistema de salud, el Secretario de Salud manifiesta que si bien los CAPS sí operan como puerta de entrada, también la guardia del Hospital Municipal funciona como puerta de entrada, lo que inevitablemente constituye una problemática a resolver. La estructura de la red de APS no resulta adecuada para dar una respuesta integral, suficiente y oportuna a las necesidades de la población, ya que según el Secretario de Salud faltan algunos centros en áreas más desprotegidas.
También considera que son muy escasas las actividades conjuntas entre los equipos de salud del Hospital y de los CAPS. Sólo en algunos centros hay ciertas actividades, y principalmente las relacionadas con el Programa de Salud Sexual.
En una línea algo similar, al hablar sobre las fortalezas y debilidades de la gestión de la red el Secretario de Salud afirma que actualmente el distrito no cuenta con un sistema en red y en la práctica es una red casi exclusivamente dada por la gravedad y la urgencia. La fortaleza actual es la decisión política de desarrollarla, el acuerdo de los efectores en la necesidad de la misma, la división geográfica del distrito que permite una fácil regionalización, la aprobación del nuevo organigrama con la subsecretaría de redes de servicios cuidados de la salud. En cuanto a las debilidades, las principales identificadas fueron: la desorganización del RRHH, la falta de normatización, el descreimiento del RRHH frente a las propuestas de cambio y la resistencia al mismo, la falta de trabajo comunitario, las condiciones laborales (bajos sueldos, infraestructura deficitaria, falta de propuesta que supere lo asistencial y la demanda). De esta manera, el Secretario de Salud afirma que existe cierta cultura organizacional que reconoce la importancia del trabajo coordinado y en red de los diferentes efectores del sistema, pero que es simplemente discursiva, ya que a la hora de proponer los cambios necesarios para implementarlas prevalecen los conflictos e impedimentos. El Secretario de salud considera que es sumamente necesario estimularla y organizarla.
A la hora de describir las principales necesidades del **municipio** en lo que refiere al sistema de salud en general, el Secretario de Salud ha distinguido lo siguiente:

Necesidades de infraestructura: Refacción total de secretaría de salud y del hospital (en curso actualmente) y mantenimiento de los CAPS.

Necesidades de personal: En cantidad: es necesario un poco más pero no es lo más importante. Sí es necesario mejorar la calidad, incorporar generalistas en el 1°nivel con trabajo comunitario.

Necesidades de equipamiento: Técnico: principalmente todo lo que hace a informatización (lo que permite optimizar el trabajo en red)
Equipamiento Mobiliario: equipar la secretaría en donde se trabaja en muy malas condiciones.

Además, el Secretario de Salud manifiesta que existe una necesidad imperiosa de Móviles para la realización de las múltiples tareas entre los 24 CAPS, la secretaría y el hospital. También Ambulancias.
En relación a las principales necesidades de los **CAPS**, el Secretario de Salud ha distinguido lo siguiente:
Necesidades de infraestructura: En general mantenimiento de los edificios ya que no tienen grandes fallas estructurales.
Necesidades de personal: Administrativos, limpieza, enfermería. También Médicos generalistas y agentes sanitarios
Necesidades de equipamiento: Técnico: En una Unidad de 24 hs.: radiología, laboratorio. Computadoras para poder estar en red.
Equipamiento Mobiliario:. En muchos CAPS hace falta equipamiento general de consultorio (no médico, si no escritorios, sillas etc.).

En cuanto a las principales necesidades de los **hospitales** del municipio, el Secretario de Salud distingue:
Necesidades de infraestructura: Se están realizando tareas profundas de refacción del único hospital existente en el distrito que es municipal pero es necesario el aumento en el número de camas hasta tanto se termine el hospital del bicentenario que será provincial. Para eso es necesario la realización de una nueva sala, adecuación de espacios para laboratorio y diagnóstico por imágenes, una nueva farmacia, espacios para los médicos (oficinas etc.).
Necesidades de personal: Críticos: administrativos, mantenimiento, camilleros, en menor medida: enfermeros (se incorporaron 30 pero faltarían 10 más) y es necesario un cambio en las jefaturas de los servicios. También incorporar residencias.
Necesidades de equipamiento: Técnico: informático, automatización del laboratorio (es manual todavía), automatización de farmacia.
Equipamiento Mobiliario: múltiples equipamientos, principalmente mobiliarios para pacientes y familiares: camas, colchones, sillones de acompañante etc.

Además, el Secretario de Salud manifiesta que existen otras necesidades tales como: ambulancias y equipamiento para un centro coordinador de las mismas. Y capacitación del RRHH en múltiples temas: catástrofes, emergencias, entre otros.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax 4334 0710 http://www.isalud.org

Resultados Ezeiza

Si bien 7 de los 12 CAPS entrevistados afirman tener nominalizada la población de su área de referencia, el Subsecretario de Salud considera que la población no se encuentra nominalizada efectivamente. De esta manera, una de las principales necesidades del municipio consiste en realizar el empadronamiento y nominalización de la población, con el objetivo de conocer en profundidad las características demográficas, sociales y sanitarias de la población de referencia.

En lo que respecta al sistema de referencia y contrarreferencia, 8 de los CAPS entrevistados afirmaron tener establecido dicho sistema con un Hospital del 2º Nivel. Si bien el Subsecretario de Salud confirma la realización de la referencia y contrarreferencia, también afirma que el municipio no cuenta con capacidad de generación de información sobre los indicadores pertinentes de referencia y contrarreferencia, ya que no se registra dicha información en los CAPS. Como se mencionó anteriormente, el sistema de información y registro de la R y CR se realiza manualmente a través de la Hoja 2, C2. La comunicación se realiza a través de la radio, ya que los CAPS no poseen computadoras. De esta forma, resulta indispensable reforzar este sistema para poder registrar y sistematizar la información correctamente.

Otra problemática visualizada por el Subsecretario de Salud es la que se refiere a la falta de coordinación entre los distintos niveles, ya que afecta directamente la calidad de la atención de los usuarios. El Subsecretario afirma que no existe ningún tipo de actividad conjunta entre los equipos de salud del hospital y de los CAPS porque no se puede dialogar, ya que no es posible actualmente la coordinación entre los tres niveles.

En este sentido, resulta indispensable el fortalecimiento de la comunicación y capacitación en los recursos humanos integrantes de la red en todos los niveles de atención, así como el fortalecimiento de los procesos de atención en los efectores de la red.
En otra dirección, tanto el Subsecretario de Salud como los CAPS entrevistados declararon tener necesidades de recursos humanos, así como su constante capacitación.

Resultados encuestas CAPS de Ezeiza

Se han entrevistado 12 Centros de Salud (de un total de 18 centros) en el Municipio de Ezeiza.

- 7 de ellos trabajan con Área Programática
- En 10 de ellos existe un Director, Jefe o Coordinador designado oficialmente.
- En 5 CAPS se realizan visitas domiciliarias de captación o recaptación.
- 3 CAPS realizan rondas sanitarias.
- 3 CAPS realizan actividades extramuros/ actividades comunitarias.
- 7 CAPS afirman tener nominalizada la población de su área de referencia.
- 8 CAPS cuentan con un sistema de turnos programados, sin restricción por especialidad.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

- En 9 CAPS las consultas no se cobran. Se encontró un caso donde sí se cobran las consultas. En los restantes dos casos no se pudo obtener dicha información.
- 9 CAPS son efectores del Programa Remediar. Hay un caso que afirma no ser efector de Remediar (aunque no se distinguió el motivo), y 2 casos no se obtuvo dicha información.
- 8 CAPS tienen establecido un Sistema de Referencia y Contrarreferencia con un Hospital del 2º Nivel.
- En 6 CAPS se realizan actividades de identificación y captación de grupos en situación de riesgo en su área de referencia.
- 9 CAPS cuentan con servicio de guardia. Y en 10 se realizan extracciones de sangre.
- 8 CAPS afirman no disponer de un sistema informático.
- 6 CAPS manifiestan tener necesidades de infraestructura, 5 declaran falta de personal y 8 de equipamiento.

Comentarios emergentes resultantes de la entrevista al Subsecretario de Salud

Según el Subsecretario de Salud de Ezeiza, el municipio cuenta con 18 CAPS y cada uno tiene definida su propia Área Programática. Si bien los CAPS no cuentan con director o responsable nombrado formalmente, cuentan con una Coordinadora Política que desempeña dicha función. Cada CAPS está conformado por una coordinadora, un médico clínico de guardia, consultorios de pediatría, nutrición, obstetricia y ginecología. En lo que respecta a la nominalización, el Subsecretario de Salud manifiesta que la población de su área de referencia no se encuentra nominalizada.

Según el Subsecretario de Salud, el municipio no cuenta con capacidad de generación de información sobre los indicadores pertinentes de referencia y contrarreferencia, ya que no se registra dicha información en los CAPS. Actualmente, el sistema de información y registro de la R y CR se realiza manualmente a través de la Hoja 2, C2. La comunicación se realiza a través de la radio, ya que no se poseen computadoras.

El Subsecretario de Salud afirma que desde los CAPS se realiza la referencia con turnos programados para ínter consultas, internación, emergencia o servicios intermedios. Aproximadamente hay 20 turnos programados por profesional, y existen cupos por servicio. El Subsecretario de Salud manifiesta que no siempre se tienen en cuenta los estudios y diagnósticos de los profesionales de los CAPS, en el 2º y 3º nivel. En esta dirección, tampoco existen garantías de que se va a disponer de camas de internación para los pacientes referidos de los CAPS. El Subsecretario de Salud considera que la falta de coordinación entre los niveles afecta directamente la calidad de la atención de los usuarios.

Según el Subsecretario de Salud, no existe un cronograma de atención de los servicios del 1º nivel y de las especialidades del 2º y 3º nivel porque no es posible actualmente la coordinación entre los tres niveles.

A la hora de hablar sobre las fortalezas y debilidades del funcionamiento de la referencia y contrarreferencia de los CAPS, el Subsecretario de Salud considera que su

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

principal fortaleza se basa en la optimización del sistema, en la prevención de enfermedades y en el control a largo plazo. En cuanto a las principales debilidades, el

Subsecretario de Salud señala la falta de recursos humanos, los bajos salarios y la falta de compromiso del personal.
El Subsecretario de Salud afirma que todos los CAPS del municipio tienen servicio de guardia. En ninguno de ellos se realizan extracciones de sangre.
Respecto al Programa Remediar, el Subsecretario de Salud afirma que aproximadamente el 80% de las consultas que requieren una prescripción medicamentosa es cubierto por dicho programa. Los CAPS realizan compras de medicamentos financiadas el municipio para la medicación faltante del Programa Remediar (medicación pediátrica, salbutamol en aerosol, cefalexina, entre otros).
Según el Subsecretario de Salud, los CAPS operan como puerta de entrada al sistema local de salud. Sin embargo, considera que la estructura de la red de APS no siempre es adecuada para dar una respuesta integral, suficiente y oportuna a las necesidades de la población.

A la hora de describir las principales necesidades del **municipio** en lo que refiere al sistema de salud en general, el Subsecretario de Salud ha distinguido lo siguiente:
Necesidades de personal: falta de recursos humanos para cubrir guardias.
Necesidades de equipamiento: Técnico: laboratorio y electrocardiógrafos. Computadoras en red, intrared.

En relación a las principales necesidades de los **CAPS**, el Subsecretario de Salud ha distinguido lo siguiente:
Necesidades de infraestructura: mantenimiento.
Necesidades de personal: administrativo calificado.
Necesidades de equipamiento: Técnico: Computadoras, red intrared.

Equipamiento Mobiliario: sillas para sala de espera, escritorios, librería, folletería.
En cuanto a las principales necesidades de los **hospitales** del municipio, el Subsecretario de Salud distingue:
Necesidades de personal: recurso humano.

Resultados Quilmes
Dado que la información que se obtuvo de la entrevista al Secretario de Salud dejó aspectos sin conocer, las conclusiones y necesidades que se detectan pueden ser tenidas en cuenta parcialmente.
De todos modos puede apreciarse que sólo la mitad de los CAPS entrevistados afirma tener establecido un sistema de R y CR con un hospital del 2º nivel, por lo que sería un aspecto a reforzar.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c/Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Resultados encuestas CAPS de Quilmes

Se han entrevistado 15 Centros de Salud (de un total de 45 centros) en el Municipio de Quilmes.

- 11 de ellos trabajan con Área Programática
- En 5 de ellos existe un Director, Jefe o Coordinador designado oficialmente.
- En 6 CAPS se realizan visitas domiciliarias de captación o recaptación.

6 CAPS realizan rondas sanitarias.

- 9 CAPS realizan actividades extramuros/ actividades comunitarias.
- 11 CAPS afirman tener nominalizada la población de su área de referencia.
- 12 CAPS cuentan con un sistema de turnos programados, sin restricción por especialidad.
- En 11 CAPS las consultas no se cobran. En los restantes cuatro casos no se pudo obtener dicha información
- 14 CAPS son efectores del Programa Remediar. En el caso restante no se pudo obtener dicha información.
- 8 CAPS tienen establecido un Sistema de Referencia y Contrarreferencia con un Hospital del 2º Nivel.
- En 9 CAPS se realizan actividades de identificación y captación de grupos en situación de riesgo en su área de referencia.
- 3 CAPS cuentan con servicio de guardia. Y en los 3 se realizan extracciones de sangre.
- 9 CAPS afirman no disponer de un sistema informático.
- 11 CAPS manifiestan tener necesidades de infraestructura, 6 declaran falta de personal y 9 de equipamiento.

Comentarios emergentes resultantes de la entrevista al Secretario de Salud

Según el Secretario de Salud de Quilmes, el municipio trabaja en 8 áreas programáticas, para un total de 44 CAPS. Si bien existe un director por cada centro, este no cuenta con un nombramiento formal.

Según afirma el Secretario de Salud, el municipio cuenta con capacidad de generación de información sobre los indicadores pertinentes de Referencia y contrarreferencia. Este sistema se encuentra manual y computarizado centralizado.

Los mecanismos de comunicación con que cuenta el municipio son el teléfono, radio, fax y email.
Con respecto a los medios de transporte y traslado de los pacientes y de los servicios descentralizados, el Secretario de Salud afirma que el municipio cuenta con vehículos tanto municipales como provinciales.
Según el Secretario de Salud, la principal fortaleza de la gestión de la red del municipio consiste en el sistema de turnos por especialidades.
Por último, si bien la metodología implementada y el instrumento de recolección de datos resultaron idénticos a los aplicados al resto de los municipios, no logró obtenerse en el caso particular de la Secretaría de Salud de Quilmes información sobre los restantes ítems relevantes de este diagnóstico.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

Resultados hospitales

Se han entrevistado 16 hospitales de la Región VI, de los cuales 14 tienen dependencia provincial y 2 municipal. La mayoría de los hospitales afirma contar con un sistema de referencia y contrarreferencia con efectores del 1º nivel de atención, sin embargo, son pocos los hospitales que cuentan con una oficina o lugar físico específico para esto.
Alrededor de la mitad de los hospitales cuenta con un servicio de costos (SAMO o de acuerdo a las pautas del Ministerio de Salud). Salvo algunas excepciones, los hospitales no cuentan con un servicio de cobro a los usuarios.
Casi la totalidad de los hospitales entrevistados afirma tener definida su área programática y de influencia, salvo una excepción, y en aproximadamente la mitad de los hospitales existe un Servicio de Área Programática que funciona dentro del Hospital.
La mayoría de los hospitales afirma que existe una Oficina de R y Cr o similar a nivel hospitalario, regional o municipal. Los turnos programados para los Centros de Salud se brindan por teléfono o por radio, en casi la totalidad de los hospitales. Existe una gran divergencia en cuanto a la cantidad de turnos protegidos para el 1º nivel: muchos hospitales afirman que su funcionamiento es a demanda, mientras otros tienen una cantidad de turnos fijos establecidos.

El tiempo de espera para los turnos de especialista varía entre 7 y 40 días según el hospital y la especialidad. En la mayoría de los hospitales cuando llegan los pacientes pasan por una oficina o área que se ocupa de orientarlos y registrar la Referencia, y luego se realiza el seguimiento de cada paciente referenciado.
En casi la totalidad de los hospitales se realiza la contrarreferencia con turno programado para el CAPS, salvo una excepción. Otro hospital afirmó que no se realiza esta contrarreferencia porque se consensuó con los CAPS del área programática la admisión de los pacientes contra referenciados en forma espontánea. En todos los hospitales entrevistados de la Región VI los estudios de servicios intermedios, por ejemplo laboratorio o diagnóstico por imágenes, llegan a los CAPS a través del paciente.

La mayoría de los hospitales entrevistados afirma que existen registros en el hospital sobre la cantidad de pacientes referenciados desde los CAPS de acuerdo al tipo de servicios (finales o intermedios).
La mayoría de los hospitales realiza actividades de comunicación hacia la comunidad. Y casi la totalidad de los hospitales afirma que existe algún tipo actividad conjunta entre los equipos de salud del Hospital y de los CAPS.
Con respecto a las principales fortalezas del funcionamiento de la referencia y contrarreferencia en los Hospitales de segundo nivel, la mayoría de los hospitales entrevistados ha identificado cuestiones relacionadas al correcto seguimiento de los pacientes, a la relación cordial entre médicos y empleados administrativos de los CAPS y Of. De Referencia, a la facilidad en relación a la ausencia de trámites, y a la descentralización de la demanda, armado de la red y la accesibilidad, entre otros.
En lo que respecta a las debilidades del funcionamiento de la referencia y contrarreferencia en los Hospitales de segundo nivel se han destacado cuestiones vinculadas a la dificultad de seguimiento de pacientes de otras especialidades, a la falta de herramientas informáticas en los CAPS, a la necesidad de aumentar el número

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD- Autorizado provisionalmente Decreto1412/98 (art.64 c Ley 24521) - Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org

de turnos programados en las especialidades de mayor demanda, a la insuficiente cantidad de personal y vehículos, a la falta de espacio físico, a la consulta injustificada del 2º nivel basado en la falta de adherencia a la estrategia de APS por parte de los pacientes, entre otras.

Casi la totalidad de los hospitales entrevistados manifiesta tener necesidades de infraestructura, de personal y de equipamiento.

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE LA FUNDACIÓN ISALUD - Autorizado provisionalmente Decreto 1412/98 (art.64 c Ley 24521) -
Venezuela 931- (1095) Buenos Aires - Tel. (54-11) 4334 7766 Fax. 4334 0710 http://www.isalud.org