



FACULTAD  
DE CIENCIAS  
DE LA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ENTRE RÍOS

# Reformulación del primer nivel de atención de Salud en Entre Ríos

Cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud y la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Entre Ríos, que integra un proceso de Asistencia técnica al Ministerio de Salud de Entre Ríos.

**Coordinador: Prof. Mg. Leandro Nicolás Marcó**, Médico sanitarista, Magister en Ambiente humano, Profesor Titular ordinario de Salud pública FCS-UNER, Director del Programa Salud para todos FCS-UNER y Referente académico del “Programa Médicos comunitarios, equipos Salud del primer nivel de atención”. Ex Director provincial de Atención Primaria de la Salud y Ex Director de Salud de la Municipalidad de Concepción del Uruguay.

**Colaboradores:**

**Prof. Mg. Leandro Lepratte**, sociólogo, Magister en Ciencia, Tecnología y Sociedad (Orientación economía del conocimiento). Integrante del Programa Salud Para Todos y docente de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNER de grado y posgrado. Coordinador académico del Programa Médicos comunitarios.

**Lic. Ariel Blanc**, Licenciado en Enfermería, Especialista en prevención de adicciones, Docente auxiliar en las Cátedras Enfermería Comunitaria y Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental y Coordinador del Curso para agentes sanitarios del Programa Médicos comunitarios en Entre Ríos. Actual Secretario de Extensión e Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud

**Lic. Marina Boffelli**, licenciada en Enfermería, Diplomada en Bioética con orientación en la investigación, Sub-Jefa Interina de Sala Polivalente A del Hospital Urquiza. Docente JTP de la carrera en enfermería y Docente Guía on-line de la Licenciatura en Enfermería a Distancia.

**Mirta Murillo**, Médica generalista, integrante del Programa Salud para todos FCS-UNER y Coordinadora de Facilitadores de la Educación permanente en servicio, 3° etapa del “Programa Médicos comunitarios, equipos Salud del primer nivel de atención”. Médica del Centro de Salud de Colonia Elia, Ex Médica de tiempo completo en Olavarría con desempeño en Centros de Salud y Directora de Hospital de nivel III.

**Lic. Gladys Arosio**, Licenciada en Enfermería. Docente auxiliar ordinario en las Cátedras Enfermería Psiquiátrica y Práctica Integradora Final, área Enf. Comunitaria. Enfermera del Centro de Salud Giacomotti de Concepción del Uruguay.

## Índice

<b>Índice</b> .....	2
Resumen.....	4
<b>Introducción.</b> .....	5
Resumen de antecedentes del grupo del proyecto vinculados a esta temática. ....	10
<b>Antecedentes del proyecto específico</b> .....	12
<b>Observaciones y comentarios sobre la situación actual de los servicios de Salud del primer nivel de atención y del trabajo en terreno</b> .....	14
Procesos actuales de la información sanitaria. ....	15
Procesos de Referencia y contrarreferencia .....	17
<b>Observaciones y comentarios para la reformulación de la estructura, normativas y funcionamiento actual de los Centros de Salud y de los trabajadores en terreno</b> .....	24
Trabajadores en terreno de Salud en Entre Ríos .....	24
Situación de Centros de Salud.....	33
<b>Lineamientos generales de la propuesta innovadora</b> .....	39
<b>Cuestiones a tener en cuenta en el nuevo diseño del primer nivel de atención de Salud</b> .....	42
Descentralización. ....	43
Núcleo de conducción y apoyo del área programática.....	47
<b>Centros de Salud (CAPS, CIC, etc....)</b> .....	50
Definición de áreas de influencia y responsabilidad (Sector básico de Salud). Población a cargo.....	51
Equipo humano (estructura orgánica, funciones, perfiles y normas de selección) .....	55
Funciones del Centro de Salud:.....	57
Normas de selección del personal de los Centros de Salud.....	62
Incorporación de las dimensiones de la Salud ambiental en el área de influencia. ....	67
Componentes y campos de acción de la Salud ambiental.....	71
Procesos recomendados de referencia / contrarreferencia .....	74
Educación continua de los equipos .....	82
Estructura física y equipamiento.....	82
<b>Propuesta para fortalecer y optimizar el sistema de información del trabajo en terreno y en los Centros de Salud</b> .....	83
Propuesta de desarrollo del sistema de información del trabajo en terreno y comunitario. ..	83

Propuesta de desarrollo del sistema de información para el primer nivel de atención.....	84
Codificación de enfermedades en Centros de Atención Primaria.....	86
Circuito local de información epidemiológica y operativa (Sala de situación y ASIS).....	87
<b>Propuesta de normas técnicas para el funcionamiento del primer nivel de atención.....</b>	<b>89</b>
Programación participativa.....	89
Normas técnicas para el trabajo comunitario .....	91
Pautas generales para la gestión integral de la calidad de los servicios de salud del Primer Nivel de Atención.....	92
<b>Lineamientos para elaborar el proyecto de experiencia piloto y puesta en marcha progresiva de la reformulación.....</b>	<b>101</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>105</b>

## **Resumen**

En el marco de un proceso de Asistencia técnica al Ministerio de Salud de Entre Ríos, encargado por la Organización Panamericana de la Salud, se trabajó en una propuesta para avanzar en la implementación del Sistema de Información del trabajo comunitario y del primer nivel de atención y para desarrollar, validar y apoyar la implementación de las normas técnicas provinciales para el funcionamiento de los centros de salud y para la organización del trabajo comunitario en salud, incluyendo sistema de referencia y contrarreferencia.

Se presentan una serie de observaciones sobre la situación actual que se consideran de utilidad para la reformulación de los servicios del primer nivel de atención de Salud incluyendo el trabajo en terreno, tanto en su faz organizativa como en los flujos de información sanitaria en los que intervienen. Se efectúan aportes para el diseño de normas para el funcionamiento de los centros de salud y la organización del trabajo comunitario. Se destacan las siguientes cuestiones: a) descentralización, b) creación de grupos de apoyo por área programática, c) definición de población y territorio a cargo de cada centro de Salud, d) descripción de procesos asistenciales, preventivos y de gestión sanitaria y sus responsables, e) mecanismos de participación comunitaria, f) incorporación de la salud ambiental, g) optimización del sistema de información, codificación de motivos de consulta y enfermedades, salas y análisis de situación de Salud, h) referencia y contrarreferencia, atención domiciliaria, i) normas para la selección del personal, j) educación continua en servicio, k) gestión integral de la calidad.

Dada la complejidad y magnitud de los cambios a realizar se propone una experiencia piloto en un grupo de Centros de Salud y un equipo especial para cumplir el rol de grupo de apoyo del área programática. El propósito es ensayar y validar las propuestas innovadoras durante dos años. Se sugiere además un cronograma de aplicación progresiva en tres años de la descentralización de los servicios provinciales, como un complemento de gran importancia para la gestión del primer nivel, que también favorecerá el óptimo funcionamiento hospitalario.

La renovación de la estrategia de atención primaria de la Salud requiere de decisión política, conocimiento científico, estrategia social y recursos presupuestarios adecuados. Debe plantearse una política de Estado para lograr los mejores niveles posibles de salud y prevención de enfermedades para todos los entrerrianos.

## Introducción.

Este trabajo es parte del proyecto de Cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud y la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Entre Ríos, diseñado para integrar un proceso de Asistencia técnica al Ministerio de Salud de Entre Ríos. El propósito de esta asistencia es dar respuesta a una parte de los problemas detectados en las mediciones de las funciones esenciales de Salud pública (FESP) en Entre Ríos a fines de 2007.

En el Taller<sup>1</sup> de Medición del desempeño de las FESP, realizado con el asesoramiento de OPS, participaron 73 personas como representantes del sector Salud, que efectuaron evaluaciones de las 11 funciones esenciales. Se detectaron una serie de fortalezas y debilidades y se elaboró un plan de acción para conseguir el mejoramiento de las FESP de su competencia inmediata. Debe tenerse en cuenta que en el lapso transcurrido hasta el 2011 se han producido avances y algunas experiencias exitosas que modifican parcialmente aquellos resultados, pero siguen siendo una guía útil para proponer innovaciones y esfuerzos de perfeccionamiento. Algunos de los aspectos incluidos en la medición que están más relacionados con los fines del presente trabajo son:

- FESP1: seguimiento, evaluación y análisis de la situación de Salud.

Desempeño medio inferior en Guías y procesos de monitoreo y evaluación del estado de Salud y en Evaluación de la calidad de la información.

Desempeño óptimo del soporte tecnológico para el monitoreo.

- FESP 2: vigilancia de la Salud pública, investigación y control de riesgos y daños en Salud pública.

Entre las debilidades se menciona a:

- “Deficiencia en la capacidad de respuesta oportuna y efectiva dirigida al control de problemas de Salud pública”
- “Déficit en el trabajo intersectorial, no integración con otros sistemas de información (privado, ONG)”

---

<sup>1</sup> Funciones esenciales de Salud pública. OPS-MSAS ER. Buenos Aires, 2008

- “Escaso desarrollo de información poblacional de enfermedades crónicas, de accidentes y violencias, de experiencia en salud ocupacional y en la conducción de muestreo medioambiental rápido”.

Se menciona como fortaleza el control de riesgos, que seguramente se refiere a los endógenos, principalmente inmunizaciones, laboratorio clínico y otros exámenes preventivos pero parece no haberse evaluado el control de riesgos ambientales que en nuestra opinión solo se realiza, desde la Secretaría de Salud, frente a determinados episodios de riesgo epidémico.

- FESP 3. Promoción de la Salud:

Desempeño mínimo en reorientación de los servicios de salud hacia la promoción.

En la conclusión se plantea la necesidad de **“fortalecer el primer nivel de atención y el trabajo comunitario en Salud. Tener en cuenta programas regionales para su reformulación y adaptación a nivel provincial”**. *“Se señala la necesidad de abrir espacios para acordar la conceptualización de promoción, unificar criterios para la acción y poner en marcha el plan de acción”*. Promover estrategias como las de municipios saludables.

- FESP 4 Participación de los ciudadanos en la Salud:

Desempeño mínimo. Las debilidades halladas son:

- Ausencia de mecanismos formales y periódicos de consulta ciudadana.
- Escaso apoyo técnico y asesoría a los niveles intermedios.

En la conclusión destacan que **“es necesario promocionar el empoderamiento de la ciudadanía y de la participación social creando mecanismos institucionales de participación efectiva en la planificación, ejecución y evaluación de las acciones en Salud”**.

- FESP 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en materia de Salud pública.

Desempeño mínimo en la definición provincial y municipal de objetivos de Salud pública, desarrollo, monitoreo y evaluación de políticas de Salud pública y en la Asesoría y apoyo técnico a los niveles municipales e intermedios en desarrollo de políticas, planificación y gestión de la Salud pública.

- FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.

El monitoreo y la evaluación del acceso a los servicios de Salud necesarios se valora como un desempeño medio inferior (0,31/1) si bien se destacan algunas experiencias locales de acercamiento a la comunidad.

- FESP 8 Desarrollo de recursos humanos y capacitación en Salud pública.

Esta función incluye la identificación de un perfil para los recursos humanos que sea adecuado a los servicios de Salud pública. También destaca la importancia de la definición de requisitos para la acreditación de profesionales y de programas de mejoramiento continuo de la calidad. Desempeño mínimo (0). Se menciona como una debilidad que *“el personal que se ha capacitado en gestión de la Salud pública, a instancias del propio sistema provincial, luego no es convocado para desempeñar cargos de conducción”*. En la conclusión se menciona una *“fuerte insatisfacción en materia de desarrollo del recurso humano”*. *“Se destaca la ausencia de un sistema de evaluación del desempeño del personal que trabaja en Salud pública y la falta de incentivos”*. *“Se plantea que las Universidades y las autoridades sanitarias provinciales diseñen una política de formación y desarrollo de los recursos humanos, que fortalezca la formación humanista y orientada a las necesidades del perfil epidemiológico y sociocultural”*.

- FESP 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.

Mínimo desempeño. Puntaje final: 0,05/1.

Finalmente se identificaron las **“áreas de intervención prioritarias para el plan de desarrollo institucional”**, tendientes a mejorar el desempeño en las FESP que son de su competencia:

- **“Cumplimiento final de procesos claves y resultados sanitarios”**. El tipo de intervenciones requeridas están vinculados fuertemente a una gestión más eficiente de los recursos. Las responsabilidades se ubican en los sucesivos niveles

de conducción desde el nivel central provincial hasta las Direcciones de Centros de Salud o Jefaturas de Servicios.

- **“Desarrollo de capacidades e infraestructuras”** necesarias. En cuanto a información epidemiológica se exhibe una fortaleza en la Dirección de Epidemiología y en los nodos departamentales, vinculada principalmente a las enfermedades seleccionadas por el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Se emite regularmente información útil y bien presentada sobre los focos o amenazas epidémicas que se complementa con las recomendaciones sobre las conductas a seguir. Está mucho menos desarrollado el sistema para las enfermedades no transmisibles. En general la infraestructura edilicia no muestra grandes falencias. Los procesos hospitalarios parecen sobrepasados generalmente por falta de un óptimo aprovechamiento por parte de la sociedad de la red de Centros de Salud y CIC y por las falencias en la referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles asistenciales.
- **“Desarrollo de competencias descentralizadas en términos de facultades y capacidades dirigidas a apoyar a los niveles municipales e intermedios o a transferirles competencias para fortalecer el ejercicio descentralizado de la autoridad sanitaria en materia de Salud pública, acorde a los requerimientos de la modernización del Estado y del Sector”**.

#### Lineamientos para un plan de desarrollo institucional<sup>2</sup>

- Completar un diagnóstico de la situación de Salud:
  - Análisis de situación de Salud incorporando los factores determinantes y la georreferenciación
  - Análisis de la oferta de servicios, su accesibilidad y eficiencia
- Regionalizar el sistema de Salud
  - Asignación de recursos por región
  - Administración regional de los mismos

---

<sup>2</sup> Funciones esenciales de Salud pública. OPS-MSAS ER. Buenos Aires, 2008

- Descentralización de la toma de decisiones en el marco del plan estratégico de Salud provincial
- Optimización de los recursos
- Programación local participativa
- diseñar un sistema de referencia y contrarreferencia
- Desarrollar una política de recursos humanos en Salud que contemple:
  - Elaboración de perfiles y competencias de acuerdo a la función a cumplir
  - Establecer mecanismos de evaluación de desempeño
  - Elaborar un programa de capacitación integral de recursos humanos y la educación continua y en servicio, estableciendo convenios con las Universidades y organismos nacionales.
  - Priorizar la capacitación en planificación y gestión a los profesionales que cumplan funciones a nivel central e intermedio.
- Desarrollar un programa de garantía de calidad en los servicios
  - Evaluar estructuras, procesos y resultados, incluyendo la satisfacción de usuarios.
- Diseñar un plan de información
- **Fortalecer el primer nivel de atención y el trabajo comunitario en Salud.**
  - **Deberá fortalecerse en recursos humanos capacitados, en infraestructura y en capacitación.**
  - **Reformular el trabajo en terreno de los agentes sanitarios y/o promotores de Salud.**
- Adherir a la estrategia de “Municipios saludables”
  - Facilitar las alianzas sectoriales y extrasectoriales
- Fortalecer la participación ciudadana
  - Crear instancias formales de consulta, como “consejos locales de Salud” donde la comunidad participe activamente en la toma de decisiones u otras formas orgánicas de consulta.
- Fortalecer la capacidad institucional de regulación y fiscalización

- Elaborar una agenda de investigación en Salud pública
  - El nivel provincial debe promover y orientar la investigación en forma coherente con los objetivos del plan estratégico
  - Se sugiere lograr el apoyo de las Universidades
- Elaborar un plan de reducción del impacto de emergencias y desastres en Salud

### **Resumen de antecedentes del grupo del proyecto vinculados a esta temática.**

El Programa Salud para todos de la Facultad de Ciencias de la Salud, se pone en marcha hace 25 años con el propósito de aportar, desde el rol universitario, al fortalecimiento de la estrategia de atención primaria de la Salud mediante la innovación en aspectos formativos y metodológicos aplicables a los efectores de Salud en su concepción más amplia y los procesos involucrados en los mismos.

Principales áreas y proyectos del Programa Salud para todos:

- Área de Estudios demográficos, epidemiológicos y sociales
- Laboratorio de Calidad de aguas de consumo humano
- Proyectos de investigación / acción en desarrollo en los últimos años
  - Epidemiología del asma infantil
  - Nutrición infantil
  - Dengue
  - Ocupación del tiempo libre y prevención de adicciones
  - Salud ambiental rural
  - Calidad en aguas de consumo
  - Gestión de residuos sólidos en municipios de la provincia

En septiembre de 2008 este Programa se hace cargo del desarrollo de las actividades académicas del “Programa Médicos comunitarios, equipos Salud del primer nivel de atención” para toda la provincia de Entre Ríos. Se desarrollan las tres etapas de

dicho Programa, cursando en la actualidad tres cohortes con 300 alumnos aproximadamente y los equipos asistenciales de 91 centros:

- Carrera de posgrado Especialización en Salud social y comunitaria (para profesionales del primer nivel de atención de la provincia) 2 años de duración.
- Curso de Metodología de la investigación aplicada a problemas del primer nivel de atención (un año)
- Educación permanente en servicio para profesionales de 91 centros de Salud de toda la provincia
- Curso anual de Salud social y comunitaria para agentes sanitarios y promotores de Salud.

Por otra parte, en abril de 2011, también desde el Programa Salud para todos se comienza la ejecución del Proyecto federal de innovación productiva (PFIP) “Herramientas epidemiológicas para la gestión local” Su propósito es el desarrollo de un sistema de información de indicadores epidemiológicos, ambientales y de gestión para el fortalecimiento de centros de atención primaria de la salud en la Provincia de Entre Ríos.

## **Antecedentes del proyecto específico.**

La Organización Panamericana de la Salud encarga a la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNER una serie de actividades que se distribuyen entre diversos grupos. En nuestro caso, recibimos la consigna de elaborar un proyecto para:

- 6.3 Asistencia Técnica para desarrollar y apoyar la implementación del Sistema de Información del trabajo comunitario y para el primer nivel de atención.
- 6.4 Asistencia Técnica para desarrollar, validar y apoyar la implementación de las normas técnicas provinciales para el funcionamiento de los centros de salud y CIC, y para la organización del trabajo comunitario en salud, incluyendo sistema de referencia y contra-referencia.

El punto 6.3 se refiere a la información y el 6.4 la acción, que son los dos grandes conjuntos de actividades, en realidad inescindibles, en que pueden agruparse los temas de cualquier proyecto sanitario que incluya el componente racional de la información necesaria para actuar eficientemente y el compromiso de la acción preventiva y reparadora. Integran dos momentos de un ciclo, que bien ejecutado, orienta los servicios hacia la mejora continua mediante la evaluación de lo realizado, que se transforma en nueva información que potenciará los aciertos e intentará corregir los errores. Para cumplir eficazmente con los procesos de la información se requieren organización y normas adecuadas de funcionamiento de los servicios, que a su vez precisan de la actualización informativa para ajustarse cada vez mejor a las reales necesidades de la población a cargo. En nuestra propuesta, todo esto se orientó hacia el primer nivel de atención y el trabajo en terreno, teniendo en cuenta las articulaciones con los demás componentes del sector salud y con el conjunto de la Sociedad.

En esta primera etapa la asistencia técnica consistió en:

- observaciones y comentarios de la situación actual que se consideran de utilidad para la reformulación de los servicios del primer nivel de atención de Salud (Centros de

Salud, CAPS), principalmente los dependientes de la jurisdicción provincial, incluyendo el trabajo en terreno de los agentes sanitarios provinciales, tanto en su faz organizativa como en los flujos de información sanitaria en los que intervienen.

- El diseño de normas técnicas provinciales para el funcionamiento de los centros de salud y CIC, y para la organización del trabajo comunitario en salud, incluyendo el sistema de referencia y contra-referencia.
- La elaboración de una propuesta para fortalecer y optimizar el sistema de información del trabajo en terreno y en los Centros de Salud, incluyendo el proceso de referencia y contrarreferencia y la oportuna devolución a los equipos actuantes y a la población cubierta.
- Elaborar una propuesta de experiencia piloto en un grupo de Centros de Salud, para ensayar y validar las propuestas innovadoras durante dos años. Luego de la aprobación por las autoridades de dichas propuestas, se podría acordar para el futuro próximo esta segunda etapa mediante un nuevo convenio de cooperación. Se sugiere además un cronograma de aplicación progresiva en tres años de la descentralización de los servicios provinciales, como un complemento de gran importancia para la gestión del primer nivel, que también favorecerá el óptimo funcionamiento hospitalario.

## **Observaciones y comentarios sobre la situación actual de los servicios de Salud del primer nivel de atención y del trabajo en terreno de los agentes sanitarios provinciales.**

En la actualidad existe un Ministerio de Salud, a cargo del Dr. Angel Giano, del cual depende la Secretaría de Gestión Sanitaria a cargo del Lic. Pablo Basso. De ella depende a su vez la Subsecretaría de Promoción y Prevención donde se ubican las áreas más relacionadas con el primer nivel de atención, centradas en la Dirección general del primer nivel, aunque también tienen relación por las temáticas involucradas dos direcciones más, que deberían coordinar sus planificaciones y gestiones en terreno:

Subsecretaria de Promoción y Prevención de la Salud	Dra. María Fabiana Leiva
<b>Dirección General del Primer Nivel de Atención y Dirección de Programas Especiales</b>	Dr. Guillermo Salzmán
Dirección de Municipios y Comunidades Saludables	Dr. Jorge Roko
Dirección de Maternidad e Infancia	Lic. en Nutrición. Silvia Gieco

Los directores de los Centros de Salud de toda la provincia dependen directamente del Director provincial del primer nivel. El grupo de agentes sanitarios depende del Departamento de Educación para la Salud de la misma Dirección y no tienen relación orgánica con los Centros de Salud, aunque si hemos detectado que en algunos casos se da una relación funcional para las actividades en terreno.

## **Procesos actuales de la información sanitaria.**

Información recolectada durante el 1° y 2° Seminario de Epidemiología del Posgrado en Salud Social y Comunitaria (VI cohorte) y el cursado Modulo 2 “Epidemiología” del Curso Anual de Salud Social y Comunitaria, realizados en el marco del Programa Médicos Comunitarios – Facultad de Ciencias de la salud - UNER

### *Información del trabajo en terreno.*

Los trabajadores de salud en terreno (agentes sanitarios) utilizan sus propias planillas de visitas domiciliarias, cuyos datos son condensados en una planilla especial por cada agente sanitario y luego son enviadas al Departamento central en Paraná. Generalmente esta información no es procesada ni analizada en los Centros de Salud correspondientes al sector.

De una encuesta realizada a 36 personas (agentes sanitarios y promotores de salud) perteneciente a la Primer cohorte del Curso de Salud Social y Comunitaria desarrollado en el marco del Programa Médicos Comunitarios puede concluirse en cuanto a los procesos de la información:

- Aproximadamente el 95% de los agentes sanitarios y promotores de salud reconoce con claridad el territorio en el cual desarrolla su trabajo y lo vinculan con los centros de salud y CIC de sus localidades y regiones. Sin embargo cuando observamos la cartografía de trabajo solo el 16% realiza la misma de una forma aceptable. El 84% restante solamente posee el mapa de su sector de trabajo, sin referenciar en este las familias visitadas.
- En la mayoría de los casos no dejan la información recolectada en los Centros de Salud.
- El 72% no recibe devolución del procesamiento de la información recopilada en las planillas de visita domiciliaria durante su trabajo en terreno.

### *Información epidemiológica en los Centros de Salud*

#### **Funcionamiento ACTUAL del circuito epidemiológico**

En la actualidad la información generada por los centros de salud es registrada por los profesionales o administrativos en varios instrumentos: Planillas de atención diarias,

Planillas de vacunación, Planilla de notificación obligatorio C2, Planilla Plan Nacer, Planilla de entrega de leche, Planilla Remediar, entre otras.

El circuito que recorre la información epidemiológica es el siguiente: los datos generados por el equipo del Centro de Salud se recopilan en el mismo Centro (Nivel Local). Luego son enviados al Nodo Departamental (Nivel Departamental) y desde estos es remitida a la Dirección de Epidemiología de la provincia con sede en Paraná (Nivel Provincial)<sup>3</sup>. Las planillas de agentes sanitarios son presentadas directamente en la sede local, que generalmente es un hospital y luego son enviadas al Departamento de Educación ambiental). Habitualmente no se devuelve el procesamiento de ellas al Centro de Salud.

**Dificultades observadas en el funcionamiento del circuito actual.** (Es una descripción general que resume la realidad de la gran mayoría de los Centros, pero se han detectado en algunos pocos lugares, avances locales para el tratamiento de la información).

- A) Los datos generados o sus potenciales usos en términos de información y conocimiento no tienen el debido retorno por parte de los niveles centrales al Equipo de Atención Primaria del Centro de Salud salvo la información seleccionada como enfermedades de notificación obligatoria o por brotes epidémicos que se comunica por un Boletín digital de la Dirección provincial de Epidemiología, al que no acceden muchos profesionales por distintas razones.
- B) Los datos generados en los Centros de Salud en escasas ocasiones es considerado como información para ser analizada por el Equipo de Atención Primaria, esto dificulta la detección rápida de diferentes situaciones o problemáticas que se presentan en la comunidad. Es decir, existe un déficit de gestión del conocimiento sobre los problemas de salud poblacionales.

---

<sup>3</sup> Información recolectada durante el 1° y 2° Seminario de Epidemiología del Posgrado en Salud Social y Comunitaria (VI cohorte) y el cursado Modulo 2 Epidemiología del Curso Anual de Salud Social y Comunitaria, realizados en el marco del Programa Médicos Comunitarios – Facultad de Ciencias de la salud - UNER

- C) No se prevén en la mayoría de los Centros de Salud instancias para la gestión del conocimiento a partir del registro de datos, procesamiento y análisis de la información y su posterior socialización, principalmente en los casos donde esta ha sido generada con la comunidad del área programática.
- D) No se observa un responsable a nivel del Centro de Salud de la recolección, procesamiento y envío de la información generada por el Equipo de Atención Primaria. Menos aún que desarrolle procesos de gestión de documental, de la información y del conocimiento. Procesos estos requeridos en todas las organizaciones en la actualidad, especialmente aquellas que trabajan frente a situación de complejidad de sus entornos, incertidumbre radical y riesgos.
- E) Los instrumentos de recolección de datos actuales no permiten en ocasiones, describir algunos aspectos importantes de la realidad social de la población atendida. Ni tampoco existe procedimientos que triangulen técnicas de recolección de datos y su posterior procesamiento como información en términos cualitativos y cuantitativos.
- F) Los datos relevados por los agentes sanitarios en los sectores correspondientes a los Centros de Salud no son tratados por estos en ninguna instancia del flujo de información y menos aún procesados. Tampoco existen procedimientos que recuperen y utilicen el conocimiento tácito acumulado por estos tras años de aprendizajes desarrollados en el territorio.

### **Referencia y contrarreferencia.**

#### **La información en los procesos de referencia y contrarreferencia**

Se trató este tema en un Taller especial con la participación del Secretario de Gestión sanitaria y del Director provincial del primer nivel de atención, en la que más de 100 profesionales actuantes en este nivel trabajaron sobre la descripción del proceso según sus propias experiencias. Se detectó una **experiencia interesante en la vinculación del Hospital de niños San Roque de Paraná y algunos centros de salud de la zona**, que cuenta con hoja normatizada para las derivaciones. Para profundizar en el diagnóstico de la situación actual de los procesos de referencia y contrarreferencia, los alumnos de la 5°

cohorte del posgrado de Médicos comunitarios realizaron encuestas<sup>4</sup> a 118 profesionales de 38 centros de Salud y 39 profesionales de 18 hospitales, en ambos casos de toda la provincia. Se realizaron además entrevistas a informantes calificados.

<b>Especialidad Encuestados Primer Nivel de Atención</b>		
<b>profesión</b>	<b>frecuencia</b>	<b>%</b>
Medicina	38	32%
Enfermería	30	25%
Obstetricia	7	6%
Agente Sanitario	7	6%
Odontología	5	4%
Administrativo	4	3%
Psicología/psicopedag	3	3%
Radiología	2	2%
Trabajo Social	2	2%
Kinesiología	1	1%
no respondieron	19	16%
total respuestas	118	

<b>Especialidad de los encuestados de Segundo Nivel de Atención.</b>		
<b>Profesión</b>	<b>frecuencia</b>	<b>porcentaje</b>
Enfermería	12	31%
Medicina	11	28%
Radiología	2	5%
Administrativo	2	5%
Kinesiología	1	3%
Lic. Obstetricia	1	3%
Trabajo Social	1	3%
no respondieron	9	23%
Total	39	

<sup>4</sup> La mayoría de las preguntas y los aspectos metodológicos de la encuesta fueron aportados por el Prof. Mg. Martín de Lellis, Coordinador académico del posgrado PMC FCS-UNER y Profesor Titular de Salud pública de la UBA.

A continuación se presentan algunos de los principales problemas relevados en el análisis preliminar.

### Procesos de derivación o Referencia

- Dos tercios de los profesionales hospitalarios que atienden pacientes derivados desde un Centro de Salud manifiestan que no reciben información simultáneamente con la llegada del paciente y solo el 10% recibe una hoja estandarizada, cubriéndose los restantes casos con comunicaciones telefónicas o verbales directas entre médicos. Sin embargo la mitad de los profesionales del primer nivel manifiestan que siempre envían información escrita (90% en hoja no estandarizada) y un 10% más que “a veces” la envían. Es frecuente el uso de teléfono o radio (60%). Varias hipótesis podrían explicar esta discordancia parcial pero igualmente en la mejor de las situaciones puede afirmarse, en función de la muestra estudiada, que es deficiente el componente informativo implicado en la derivación.
- En solo dos tercios de los casos referidos al hospital se deja constancia en los registros del Centro de Salud.
- Evaluando las principales deficiencias de la información remitida por los profesionales encuestados de los Centros de Salud según sus propias respuestas:

<b>La información escrita para la derivación NO incluye:</b>		
	n respuestas	%
Apellido y Nombre	44	37,3
motivo de derivación	72	61
resumen de historia clínica	77	65,3
resultados de análisis	97	82,2

- Casi dos tercios de los pacientes son enviados sin motivo de derivación explicitado ni resumen de historia clínica. Un tercio ni siquiera coloca apellido y nombre en la hoja de derivación. Sin embargo el 80% de los encuestados considera muy relevante enviarle al médico del hospital de referencia, información acerca de los estudios del paciente y el 62% considera muy relevante enviar información escrita por él al momento de la derivación. Al momento de preguntar cuál es la razón por la que no utiliza una hoja

estandarizada de derivación se destaca que el 41% responde que no forma parte de la práctica habitual. De los procedimientos informales utilizados al momento de la derivación el 63% lo hace en forma verbal.

- Preguntados los profesionales del primer nivel:

**¿Por qué no utiliza una hoja estandarizada?**

Respuesta	Frecuencia	%
Más apropiado otro formato	7	5,9
No existe un formulario estándar	38	32,2
No recibo formulario estándar	23	19,5
No forma parte de la práctica habitual	48	40,7
Falta de tiempo	2	1,7
Total	118	100

- Un 80 % de los profesionales hospitalarios considera muy relevante recibir información escrita de los pacientes derivados, pero el 85% de ellos consideran como no comprensible el motivo de las referencias recibidas. El 61% manifiesta dejar asentada la derivación en la historia clínica hospitalaria
- El 73% de los profesionales del Centro de Salud manifiesta que le da indicaciones al paciente derivado sobre los pasos a seguir en el proceso de referencia.

**Contrarreferencia**

- El 82% de los profesionales hospitalarios contestó que **no** deja asentada la derivación en la historia clínica, cuando devuelve o envía un paciente a un médico de atención primaria.
- El 97% considera muy relevante enviarle **estudios** del paciente al médico de Atención Primaria aunque un porcentaje menor (67%), piensa lo mismo para la remisión de **información escrita** por él mismo pero **solo un 36% envía información escrita al derivar.**

- La mitad de los encuestados manifiesta realizar la contrarreferencia en hoja estandarizada, colocando nombre y apellido y motivo de derivación, pero solo el 28% envía resumen de historia clínica y el 36% resultado de análisis.
- Cuando se le pregunta a los profesionales del Equipo del primer nivel de atención acerca de la información que se remite del hospital base, el 46,6% de estos responden que los pacientes no traen información referida a su derivación.
- Solo el 8,4% de los profesionales del Equipo del Primer Nivel de Atención encuestados reconocen que habitualmente es comprensible el motivo de derivación y solicitan se amplíen las derivaciones con resumen de las Historias Clínicas

<b>¿Por qué no utiliza una hoja estandarizada?</b>				
	1° nivel		2° nivel	
<b>Respuesta</b>	<b>Frec</b>	<b>%</b>	<b>frec</b>	<b>%</b>
No recibo formulario	23	19,5	4	10,3
No existe formulario	38	32,2	12	30,8
No forma parte de la práctica			18	46,2
Más apropiado otro formato	7	5,9		
Totales	68	57,6	34	87,3

Cuando Ud. deriva un paciente al médico de atención primaria ¿le envía otro tipo de información, como por ejemplo, análisis, radiografías, etc.?

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	16	41%
A veces	9	23%
Nunca	14	36%
Total	39	100%

¿Da Ud. habitualmente indicaciones al paciente sobre los pasos que debe seguir al enviarlo al médico de atención primaria?

	Frecuencia	Porcentaje
<b>En forma verbal</b>	24	61,5
<b>En forma escrita</b>	7	38,5

**¿Utiliza procedimientos informales (por ejemplo, llamados telefónicos a los colegas, conversaciones casuales o intencionales, etc.) para realizar la devolución del paciente al médico de APS?**

	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	14	36%
A veces	18	46%
Nunca	7	18%
Total	39	100%

Generalmente se utiliza el teléfono.

#### **Cuestiones organizativas generales de la referencia y contrarreferencia:**

- Más del 90% de los profesionales del primer nivel y los hospitalarios no se guían por ninguna norma para la derivación de pacientes al Hospital o para la contrarreferencia.
- Solo el 15,2 de los encuestados del primer nivel y el 8% de los hospitalarios reconocen haber recibido capacitación sobre normas de derivación y/o referencia y contrarreferencia.
- La totalidad de los encuestados de nivel hospitalario desconoce la existencia alguna instancia administrativa que coordine la referencia y contrarreferencia de pacientes en esta Área Programática
- Con relación a los obstáculos que se perciben para la correcta referencia y contrarreferencia de pacientes en la respectiva área programática se destacan los siguientes, en orden de importancia:
  1. Problemas de comunicación
  2. Falta de interés
  3. Falta de organización
  4. Falta de capacitación
- Preguntados los profesionales hospitalarios sobre si considera que los profesionales del *primer y segundo nivel de atención* deberían integrar un mismo equipo de salud, el 95% contesta positivamente, pero solo un tercio manifiesta que en su área

programática esto sucede. En el grupo del primer nivel el 86% considera que deberían integrar un mismo equipo pero solo un tercio piensa que esto sucede en su área.

- La última pregunta se propone evaluar la predisposición al cambio en función del tratamiento del tema:

¿Puede ser que el contestar esta encuesta le provoque cambios en su comportamiento profesional?				
	1° nivel		2° nivel	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	42%	20	51,3
No	69	58%	19	48,7
Total encuestados	118	100	39	100

## **Observaciones y comentarios para la reformulación de la estructura, normativas y funcionamiento actual de los Centros de Salud y de los trabajadores en terreno.**

### **Trabajadores en terreno de Salud en Entre Ríos (agentes sanitarios, promotores de Salud, etc...)**

#### **Antecedentes sobre los Agentes sanitarios**

El Plan de Salud rural de Jujuy, puesto en marcha en 1966, crea la figura del “agente sanitario” a partir de enfermeros<sup>5</sup> de Salas de primeros auxilios dispersas en el área rural, dándoles una funcionalidad más *“dinámica o móvil con el propósito de proteger la Salud de los habitantes de todo su sector, mantener un censo permanentemente actualizado (con especial prolijidad en niños y embarazadas), aplicar acciones de “Medicina simplificada”, educar para la Salud, orientar o derivar hacia el hospital los casos que correspondan, vigilar los tratamientos prolongados, pesquisar los casos de las enfermedades que se le indique, etc...”*<sup>6</sup>. Esta propuesta de un integrante del equipo de Salud que realice actividades de extensión de cobertura en áreas de baja accesibilidad a los servicios a través de visitas domiciliarias, tenía su base en las experiencias de las “grandes luchas” contra el paludismo que liderara el Dr. Alvarado en el Norte argentino.

Por otra parte, a partir de la adopción por el Gobierno argentino de la estrategia de atención primaria de la Salud, surgida en la Conferencia internacional sobre Atención primaria de la Salud (OMS) de Alma Ata (Kazakistán) en septiembre de 1978, comienzan a implementarse en el país un plan nacional vertical de Atención primaria de la Salud, tomando algunas de sus propuestas operativas. Entre ellas se destaca y termina siendo su actividad central, la creación de equipos de agentes sanitarios para la actividad en terreno. La propuesta de la OMS<sup>7</sup> menciona al *“personal sanitario de la comunidad”* quien está a cargo del *“primer nivel de contacto entre el individuo y el sistema de asistencia sanitaria”*. Afirma que *“las características de ese personal variarán de uno a otro país y de*

<sup>5</sup> Estos enfermeros eran en general empíricos o con capacitaciones muy básicas.

<sup>6</sup> Alvarado Carlos y Tanoni Enrique. “El plan de Salud rural de la provincia de Jujuy”, capítulo de Sonis Abraam y col. *“Atención de la Salud”*. 3ª ed. Tomo 2. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, Argentina. 1984.

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud. *Atención Primaria de la Salud. Conferencia Internacional de Alma Ata*. OMS, Ginebra, 1978.

*una a otra comunidad, en función de las necesidades y de los recursos disponibles para atenderlas. Así pues, en diferentes sociedades, puede haber en ese personal individuos muy poco instruidos que han recibido una preparación elemental en asistencia sanitaria, “médicos descalzos”, ayudantes de Medicina, enfermeras prácticas, enfermeras con estudios profesionales, “feldshers” y médicos generales así como curanderos tradicionales”. Se plantea que para los países en desarrollo “la manera más práctica de alcanzar la cobertura total... es utilizar trabajadores o **agentes sanitarios** de la comunidad, que se pueden preparar en breve plazo para el desempeño de tareas concretas”. Consideran preferible que estos agentes pertenezcan a la propia comunidad a cubrir y en su defecto promover la adaptación rápida de los mismos a la forma de vida local. Se entiende que las actividades educativas tendrán mayor adherencia y comprensión planteadas desde personas que se sienten y expresan como integrantes de una misma cultura.*

Pueden detectarse entonces dos alternativas propuestas, no excluyentes entre sí, para la selección de los agentes sanitarios: la que prioriza la captación de auxiliares del equipo de Salud con vocación de actividad en terreno y la que destaca como de mayor importancia que el futuro agente surja de la propia comunidad a cubrir.

En 1980 se implementa en Entre Ríos el Plan de Salud rural, (programa vertical nacional) con la designación de 35 agentes sanitarios y 11 supervisores intermedios y médicos en Feliciano y Federal. Luego se agrega el departamento La Paz. A fines de 1983, con el retorno de la Democracia se crea la Dirección provincial de Atención primaria de la Salud, que reorganiza la actividad de los 100 agentes sanitarios de los departamentos norteños y la amplía a las zonas suburbanas de las principales ciudades. En los 28 años que han pasado pueden rescatarse actividades exitosas frente a determinadas situaciones pero en general no se logró una real integración con los Centros de Salud y sus equipos, funcionando los grupos de agentes sanitarios desde los hospitales con muy poca articulación con otros efectores, lo que restó posibilidades de impactos mayores. Generalmente los agentes sanitarios urbanos han sido seleccionados en el marco de las ciudades sin tener en cuenta la opinión de los grupos barriales en los que luego realizarán

su actividad. En el caso de los agentes rurales es posible que la mayoría pertenezca a la población atendida. En términos de los aprendizajes y conocimientos acumulados por muchos de estos a lo largo de su trayectoria de trabajo en terreno, y considerado desde la perspectiva de la gestión del conocimiento e información que son relevantes para nuestra propuesta, es necesario pensar alternativas de superación de esta situación generando espacios de participación y trabajo en equipo donde estos puedan aportar sus saberes tácitos con fuerte impronta en la idiosincrasia del territorio.

### ***Ley provincial de agentes sanitarios***

En 1997 se sanciona la Ley 9090/97, reglamentada en 2009, que trata sobre la carrera del agente sanitario. Crea la carrera del Agente sanitario, y en su articulado describe las funciones, el proceso de selección y de concursos para ascensos. Menciona la estructura escalafonaria, con cuatro niveles: Jefe de Supervisores, Supervisor Zonal, Supervisor Intermedio y Agente Sanitario. El artículo 14 trata de la distribución temporal de las actividades, planteando cuatro períodos trimestrales, en los que se realizarán sendas rondas sanitarias, planificadas en el curso pre-ronda previo. En el artículo 15 se fijan las jornadas laborales diarias de 6 horas con un total semanal de 30 horas. Se observa que se encuentran definidos los aspectos de estructura de roles y rutinas básicas pero no se contemplan aspectos relacionados con la gestión de los procesos del primer nivel sobre los cuales deben operar, como así también no se consignan cuestiones vinculadas con conocimientos, habilidades y competencias que se deben requerir para la cobertura de los puestos.

En esta ley se detectan algunos errores de técnica legislativa y otros de redacción. Entre los primeros cabe mencionar que no es recomendable darle jerarquía de ley a detalles de las actividades rutinarias, como los cursos y cierres de rondas ya que dificultan la adaptabilidad futura del sistema. Por otra parte es interesante que plantee que las bases operativas de los agentes sanitarios pueden ser también los centros de salud, ya que esta situación se ha cumplido hasta ahora en pocos casos pero sienta las bases para la propuesta de reformulación del trabajo en terreno que estamos presentando. También es

un avance interesante que genere una alternativa de estabilidad y carrera para quienes se desempeñen con continuidad en esta importante labor.

**Programa “Agente sanitario”<sup>8</sup>.**

En base a la ley mencionada se genera este Programa, del cual destacamos algunos párrafos y sintetizamos otros:

**“Misión del agente sanitario:**

*Ejecuta la estrategia de Atención Primaria de la Salud; trabaja con la comunidad dentro de un sector determinado, según enfoque integral, con criterio de riesgo y cobertura total. Realiza acciones de promoción, protección y recuperación de la salud en visitas domiciliarias programadas, familia por familia y casa por casa, promoviendo la autogestión comunitaria en la solución de sus problemas de salud, partiendo del análisis de la situación de su sector. Esta misión se realiza en la comunidad, según el nivel de salud, epidemiología local, tipo de población sin olvidar los factores socioeconómicos y culturales, característicos de esa área”.*

**“Rol de los agentes sanitarios:**

*La adecuación permanente del rol del Agente Sanitario a la realidad cambiante de la población objetivo ha incrementado la facultad en su función, constituyéndose en instrumento de política social, diagnosticando necesidades sentidas, **resultando un gestor importante ante las diferentes instituciones y manteniendo un contacto permanente con las personas.** Interviene, previene y controla en escuelas, organizaciones vecinales, organizaciones no gubernamentales, postas sanitarias, centros de salud, hospitales las posible patologías existentes, en síntesis contribuye al diseño de acciones focalizadas a través de la visualización permanente en base al monitoreo periódico”.*

<b><u>Actividades del agente sanitario según documentos de la Secretaría de Salud. Observaciones para la reformulación.</u></b>	
<i>Programa “Agente sanitario” (en función de la Reglamentación de la Ley 9090 del 2009)</i>	<i>Observaciones para la reformulación</i>
<i>Censo de población, familias y viviendas, Actualización de la información, de datos de personas, hábitat y demográficos.</i>	<i>Esta actividad es de gran importancia para la elaboración de una sala de situación de</i>

<sup>8</sup> Ver en anexos el texto completo y la estructura de la distribución territorial que informa.

<p>Mapa del sector con ubicación de las viviendas de cada familia visitada</p>	<p>Salud y para la gestión de la información, del conocimiento y de la calidad, al sentar las bases para el análisis de cobertura, percepción de necesidades, estimación de demanda, etc... Debe ser programada con el coordinador de acciones en terreno del área programática correspondiente. Es clave la incorporación y desarrollo de tecnologías, al menos en forma piloto, para el registro de los datos y procesamiento.</p>
<p>Inmunizaciones según normativa nacional: con diferentes vacunas establecidas por el calendario anual como por ejemplo: Sabin, Triple, Doble Niño, Anti-sarampionosa, BCG, Anti-hepatitis, Antigripal, Doble Adulto, Meningitis.</p>	<p>Salvo en condiciones excepcionales de accesibilidad, la vacunación debería ser realizada por enfermeras. La función de mayor utilidad es el control de las libretas de vacunación y la captación de los niños y adultos para el cumplimiento de calendarios o medidas preventivas.</p>
<p>Detección y captación de la embarazada, promoción del parto institucional (hospitalario). Promoción de lactancia materna.</p>	<p>Estas actividades deben ser programadas con el coordinador de acciones en terreno de su área programática y supervisadas por médicos, enfermeros obstétricas y otros profesionales según el caso. Deben realizarse los cursos pre-ronda para actualización y perfeccionamiento de los contenidos, las técnicas de divulgación y las recomendaciones sobre conductas a seguir.</p>
<p>Mujeres en edad fértil, promueve la planificación y estudios preventivos de cáncer genito-mamario. Salud sexual y reproductiva.</p>	
<p>En niños mediante el control antropométrico de 0 a 6 años detecta, capta y deriva según el estado nutricional</p>	
<p>Detección y captación de niños enfermos para control y seguimiento de tratamientos específicos.</p>	
<p>Detección y captación de personas sintomáticas con Tuberculosis, control, vigilancia y seguimiento.</p>	
<p>Búsqueda y derivación de patologías, IRA, diarreas, seguimiento de las derivaciones.</p>	
<p>Control y seguimiento de personas con Hipertensión Arterial, Diabetes y otras enfermedades) Concientización y auto cuidado.</p>	
<p>Promoción de la salud buco dental, prevención.</p>	<p>Estas actividades deben ser programadas con el coordinador de acciones en terreno de su área programática y supervisadas por odontólogos</p>
<p>Disposición sanitaria de excretas, promoción y prevención.</p>	<p>Estas actividades deben estar conducidas y supervisadas por técnicos o licenciados en Salud ambiental.</p>
<p>Potabilización del agua de consumo, promoción mediante técnicas adecuadas de clorado.</p>	
<p>Disposición sanitaria de la basura la correcta eliminación cuidando el medio ambiente, separación de los residuos.</p>	

Control de roedores e insectos en la vivienda y el medio como por ejemplo son: vinchucas, mosquitos y otros vectores. Participa con tareas de vigilancia, desinsectación domiciliaria, fumigación, obtención de muestras para estudios serológicos en terreno.	
Educación para la Salud: Distribución de material informativo con diferentes temas. Charlas educativas en domicilios e instituciones del sector.	Estas actividades deben ser programadas con el coordinador de acciones en terreno de su área programática y supervisadas por el Departamento provincial de Educación para la Salud
Educación sanitaria y alimentaría con pautas adecuadas de preparación, conservación y empleo de alimentos.	Estas actividades deben ser programadas con el coordinador de acciones en terreno de su área programática y supervisadas por nutricionistas, bromatólogos y médicos
Visitas programadas para la ronda sanitaria.	Deben ser programadas con el coordinador de acciones en terreno del área programática correspondiente
Seguimiento de personas o familias en riesgo denominadas críticas	
Promoción de los diferentes Programas Sociales del Estado.	
Coordinación en el abordaje de diferentes problemáticas con instituciones oficiales, municipal o provincial.	
Organización de eventos o actividades tendientes a desarrollar en ámbitos comunitarios con diferentes temas inherentes a su profesión.	
Informa las acciones realizadas al nivel superior a través escritos cuantitativos y cualitativos.	

### Situación actual

Con el propósito de observar en forma directa la situación actual real de los agentes sanitarios y promotores en la provincia se realizó una encuesta y entrevistas tanto a grupos de agentes como a funcionarios provinciales del área.

### Encuesta a alumnos del Curso anual para no profesionales del Programa Médicos comunitarios

Se efectuó una encuesta a 36 agentes sanitarios y promotores de Salud de toda la provincia que están participando del Curso de Salud social y comunitaria. Se obtienen la siguiente información:

- Aproximadamente el 95% de los agentes sanitarios y promotores de salud reconoce con claridad el territorio en el cual desarrolla su trabajo y vinculan su trabajo con los centros de salud y CIC de sus localidades y regiones. Sin embargo cuando observamos la cartografía de trabajo solo el 16% realiza la misma de una forma óptima. El 84% restante solamente posee el mapa del área programática del centro de salud, sin referenciar en este las familias visitadas.
- No existe un claro conocimiento de la estructura del escalafón y las funciones de los agentes sanitarios reflejadas en la ley 9090/97. Se observa dificultad entre los agentes sanitarios y promotores de salud al momento de definir cuáles son las principales tareas que desarrollan en terrenos, esto podría deberse a la diferente formación y entrenamiento a la cuales acceden los agentes sanitarios y los promotores de salud.
- El 50% de los encuestados dice no haber tenido reuniones provinciales con personal del equipo central de la Secretaría de Salud Provincial, sin embargo reconocen tener reuniones frecuentes con sus supervisores médicos a nivel local.
- El 50% expresa que no se realizan los cursos pre-ronda.
- El 72% no recibe devolución de información en base a los datos recopilados en las planillas de visita domiciliaria durante su trabajo en terreno.
- En la mayoría de los casos al momento de salir al terreno los agentes sanitarios y promotores de salud son acompañados por otros integrantes del Equipo de Atención Primaria entre los que se destacan enfermeros, médicos y trabajadores sociales

#### Entrevistas y observación directa de actividades en terreno.

Se realizó con el grupo de agentes sanitarios de Concepción del Uruguay en junio de 2011.

Nuestra ciudad cuenta con una planta de 15 agentes sanitarios que funcionan como integrantes del Hospital Zonal J. J Urquiza y del Centro de Salud Giacomotti. Algunos no están en planta permanente del personal de Salud provincial.

Actualmente cada agente sanitario se maneja con un total de 150 familias en el ámbito urbano y 100 familias en el ámbito rural, en el que trabajan dos agentes sanitarios. Realizan una visita a cada familia en rondas trimestrales, por lo que muchas veces son las familias las que se acercan a los agentes en busca de ayuda.

Para cada una de estas rondas completan dos formularios distintos; el primer formulario, que es una planilla por familia visitada queda para la institución de base, en este caso el hospital y el segundo formulario que es un resumen de lo actuado por cada agente sanitario se envía a la provincia. Cada ronda cuenta con un cronograma de actividades, pero pueden aparecer emergentes como campañas o acciones que se deben incluir en dichas rondas por indicación de las autoridades provinciales o pedido de las municipales.

En Concepción del Uruguay las actividades por trimestre que realizan son:

1er trimestre: E/F/M; Diarrea, deshidratación, golpe de calor, entre otras patologías asociadas a la época estival.

2do trimestre: A/M/J; pediculosis, sarna y calendario de vacunación

3er trimestre: J/A/S; gripe A, enfermedades respiratorias, accidentes del hogar.

4to trimestre: O/N/D; dengue y otras enfermedades (alergias).

Cada seis meses deben elevar un informe completo con los datos del formulario II y además deben agregar cualquier otra actividad que se haya realizado en ese lapso.

Otras de las actividades que realizan es el seguimiento de tratamientos a domicilio, para lo cual son convocados por el hospital para determinados casos. En general este tipo de acompañamiento tiene que ver con cuestiones de razón social, tratamientos de TBC, seguimientos pediátricos, pacientes psiquiátricos, (se desarrolla un acompañamiento no solo en el cumplimiento del tratamiento sino también un apoyo para la reinserción social. Realizan además tareas en relación con las alertas epidemiológicas, y otras vinculadas con los programas sanitarios nacionales y provinciales.

Problemas transmitidos por integrantes de la estructura del nivel central en el momento actual:

- Asignación de actividades en terreno que no corresponden al agente sanitario

- Funcionamiento deficiente de la supervisión intermedia
- Se insinúa una situación conflictiva con la aparición, en los últimos años de la figura del promotor de salud, generada por alternativas extrasectoriales (como la iniciativa de CAFESG) que pareciera superponer sus funciones con las del agente sanitario. Este problema es más frecuente

**Centros de Salud.**

Son 205 los Centros de Salud (llamados Centros de Atención primaria de la Salud, CAPS) que responden a la jurisdicción provincial con dependencia directa de la Dirección del Primer Nivel de Atención. Otros tienen dependencia municipal, es decir son centros de salud barriales que responden a las direcciones locales de salud de los municipios. En los últimos años desde Nación se han construido los CIC (Centros Integradores Comunitarios) de gestión participativa, generalmente vinculados al ámbito municipal. Esta múltiple dependencia, con escasa o nula articulación, genera ciertas dificultades en el manejo de la información, requerimientos de insumos, mantenimientos edilicios, salarios del personal, etc. Teniendo en cuenta solamente los CS provinciales se establece una proporción de una unidad asistencial cada 6.000 habitantes, en promedio, pero muchas de ellas están localizadas en pequeñas poblaciones rurales de 500 a 2000 habitantes.

La gran mayoría de estos Centros de Salud funcionan en casas readaptadas para las tareas, mientras que algunos en las ciudades más importantes cuentan con edificios más nuevos. Los CIC son edificados con una arquitectura moderna y preparados para actividades multidisciplinarias y comunitarias. Existen Centros de Salud urbanos, suburbanos y rurales con muy diversos grados de funcionalidad en cuanto a lo edilicio, con integración de profesionales y especialidades que en general no parece responder a una planificación sanitaria y equipamiento muy dispar.

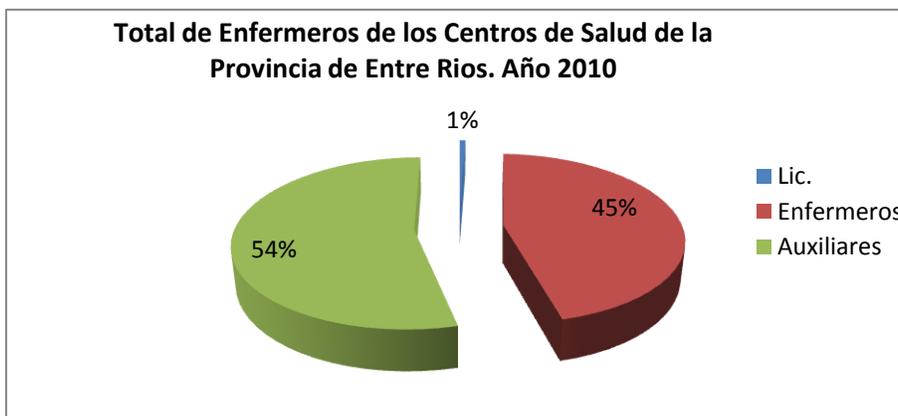
El conjunto actual que trabaja en cada Centro de Salud, generalmente dista mucho de ser un verdadero equipo de Salud. Históricamente el personal de los centros de salud está conformado por agentes que han sido transferidos desde el ámbito hospitalario (por conflictos varios surgidos en su desempeño, problemas de salud o familiares, mejor adaptación de horarios, etc). En los últimos años, en parte por la influencia del Programa Médicos comunitarios, se ha logrado incorporar personal con mayor formación en el área de APS. Así se pueden observar centros de salud con equipos compenetrados en esta actividad con una perspectiva multidisciplinaria, mientras que muchos otros cumplen con un rol asistencial individual, sin una dinámica propia de un verdadero Equipo de Salud. Además de los aspectos de conformación de los equipos existen deficiencias en el

desarrollo de competencias y capacidades para la gestión por procesos en los Centros de Salud. Hay déficit de algunas profesiones, destacándose el de Enfermería.

<b>Respuestas positivas sobre actividades en Centros de Salud de Entre Ríos. 2010-2011</b>			
<b>Asistencial</b>			
Atención de la demanda espontánea	Atención de prioridades epidemiológicas	Atención programada (contrarreferencia, rehabilitación, domiciliaria, etc...)	Atención de urgencias (asistencia inmediata y derivación)
100%	44%	32%	44%
<b>Promoción y prevención</b>			
Inmunizaciones	Controles a personas y grupos (incluye visitas programadas)	Atención de factores ambientales de riesgo y protección	Promoción de la participación comunitaria y el autocuidado personal y familiar
76%	65%	68%	71%
<b>Información y gestión de calidad</b>			
Sistema nacional de vigilancia epidemiológica (SiNaVE)	Circuito local de información epidemiológica y operativa (Sala de situación y ASIS)	Programación anual participativa	Calidad total
59%	26%	41%	15%
<b>Apoyo</b>			
Administrativo	Mantenimiento		
79%	35%		

**Personal de enfermería en los centros de salud de la provincia de Entre Ríos. 2010**

Nivel de formación	Nº de Profesionales
Licenciados en Enfermería	3
Enfermeros	226
Auxiliares	268
<b>Total</b>	<b>497</b>



Fuente de datos: Departamento Central de Enfermería. Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos- Año 2010

Según el Departamento Central de Enfermería en 2010 había un déficit de 100 enfermeros para la cobertura de cargos en los Centros de Salud provinciales. Con respecto al censo 2008 se percibe un aumento significativo de 158 enfermeros (47%).

<b>Relevamiento de personal en CAPS de Entre Ríos. Sec de Salud. 2008 *</b>				
Médicos	Generalista	121		
	Clínico	128		
	Pediatra	87		
	Ginecol/Obstetra	71		
	Otros médicos	52		
<b>total</b>			<b>459</b>	<b>24%</b>
Enfermeras	Licenciadas	3		
	profesionales	226		
	auxiliares	268		
<b>total</b>			<b>494</b>	<b>26%</b>
Odontólogos			<b>165</b>	<b>9%</b>
Obstétricas			<b>66</b>	<b>3%</b>
Psicólogos			<b>39</b>	<b>2%</b>
Laboratorio	bioquímicos	19		
	tec laboratorio	14		
<b>total</b>			<b>33</b>	<b>2%</b>
Kinesiólogos			<b>31</b>	<b>2%</b>
Asistentes sociales			<b>29</b>	<b>2%</b>
Psicopedagogos			<b>24</b>	<b>1%</b>
Nutricionistas			<b>17</b>	<b>1%</b>
Total profesionales de Salud			<b>1357</b>	<b>71%</b>
agentes sanitarios			<b>168</b>	<b>9%</b>
<b>Total actividades sustantivas</b>			<b>1525</b>	<b>80%</b>
administrativos			<b>168</b>	<b>9%</b>
limpieza			<b>82</b>	<b>4%</b>
Benef. planes			<b>28</b>	<b>1%</b>
suministros			<b>3</b>	<b>0%</b>
vigilancia			<b>2</b>	<b>0%</b>
otros			<b>97</b>	<b>5%</b>
total personal de apoyo			<b>380</b>	<b>20%</b>
<b>total general</b>			<b>1905</b>	
* El número de enfermeros y agentes sanitarios fue actualizado a 2011.				

Debería reforzarse esta estructura de personal en particular en la cantidad de médicos generalistas, trabajadores sociales, enfermeras y técnicos en Salud ambiental.

Pero además debe trabajarse con intensidad el cumplimiento de horarios y cargas de trabajo y en remuneraciones acordes. Se recomienda un proceso de progresivo traslado de funciones burocráticas y hospitalarias hacia las necesarias en los Centros de Salud y Áreas programáticas con proyectos de reconversión y de traslado de vacantes. Aproximadamente la mitad de los agentes sanitarios tiene base en hospitales y poca relación con los centros de Salud de sus sectores de trabajo.

### **Plan nacer, seguro materno infantil.**

#### ***Convenio Marco Nación-Provincias***

Desde el año 2007 el Gobierno nacional firma con las provincias un Convenio Marco por el cual éstas ingresan al PLAN NACER. Este convenio establece las responsabilidades y derechos de cada una de las partes.

Se define como beneficiario inscripto a toda persona que, correspondiendo a la población con cobertura explícita definida, haya completado la debida inscripción administrativa al Plan. La población elegible está constituida por mujeres embarazadas y hasta 45 días posparto y niños menores de 6 años, sin cobertura explícita (o sea sin obra social o mutual) domiciliados en el territorio de la provincia. Actualmente se habla ya de una ampliación de cobertura hasta los 19 años y a mujeres en edad fértil.

Los prestadores o efectores que se encuentran habilitados según condiciones técnicas vigentes son los únicos que pueden facturar sus prestaciones incluidas en el nomenclador y que hubieran firmado el compromiso de gestión. El nomenclador único incluye nóminas de prácticas, prestaciones, módulos o servicios capacitados que son incluidos en el anexo que define los gastos por prestaciones. El prestador realiza la liquidación a través de cuasi-factura en la que detalla las prestaciones que brindó a beneficiarios inscriptos, respetando valores del Convenio. El prestador (CS u Hospital) deberá brindar las prestaciones en forma gratuita al beneficiario. No podrá rechazar al beneficiario, debiendo actuar como derivador a establecimiento de mayor complejidad si fuera necesario. Debe implementar medidas sanitarias que tengan por objeto la reducción

de las tasas de morbimortalidad materno infantil, con metas a cumplir expresadas en % sobre la población a cargo (beneficiarios inscriptos). Algunas metas son:

- Inscripción de población a cargo,
- captación de embarazadas antes de la semana 20 de gestación,
- recién nacidos con apgar a los 5 minutos igual o mayor de 6 puntos,
- recién nacidos con peso igual o mayor a 2,5 kg,
- valor de VDRL y vacuna antitetánica previa al parto en mujeres embarazadas,
- niños menores de 18 meses con vacunación triple viral aplicada,
- puérperas con consulta de consejería en salud sexual y reproductiva dentro de los 45 días posparto,
- controles mensuales de embarazos,
- controles de salud en niños menores de 1 año,
- controles de salud en niños de 1 a 6 años,
- asegurar mejor atención de los usuarios a través de una mayor extensión horaria.
- Se deberá mantener por cada beneficiario inscripto, una historia clínica actualizada según normas vigentes,
- utilizar formularios de derivaciones, epicrisis
- Libretas de control de embarazadas y de niños sanos.
- Remitir al nivel central reporte de pagos de incentivos al personal con periodicidad de 2 meses,
- reporte de gastos realizados con fondos transferidos por Plan Nacer cada 2 meses,
- cargar los datos de inscripción y prestaciones en formato electrónico.
- Garantizará libre acceso y provisión de documentación a auditores del nivel central y auditoría concurrente externa.
- Publicitar y comunicar a la población elegible sobre la existencia del plan y sus beneficios.

El nivel central, dentro del plazo máximo de 50 días de recibida la cuasifactura por parte del prestador (CS), verificará los conceptos, aceptará total o parcialmente la misma y

depositará el monto correspondiente en la cuenta bancaria abierta en la entidad bancaria provincial a nombre del ente administrador.

Uso de los fondos: según lo establecido por el convenio y en línea con las políticas de salud del municipio del cual forma parte el prestador. Los fondos podrán ser aplicados a: equipamiento, locación de servicios, insumos, mejoras edilicias y reparaciones, transporte, incentivos al personal que se encuentre trabajando en el prestador, cualquiera sea su forma de contratación hasta el 25% de lo recibido en el marco del Plan Nacer. El reporte de gastos deberá remitirse bimestralmente, con informe detallado del uso de los fondos, los saldos acreedores al cierre del ejercicio se transferirán al siguiente ejercicio y deberán utilizarse para objetivos del Plan Nacer. Se deberá publicitar los ingresos y gastos en cartelera.

### ***Comentarios***

Describimos este Plan vertical nacional como un ejemplo reciente de las oportunidades de interacción entre un organismo nacional y el primer nivel de atención. Estos programas verticales tienen, a nuestro entender, ventajas y desventajas que deben ser tenidas en cuenta al planificar las actividades.

- **Ventajas:**
  - Aporte de recursos financieros
  - Aporte de iniciativas sanitarias, metodologías de información y ejecución de actividades, que promueven la vinculación entre el trabajo diario asistencial individualizado, con la escala colectiva que deben tener los programas de Salud pública
- **Desventajas:**
  - Pérdida de autonomía en la planificación y el control de gestión
  - Superposición de tareas,
  - Confusión de usuarios y prestadores frente a los beneficios y restricciones

- Repetición de actividades de diagnóstico o asistencia fuera de la planificación racional, con pérdida de tiempo y posible desgaste de la relación población-equipo de Salud.
- Riesgo de burocratización excesiva

### **Lineamientos generales de la propuesta innovadora.**

Todo proyecto de Salud pública que busque superar la etapa declamativa de deseos y buenas intenciones debe contar con:

- Decisión política
- Conocimiento científico
- Estrategia social
- Recursos presupuestarios adecuados

Si además pretende tener impactos duraderos y cambiar tendencias, debe transformarse en una “política de Estado”, trascender las iniciativas de un equipo de gobierno y conseguir la continuidad a través de los recambios de los grupos a cargo de la conducción ejecutiva. Para lograr esta adopción como Política de Estado en el marco democrático, se debería intentar una elaboración participativa para que la Sociedad y sus principales actores implicados tengan la oportunidad de entender la propuesta y realizar sus aportes. Obviamente sería muy difícil de conseguir la unanimidad y probablemente no sea necesaria. Tampoco es necesario, para comenzar algunas etapas ejecutivas preliminares, esperar a la finalización de prolongadas discusiones que pueden paralizar por años la puesta en marcha de actividades que están vinculadas con la prevención de enfermedades y muertes evitables. Pero es muy importante que se establezcan mecanismos de monitoreo y evaluación participativa, para que en la utilización de los mismos se puedan ir incorporando nuevos aportes y correcciones, que demuestren efectivamente el respeto por las opiniones ciudadanas debidamente fundadas.

La construcción de un plan de Salud pública como política de Estado provincial abarca múltiples cuestiones que van desde el subsector público de efectores hasta el

privado, pasando por el sistema de coberturas asistenciales de las Obras sociales, las prepagas, etc... También incluye las estructuras de los Hospitales y Sanatorios, los medicamentos, la supervisión y el control de calidad, etc. En este trabajo presentamos un aporte para la reformulación del primer nivel de atención, incluyendo el trabajo en terreno, realizado por los efectores públicos provinciales.

Una decisión política general para la Secretaría de Gestión sanitaria, que parece obvia pero que requiere particular atención para no ser sumergida por la mayor repercusión que las cuestiones hospitalarias tienen tanto en los decisores como en la opinión pública, es la **efectiva incorporación del primer nivel de atención en la planificación y toma de decisiones del nivel central**. Desde hace muchas décadas y probablemente desde siempre, el fortalecimiento del primer nivel de atención no pasa de ser una expresión de deseos si se lo evalúa desde el punto de vista de la distribución presupuestaria.

Resumiendo, esta primera cuestión básica en lo referido al primer nivel de atención plantea:

- **Decisión política:**
  - desarrollar efectivamente un **proceso descentralizador** que supere la jerarquización hegemónica de los grandes hospitales
  - otorgar una **prioridad** adecuada al primer nivel de atención en la distribución efectiva de los recursos y el presupuesto
  - articular con los servicios municipales a través de mecanismos estables y eficientes de coordinación
- **conocimiento científico:**
  - sin caer en el cientificismo, es muy importante que las decisiones de cambio no sigan impulsos de súbitas inspiraciones, sesgos interesados o voluntarismos políticos sino que se basen en un enfoque de la complejidad de la problemática sanitaria y tenga en cuenta 2.500 años de acumulación de experiencias de la Salud pública y su desarrollo como disciplina científica

- se sugiere utilizar este trabajo elaborado por la Universidad, como un documento de base para profundizar en el estudio de sus propuestas con el aporte de la experiencia de otros actores provinciales
  - desarrollar una **experiencia piloto** que ensaye y valide las transformaciones recomendadas.
  - Fortalecer las vinculaciones con el **Programa Médicos comunitarios** como alternativa de capacitación y educación permanente del personal e investigación de soluciones apropiadas.
  - Mantener una relación de **consulta periódica con la Organización Panamericana de la Salud.**
- **estrategia social:**

Debe orientarse a lograr dos desarrollos de importancia decisiva:

- generar una **Política de Estado** que le de continuidad más allá de los cambios gubernamentales, para lo cual debería convocarse a los partidos políticos con representación parlamentaria, Municipalidades, organizaciones científicas, profesionales y gremiales y otros grupos sociales que se consideren de interés para consensuar una serie de lineamientos básicos comunes. Una alternativa de implementación podría ser un **Congreso sanitario provincial**, organizado en conjunto por el Ministerio correspondiente y las Comisiones de Salud de ambas cámaras de la Legislatura.
- Promover la **participación social local** en las sucesivas etapas de la **planificación, gestión y evaluación** de las actividades del sistema propuesto para el primer nivel de atención y el trabajo en terreno. La participación de los vecinos interesados y otros actores sociales de importancia en cada sector básico es de gran importancia. Una alternativa interesante para la escala urbana es la de constituir Consejos locales de Salud con la participación de los gobiernos locales y estimular proyectos de municipios saludables/ciudades sanas.

- **Recursos presupuestarios adecuados:**
  - Remuneraciones y complementos por función extra, zona desfavorable, etc...
  - Gastos de funcionamiento adecuados al Plan quinquenal aprobado
  - Suplemento de estímulo por cumplimiento de las pautas de calidad
  - Refuerzo de la cobertura de Incentivos y gastos de equipamiento y funcionamiento con fondos de Programas verticales, proyectos de investigación y extensión de las Universidades nacionales u otras entidades autorizadas por el Ministerio de Salud de la provincia. Por ejemplo Plan Nacer.

## Cuestiones a tener en cuenta en el nuevo diseño del primer nivel de atención de Salud.

### Descentralización.

Desde hace ya varias décadas prevalece la propuesta organizativa descentralizadora para los sistemas de Salud, como una de las herramientas indispensables para la estrategia de Salud para todos<sup>9</sup>, con el propósito de facilitar la programación participativa, la adecuación de los servicios a las realidades locales y la eficiente distribución de recursos. La Argentina, con una estructura política formalmente federal, reserva a las provincias la jurisdicción en las cuestiones referidas a la Salud pública como un escalón descentralizador consolidado. Lo consideramos como una escala demasiado grande para lograr la optimización de los servicios mediante una administración dinámica, ajustada a los tiempos y necesidades de cada grupo poblacional y sus diferentes realidades sociosanitarias y ambientales. Neuquén, Salta, Jujuy, Tucumán y Buenos Aires son algunas de las diversas experiencias provinciales de descentralización a su interior, que han tenido continuidad, a pesar de las limitaciones y problemas de ejecución<sup>10</sup>. En Entre Ríos se ha intentado en varias oportunidades implementar una descentralización dentro de su territorio. Todas ellas han fracasado, por diversas razones entre las que pueden destacarse:

- falta de una política de Estado en la organización sanitaria que trascienda los sucesivos gobiernos
- defectos en la implementación de estructuras y procesos adecuados para una descentralización eficiente,
- insuficiente transferencia de recursos y responsabilidades de administración

Proponemos **cuatro escalones** en la descentralización, a partir del nivel central:

---

<sup>9</sup> La Resolución XXI de la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana, en 1986, planteó como dirección fundamental de la reorganización y reorientación de los sistemas nacionales de Salud a la descentralización.

<sup>10</sup> Herramientas para la planificación y programación local, Módulo 4 del Posgrado en Salud social y comunitaria del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2004.

1. **Nivel central provincial**: progresivamente se trasladarán las funciones de gestión de todos los niveles de prestación de servicios a las zonas sanitarias, reorganizando su distribución orgánica y funcional para cumplir funciones:
  - a. normativas,
  - b. planificación provincial, incluyendo la derivación a servicios muy especializados interzonas o extraprovinciales
  - c. articulación con el sistema nacional, de las provincias vecinas y de la República oriental.
  - d. Control general de calidad, contralor profesional y habilitación de servicios (incluye la actividad privada).
  - e. Sala de situación provincial y divulgación general intra y extrasectorial
  - f. Coordinación de las actividades en casos de emergencia y desastres en gran escala.
  
2. **Zonas sanitarias**, en número de 4 a 6, en función de las características geográficas, demográficas, epidemiológicas, de accesibilidad y capacidad asistencial. Algunos autores recomiendan que la población a cubrir oscile entre 200.000 y 250.000 habitantes<sup>11</sup>. Deben abarcar y articular a todo el sistema público provincial de Salud en sus distintos niveles de atención y deben promoverse activamente la adhesión de los servicios públicos municipales correspondientes y articular con los efectores privados en prestaciones claves con el propósito de optimizar la utilización de recursos. Cada una de estas zonas será responsable del diseño, la gestión y el monitoreo de la red prestacional, facilitando la interacción, las derivaciones de urgencia, la referencia y contrarreferencia, etc... Deben ser unidades administrativas con capacidad efectiva de gestionar presupuestos y recursos humanos, físicos, técnicos y financieros, para lo cual deberá sancionarse el marco legal necesario y dotarla de la estructura requerida para un cumplimiento efectivo de sus funciones. Estarán a cargo de un Jefe de Zona con rango de Director

---

<sup>11</sup> Gomez Lopez L, Pinedo Sanchez A., Fernandez-Crehuet Navajas R. *Niveles de atención sanitaria: atención primaria de la Salud*. Cap. 91 de Piédrola Gil Gonzalo y otros. "*Medicina preventiva y Salud Pública*". 9ª edición. Ed. Masson Salvat. Barcelona, España. 1991.

provincial. Su sede no estará necesariamente ubicada en el Hospital de mayor complejidad y su localización priorizará la accesibilidad de los responsables de los efectores a su cargo. La elaboración de la estructura de zonas debería efectuarla una comisión ad-hoc con representantes de todos los niveles de atención y el nivel central, que debería proponer el número y la distribución geográfica de las mismas así como la composición de su grupo de gestión (jefatura, equipo técnico, equipo administrativo). Los jefes de zona y los Directores provinciales de nivel central integrarán con el Secretario de gestión sanitaria y las subsecretarías respectivas y los representantes de los niveles superiores de conducción de prestadores públicos o privados no dependientes del Ministerio de Salud provincial que se considere de utilidad invitar, un **Consejo provincial de Salud** presidido por el Ministro de Salud, que servirá de marco para la coordinación global de efectores, promoviendo la cooperación y la extensión de cobertura de calidad para toda la población.

3. **Áreas programáticas** (cuestión clave de toda la propuesta). Es la unidad de programación anual y quinquenal de las acciones de Salud sobre un territorio y una población determinados. Funciona bajo la responsabilidad de un núcleo coordinador que depende de la jefatura de zona sanitaria. Deben coincidir en su diseño territorial con un conjunto completo de radios censales y sectores básicos de salud. En una primera etapa se propone una por departamento, salvo los de Paraná, Concordia, Gualaguaychú y Uruguay, en los que las ciudades cabecera integran un área diferente del resto de la mencionada división política. En algunos casos especiales en que las alternativas de vinculación lo justifiquen, un sector de un departamento podría sumarse al área de otro de ellos. Cada área programática tendrá a su cargo los grupos de apoyo para los Centros de Salud.

**Sector básico.** Está compuesto por el territorio y la población de responsabilidad de cada **Centro de Salud**. Idealmente estará constituido por radios censales del territorio aledaño al CS para facilitar el análisis y la comparación de datos con otros determinantes de Salud, factores socioeconómicos, etc... Debe distribuirse el territorio para que estos sectores sean **colindantes**, y eventualmente proyectar un nuevo Centro de Salud en los

casos de accesibilidad dificultosa para la población de determinadas localizaciones no cubiertas. Los sectores de trabajo en terreno que se atribuían a cada agente sanitario deben rediseñarse para formar parte o coincidir con estos sectores básicos. Los territorios urbanos que coinciden con poblaciones de menor riesgo socioeconómico y ambiental también deberán contar en un mediano plazo con la cobertura desde los efectores públicos, adecuada a sus necesidades de promoción y protección. El Centro de Salud es la unidad coordinadora de las actividades asistenciales en terreno e intramuros, encargada de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en conexión directa con la población. Elabora una Sala de situación de Salud de su sector y realiza un análisis de situación y un proyecto microlocal que debe integrar el programa del área. Debe contar para ello con el grupo de apoyo del área programática. Está a cargo de un Director e incluye en su personal a los profesionales asistenciales, a los trabajadores en terreno y a los administrativos y encargados de mantenimiento. El proyecto local se dirigirá a la búsqueda de soluciones para los problemas sanitarios (incluyendo los ambientales) de su población y territorio a cargo. Debe atender la demanda espontánea de población proveniente de otros sectores pero orientará a esas personas a continuar su atención en el centro correspondiente suministrando una derivación por escrito y remitiendo copia de la misma al área programática.

El **proceso descentralizador** que recomendamos debe implementarse por etapas que deben facilitar una ordenada y progresiva pero rápida transmisión de facultades desde las respectivas unidades centrales del Ministerio de Salud para cubrir todos los niveles y el territorio provincial **en un plazo de tres años**. Debe elaborarse un plan descentralizador que genere los recursos presupuestarios básicos claramente asignados para las sucesivas etapas. Es un buen punto de partida lo afirmado por el actual Ministro de Salud, que menciona entre las características fundamentales del Plan integral de Salud a implementar *“la descentralización de las acciones”*<sup>12</sup>. Creemos que para lograr este propósito en cuanto a las acciones deben descentralizarse también las estructuras y

---

<sup>12</sup> Giano Angel Francisco. Palabras del Ministro de Salud, Pág. 11 del libro Funciones esenciales de Salud pública. OPS-MSAS ER. Buenos Aires, 2008

procesos involucrados en la toma de decisiones. Paralelamente se adecuarán en forma progresiva las Direcciones del nivel central para cumplir funciones normativas, de asesoramiento para la planificación provincial, de control de gestión y de mejora continua.

## **Núcleo de conducción y apoyo del área programática**

### **Estructura**

1. **Coordinador** (articulador con servicios hospitalarios, estudios complementarios y otros prestadores de servicios públicos). Depende del Jefe de la Zona sanitaria correspondiente al Centro de Salud. Es un cargo técnico que deberá concursarse, dándole primacía a la formación en gestión sanitaria. Debe renovarse el concurso cada cuatro años.
2. **Equipo de apoyo** para la gestión y la asistencia en los centros de Salud. Son cargos técnicos y administrativos y para acceder a los mismos debe realizarse un concurso en el que se otorgue mayor valor a la capacitación en gestión sanitaria, salud social y comunitaria y formación en la especialidad respectiva. Sus actividades asistenciales se realizarán en los Centros de Salud o en terreno.
3. **Sede:** dos oficinas y una sala de reuniones dentro del territorio del área programática. (preferentemente vinculada a la sede del nodo epidemiológico departamental).

### **Integrantes del equipo interdisciplinario de apoyo**

4. **Equipo de apoyo** interdisciplinario:
  - a. **Responsable de información epidemiológica** (profesional integrante del nodo departamental de Epidemiología, a quién se le autorice la carga horaria necesaria para cubrir en forma óptima esta función)
  - b. **Coordinador de actividades en terreno y comunitarias** (incluye las funciones del ex -supervisor intermedio y ex -supervisor médico de APS). Tendrá a su cargo la coordinación de las actividades comunitarias y en

terreno de todo el equipo, incluidos los agentes sanitarios y promotores de Salud, de todos los Centros de Salud del área. También coordinará y articulará con los planes sociales que se apliquen en la población del área, sean de origen nacional, provincial, municipal, privados, de organizaciones de la sociedad civil, Universidades y otras alternativas para evitar superposiciones y aumentar la eficacia de los mismos. Preferentemente a cargo de un Trabajador o Asistente social.

- c. **Facilitador de Educación permanente del PMC** (convenio con FCS-UNER), a cargo de los procesos de educación permanente en servicio, mientras dure la vigencia del apoyo nacional. Debería apuntalar a futuro la gestión de la información y del conocimiento. En base a esto propiciar los procesos de planificación, calidad y mejora continua. Deberá preverse su financiación al finalizar el mismo.
- d. **Responsable del programa de inmunizaciones.** Preferentemente Lic. en Enfermería con capacitación especial. Coordinará y ejecutará las actividades de todo el proceso de la vacunación y reforzará los Centros de Salud que se indiquen desde el Área programática
- e. Trabajadores Sociales
- f. Nutricionistas
- g. Psicólogos
- h. Especialidades médicas según perfil epidemiológico del área, que pueden ser integrantes de equipos hospitalarios del área, según la disponibilidad horaria.
- i. Odontólogos
- j. Kinesiólogos
- k. Licenciados en Salud ambiental
- l. Otros Profesionales según perfil epidemiológico del área

## 5. Apoyo administrativo

La composición y el número de integrantes dependerá de las características del territorio, la población a cargo, la cantidad de Centros de Salud y el programa sanitario del área, siendo recomendable un mínimo de 5 integrantes cada 5 centros de Salud bajo su responsabilidad. Estos profesionales rotarán programadamente por los Centros de Salud según el proyecto anual reajustado según las necesidades percibidas por los monitoreos periódicos.

### **Procesos de apoyo (rutinarios y emergencias)**

1. **Elaboración de la sala de situación** (actualización mínima cada seis meses)
2. **Análisis de situación de Salud** (al menos una vez por año)
3. **Elaboración participativa del microproyecto local**, (cada cinco años)
4. **Asistencia** de casos que requieran enfoque especializado (frecuencia semanal/quincenal)
5. **Programa de inmunizaciones**

Cada Área programática tendrá en su grupo un profesional responsable y coordinador de Inmunizaciones para el conjunto de la población a cargo y los respectivos Centros de Salud y puestos sanitarios. Preferentemente será una Licenciada en Enfermería con experiencia acreditada en Vacunaciones.

#### **Actividades:**

- capacitación continua en materia de inmunizaciones para garantizar un servicio de calidad.
- Promover el compromiso por parte del personal para cumplir con los objetivos del programa ampliado de inmunizaciones
- preparación profesional del personal de enfermería sobre la implementación satisfactoria de archivos y registros únicos para el centro de salud, .
- Capacitación a la enfermera y al equipo de salud sobre oportunidades pérdidas de vacunación.
- Educación comunitaria para comprender y conocer las necesidades de la población.

- organizar las actividades de Vacunación extramuros: revisión de cartillas de vacunación, captación, en escuelas, en los SUM del área, puerta a puerta, en “áreas silenciosas” y de bajas coberturas. Articuladas por el Coordinador de actividades en terreno
  - Organización y participación activa en las Campañas Nacionales de Vacunación.
  - Gestión de insumos: materiales biológicos y materiales para la administración y registro.
  - Implementar la evaluación del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) Realizar un monitoreo, control y registros de ESAVI.
  - Revisar periódicamente las normas de funcionamiento de área de vacunación.
6. Otras actividades programadas de promoción y protección que requieran enfoque especializado (Saneamiento y calidad ambiental, estilos de vida saludables, etc...)
  7. Apoyo en caso de epidemias y emergencias ambientales
  8. **Educación permanente en servicio.** (participación obligatoria de los integrantes del Centro de Salud o puesto sanitario, sus evaluaciones otorgarán puntaje para los concursos y ascensos).

## **Centros de Salud (CAPS, CIC, etc....)**

**Definición:** es la estructura física y la organización de los recursos humanos, el equipamiento y los medios financieros, que tiene como misión proyectar y desarrollar actividades preventivas y curativas en el primer nivel de atención y en terreno, articulado con los otros niveles de atención, otros servicios de interés público y con la participación activa de los grupos sociales de su sector básico. Según su estructura, complejidad y cobertura de servicios se reconocen tres categorías:

### **1. Puesto sanitario:**

Espacio de atención periódica programada o de extensión de acciones en casos de emergencias. Depende del Centro de Salud del que integra su sector básico,

y el personal y los demás recursos son provistos por éste. Puede tener edificio propio o ubicarse en una Escuela, otros organismos públicos y de ser necesario en el ámbito privado.

## **2. Centro de Salud nivel I:**

Organización con capacidad asistencial mínima o básica, para responder a la demanda espontánea y para proyectar acciones de promoción y protección de la salud, intramuros y en terreno, así como para actividades de prevención primaria, secundaria, terciaria y como efector de contrarreferencia.

Puede ser atendido por un equipo mínimo pero la planificación del área debe prever la evolución hacia un equipo básico, con los refuerzos periódicos del grupo de apoyo del área.

## **3. Centro de Salud nivel II**

Es un centro de Salud con capacidad asistencial básica y especializada según perfil epidemiológico local, con atención de las 24 horas diarias con turnos de enfermería y matutinos y vespertinos de otros profesionales.

La capacidad asistencial de cada centro de Salud puede ser redimensionada también para aumentarla o disminuirla según la densidad de población a cargo y las necesidades de protección y asistencia.

## **Definición de áreas de influencia y responsabilidad (Sector básico de Salud).**

### **Población a cargo.**

El plan de Salud para el mediano plazo debería incluir un proyecto de cobertura total con Centros de Salud y puestos sanitarios. Para ello debe analizarse todo el territorio provincial para detectar las áreas sin cobertura y las superposiciones. Debe tenerse en cuenta que las municipalidades y más raramente otras organizaciones sin fines de lucro, cuentan con centros propios, con los cuales debería acordarse la integración a una red a los efectos de las acciones de Salud tanto asistenciales como preventivas. La Dirección

provincial del primer nivel de atención debería coordinar un relevamiento en conjunto con las Zonas sanitarias y los equipos de las áreas programáticas para elaborar un listado de necesidades de creación, de traslado de las unidades asistenciales básicas o de fusión de los equipos para eliminar una sede en los casos de superposiciones territoriales. Esta última opción permitiría ampliar los horarios de un solo Centro lo que podría ser de mayor utilidad para la población cubierta y para la eficacia asistencial. Debe tenerse en cuenta que la calidad asistencial, la disponibilidad de medicamentos y estudios complementarios de un determinado Centro de Salud genera una percepción de cobertura en un radio más amplio y que ocurre lo contrario cuando la unidad asistencial es deficitaria. En la mayoría de las circunstancias lo correcto es mejorar los procesos y no generar un nuevo Centro. El máximo recomendado de población a cargo se ha establecido empíricamente en **25.000 personas** incluyendo la cobertura de Puestos sanitarios (Rizzi 1972). Esta cantidad máxima de población a cargo es un promedio para la provincia pero debería redefinirse en casos especiales, principalmente cuando los indicadores de utilización y la gravedad de los problemas lo requieran.

Los criterios para la ubicación de un centro de Salud o puesto sanitario pueden clasificarse en dos conjuntos:

- Territorios rurales y pequeñas localidades (hasta 2.000 habitantes).
- Territorios y conjuntos sociales urbanos

### ***Territorios rurales y pequeñas localidades (hasta 2.000 habitantes)***

Una cuestión importante para la ubicación del centro en estos casos es la distancia en tiempo real necesario para recorrerla en el medio más usual (teniendo en cuenta las limitaciones de transporte: rutas y servicios públicos) y llegar un Centro de nivel I o II ya instalado. Se ha recomendado que ese tiempo, también llamado ecológico, no supere **una hora de viaje**. Existen lugares en la provincia, como los ubicados en el delta del Paraná, en las islas de este río y el Uruguay, así como en zonas rurales alejadas sobre todo en los departamentos de Feliciano, Federal y Villaguay, que presentan dificultades mayores de traslado. En estos casos, debe estudiarse la alternativa de los puestos sanitarios para

visitas periódicas programadas que deben apoyarse en las Escuelas, en otras organizaciones locales o en los vecinos para los aspectos edilicios, al menos en una primera etapa. Las distancias a recorrer para la atención preventiva no debería superar los **10 km para el 90% de la población**<sup>13</sup>. Otros aspectos importantes a evaluar son el perfil epidemiológico del área, los indicadores de utilización de servicios de los pobladores y el interés de los vecinos en la instalación del Centro o del Puesto. La localización geográfica precisa debe tener en cuenta la accesibilidad para la población a cubrir, para los equipos asistenciales y para las derivaciones. Es recomendable también evaluar la conectividad telefónica, de Internet y eléctrica.

### ***Territorios y conjuntos sociales urbanos***

En las ciudades, la instalación de un Centro de Salud tiene el propósito principal de acercar los servicios preventivos y la atención ambulatoria de las enfermedades prevalentes a la población. Son numerosas las ventajas que pueden enunciarse para fortalecer esta orientación que incluye la menor pérdida de tiempo para las personas, que implica desatender sus familias y sus trabajos, si lo comparamos con los traslados y las esperas necesarias para ser atendidos en los hospitales. Otra gran ventaja es el acercamiento que facilita la participación comunitaria y la percepción por parte del equipo de Salud de las situaciones sociales y ambientales de los atendidos. Sin embargo, en esta provincia se confunde muchas veces la apertura de un edificio con la solución del problema. No es proporcional el entusiasmo creativo de las autoridades y la población, con la disposición de recursos humanos y proyectos locales coherentes y factibles a través del presupuesto adecuado. Se ha detectado la demanda de un nuevo Centro en la cercanía de otro, que por su deficiente funcionamiento no es percibido como un recurso útil por la sociedad barrial.

La reorganización de los centros de Salud urbanos deberían tener en cuenta entre otros los siguientes criterios y pasos a seguir:

---

<sup>13</sup> Se ha estimado que es la distancia que se puede recorrer en un carro o a caballo o en una embarcación lenta en algo menos de una hora en condiciones normales en la geografía de la provincia de Entre Ríos. La atención de las emergencias requieren de un diseño diferente que deberá estudiarse en la planificación provincial.

- Relevamiento estructural y funcional de la totalidad de servicios públicos y privados ambulatorios (incluyendo los municipales y los de organizaciones de la Sociedad civil), teniendo en cuenta la demanda potencial de barrios y áreas suburbanas
- Detección de áreas con insuficiente cobertura por las dificultades en el traslado hacia los centros más cercanos
- Detección de conjuntos sociales con problemáticas particulares que justifiquen una atención especial que incluya la instalación edilicia. En algunos de estos casos puede ser de interés la utilización de la alternativa del puesto sanitario para una atención periódica programada.

## Equipo humano (estructura orgánica, funciones, perfiles y normas de selección)

### Estructura:

- **Director**, (cargo técnico, concursado bajo reglamento especial para esta función en el primer nivel de atención, renovable cada 4 años)
- **profesionales**: el conjunto básico se constituirá en función de la situación de salud, del perfil epidemiológico, de la cantidad de población a cargo, de la problemática ambiental y de la disponibilidad de recursos, tendiendo como mínimo a estar compuesto como se indica en la tabla siguiente:

<i>Equipos de Profesionales asistenciales de Centros de Salud (mínimo recomendable)</i>				
	<b>Puesto sanitario</b>	<b>Centro de Salud I</b>	<b>Centro de Salud II</b>	<b>Área programática<sup>***</sup></b>
Médico generalista	1	1*	2*	1**
Enfermera	1	3*	7	1
Técnico en Salud ambiental		1	1	
Médico pediatra		1*	2*	1
Trabajadora social		1*	1*	2
Obstétrica		1*	1*	
Médico clínico			1*	1
Médico ginecólogo			1*	1
Odontólogo			1*	1
Psicólogo				1
Nutricionista				1
Lic. en Salud ambiental				1
Otras especialidades				3 a 6* según perfil epidemiológico y tamaño poblacional para consultas rotativas en CS.
<b>Total profesionales</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>14</b>
<b>Personal de apoyo</b>				
Agentes sanitario	1	2*	2*	
Administrativo		1	2	2
Mantenimiento		1	2	2
Facilitador de Educación permanente				1 a 2 según cantidad de CS

\*La cantidad dependerá de la población a cargo y de la demanda espontánea

\*\* Cubrirá suplencias ordinarias y extraordinarias en cualquiera de los centros de Salud o grupo del Área programática.

\*\*\* Los profesionales asistenciales del área programática trabajarán en los Centros de Salud o en terreno. No está previsto un espacio para atención en la sede del área

Factores a tener en cuenta al conformar los equipos:

- en el caso de poblaciones con menor proporción de niños el médico pediatra puede ser reemplazado por un clínico
- organizar la cobertura de atención médica durante horario matutino y vespertino, priorizando la cobertura del mayor horario posible, evitando superposición de profesionales.
- Se recomienda un médico generalista o de familia cada 750 familias o 3.000 habitantes.
- **Equipos especiales:** se asignarán especialistas según el perfil epidemiológico y los proyectos específicos a los Centros de salud o áreas programáticas prioritarias. Preferentemente se ampliarán los horarios del personal hospitalario del área.
- **Responsable de información** (incluido seguimiento de referencia y contrarreferencia): enfermero, TSA o administrativo, capacitados en procesos básicos de información en Salud (plus por función) (uno por Centro de Salud)
- trabajadores en terreno: agentes sanitarios o promotores de salud (el número dependerá del territorio a cubrir (urbano/rural, dificultades de traslado (islas, falta de caminos) y la necesidad de actividades preventivas, variando el número entre 1 cada 200 a 1 cada 1.000 familias.
- El personal de apoyo administrativo y de mantenimiento cubrirá las necesidades del Puesto sanitario del sector básico del Centro de Salud respectivo.

Este conjunto de personas debe propender a funcionar como un equipo. Para esto y bajo la responsabilidad principal del Director, se construirán las condiciones básicas para su funcionamiento<sup>14</sup>:

- Existencia de propósitos y objetivos comunes
- Delimitación y distribución explícitas de funciones y responsabilidades

---

<sup>14</sup> Modificado de Gómez López L y otros. "El centro de Salud: organización y funciones", cap. 92 de Piédrola Gil Gonzalo y otros. "Medicina preventiva y Salud Pública". 9ª edición. Ed. Masson Salvat. Barcelona, España. 1991.

- Coordinación y colaboración horizontal
- Programación participativa (diseño, gestión y evaluación)
- Estímulo de las interrelaciones personales positivas y del “espíritu de grupo” (ámbitos y medios de comunicación internos)

### **Funciones del Centro de Salud:**

- **Asistencia sanitaria:**
  - Atención de la demanda espontánea
  - Atención programada (incluye contrarreferencia)
  - Urgencias: primeros auxilios, orientación y derivación. Articulación ágil y segura preestablecida con el servicio de emergencias correspondiente del área programática.
- **Prevención de enfermedades:**
  - Factores de riesgo endógenos (susceptibilidad):
    - **Vacunaciones**
    - **Controles de peso y talla**
    - **Control de embarazos**
    - **Controles de desarrollo infantil**
    - **Controles ginecológicos (Papanicolau, mamas, etc...)**
    - **Control de tensión arterial**
    - **Controles metabólicos**
    - **Control de adicciones**
    - **Prevención de cáncer de colon y de próstata.**
  - Factores de riesgo ambientales:
    - **Agua de consumo**
    - **Eliminación de excretas**
    - **Tratamiento de residuos sólidos**
    - **Higiene de la vivienda**
    - **Control de roedores y vectores**

- **Control de calidad ambiental (ruidos, contaminación aérea, cursos de agua, suelo, radiaciones)**
- **Higiene de los alimentos (comedores, locales públicos, higiene doméstica)**
- **Prevención de accidentes (domésticos y peridomiciliarios)**
- **Higiene y seguridad laboral de pequeños establecimientos**
- **Promoción de la Salud:**
  - Estilos de vida saludables
  - Ambientes saludables
- **Rehabilitación**
  - Física
  - Psicológica
  - Social
  - Ambiental
- **Apoyo:**
  - Administrativas, (gestión, procesos de información, sistema de información geográfica (GIS), sala de situación, articulación intra y extrasectorial)
  - Higiene y mantenimiento
  - Educación permanente e investigación. (articulación con la 3° etapa del Programa Médicos comunitarios)

**Procesos:**

<i><b>Categoría</b></i>	<i><b>propósito</b></i>	<i><b>responsables</b></i>	<i><b>Observaciones</b></i>
Asistencial	Atención de la demanda espontánea	Médicos, enfermeras, otros profesionales	
	Interconsulta, derivación o Referencia	Médicos, enfermeras, otros profesionales	Seguimiento del trámite por el Responsable de información del Centro
	Atención de prioridades epidemiológicas	Según el caso	
	Atención programada (contrarreferencia, rehabilitación, domiciliaria, etc...)	Médicos, enfermeras, kinesiólogos, psicólogos, otros profesionales	
	Atención de urgencias	Enfermero	

	(asistencia inmediata y derivación)		
Promoción y prevención	Inmunizaciones	Enfermera	Articulación con Escuelas y Acción social municipal o provincial. En el caso de contar con un trabajador social en el equipo tendrá la responsabilidad de la misma, y en su defecto será asumida por el Director.
	Controles a personas y grupos (incluye visitas programadas)	Médicos, enfermeras, otros profesionales	
	Atención de factores ambientales de riesgo y protección	Técnicos en Salud ambiental, Trabajadores sociales y agentes sanitarios	
	Promoción de la participación comunitaria y el autocuidado personal y familiar. Promoción de la Salud y la Calidad ambiental.	Médicos, enfermeras, otros profesionales Trabajadores sociales, Técnicos en Salud ambiental y agentes sanitarios	
Información, conocimiento y gestión de calidad	Sistema nacional de vigilancia epidemiológica (SiNaVE)	Enfermero o técnico en Salud ambiental capacitados	Articulado con el nodo epidemiológico departamental y la Dirección provincial de Epidemiología
	Circuito local de información epidemiológica y operativa (Sala de situación y ASIS)		(ver descripción más adelante)
	Gestión del conocimiento y mejora continua	Facilitador de Educación permanente	Actualmente forma parte del PMC pero debería ampliarse al resto de los CS y proyectar su continuidad en el marco del presupuesto provincial.
	Programación anual	Director, Enfermero o técnico en Salud ambiental capacitados	
	Calidad total		
Apoyo	Administrativo		
	Mantenimiento		

### Propuesta de documentación de actividades de prevención de enfermedades y promoción de salud

Las actividades de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud son parte integrante de la Atención Primaria. La existencia de patologías crónicas relacionadas causalmente con factores de riesgo derivados de modos de vida no saludables ha incrementado la importancia de este grupo de acciones sanitarias en la comunidad. Dentro de las diferentes prácticas que se desarrollan en un centro de salud se deben contemplar, como fundamentales, las actividades preventivas y de promoción de la salud e integrarlas con las asistenciales en el trabajo cotidiano del Equipo de Atención Primaria.

Las actividades preventivas se centran en desplegar de medidas y técnicas que puedan evitar la aparición de la enfermedad. Implica realizar acciones anticipatorias

frente a situaciones indeseables, con el fin de promover el bienestar y reducir los riesgos de enfermedad. Las actividades de promoción de salud procuran desarrollar habilidades en las personas para la toma de decisiones que les permitan llevar una vida saludable en forma sostenida. Cualquier actitud, recomendación, o intervención que haya demostrado su capacidad para mejorar la calidad de vida de las personas es, en sí misma, una medida de promoción de la salud. La promoción de la salud subraya la educación sanitaria, el asesoramiento y las condiciones favorables de vida.

Tomando como referencia lo antes descrito consideramos de vital importancia generar propuestas e instrumentos que faciliten la sistematización y documentación de estas actividades por parte del Equipo de Atención Primaria. Por otro lado entendemos que la reflexión sistemática sobre la práctica puede conducir al perfeccionamiento de los métodos y a nuevas ideas para mejorar este tipo de acciones. El establecimiento de un registro claro de lo que sucedió y cuáles fueron los resultados puede hacer más probable que otros ayuden a continuar esfuerzos valiosos. Cada Centro de Salud deberá contar con planillas y cajas de archivo adecuadas para registrar, procesar y archivar lo actuado. La programación periódica del Centros fijará la cantidad de horas, la conformación de los equipos y otros recursos necesarios para actividad en terreno. A continuación se detallan los puntos a tener presentes al momento de confeccionar un instrumento que permita documentar las actividades de prevención y promoción del Equipo de Atención Primaria:

#### **A) Descripción de la actividad**

- Numero de la actividad: (Ej.: 001, 002, 003, etc.)
- Fecha de la actividad: (Ej.: dd/mm/aaaa)
- Tipo de actividad: (Ej.: Prevención o Promoción de Salud)
- Temática abordada: (Ej.: Lactancia materna, zoonosis, adicciones, etc.)
- Objetivos (promover la lactancia materna)
- Lugar de desarrollo: (Ej.: Centro de salud, escuela, plaza, club, etc.)
- Tiempo estimado: (Ej.: 1hs 30 min.)

- Destinatarios: (Ej.: embarazadas, niños, adolescentes, jóvenes, padres, adultos mayores, etc.)
- Metodología de trabajo: (Ej.: charla, debate, taller, etc.)
- Recursos necesarios: (Ej.: pizarra, PC, fibrones, afiches, cañón digital, fotocopias, etc.)

**B) Resultados de la actividad**

- Registro de cantidad y tipos de participantes (planilla de asistencia)
- Crónica de la actividad (registro de las opiniones de los participantes, ideas propuestas, etc.)
- Registro fotográfico de la actividad si hubiere disponibilidad de equipo.
- Encuesta a los asistentes (breve formulario que permita expresar a los participantes como vivenciaron el taller y explore temas de interés de los mismos)

## **Normas de selección del personal de los Centros de Salud.**

Se establece el Régimen de Concurso de Antecedentes y Oposición para el acceso a los cargos vacantes adecuándolo a la Ley provincial 9892 de la carrera profesional asistencial-sanitaria. A los fines del Concurso, los Jurados estarán integrados por profesionales de igual o mayor nivel que el cargo que se concursará, y que deberán acreditarse en el Área Concurso de la Secretaría de Gestión sanitaria. En situaciones de emergencia se realizarán designaciones interinas respetando los requisitos planteados más abajo para cada cargo.

### **Llamado a concurso**

El llamado a Concurso del cargo vacante, será efectuado mediante Resolución de la Secretaría de Gestión sanitaria que especifique:

- a) Localidad.
- b) Centro de salud o CIC
- c) Función a concursar.
- e) Condiciones que deben reunir los postulantes.
- f) Lugar de recepción de las inscripciones.
- g) Fecha de inscripción - Cierre de inscripción.

### **Condiciones deseadas para cargos del primer nivel de atención**

Requisitos para ocupar cargos jerárquicos en el primer nivel de atención<sup>15</sup>:

#### **Director del Centro de Salud nivel I**

- Título de grado habilitante en Ciencias de la Salud o Ciencias Sociales, otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.
- Adscripción a la carrera asistencial en el primer nivel de atención.
- Preferentemente Título o Certificado de Post-Grado especializado en Salud Pública o cursos afines, otorgado por Universidades Nacionales, Extranjeras o Privadas.

---

<sup>15</sup> Según Régimen jurídico de la carrera profesional asistencial-sanitaria – Ley 9892

- Experiencia acreditada de gestión de servicios de salud, preferentemente primer nivel de atención.

#### **Director del Centro de Salud nivel II**

- Título de grado habilitante en Ciencias de la Salud o Ciencias Sociales, otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.
- Acreditar cuatro (4) años mínimo como Profesional Asistente en el primer nivel de atención o Director de Centro de Salud de Centro de Salud nivel I.
- Preferentemente Título o Certificado de Post-Grado especializado en Salud Pública o cursos afines, otorgado por Universidades Nacionales, Extranjeras o Privadas.
- Experiencia acreditada de gestión de servicios de salud, preferentemente primer nivel de atención.

#### **Médico generalista del Centro de Salud**

- Título de grado habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.
- Preferentemente experiencia de trabajo acreditada en el primer nivel de atención.
- Residencia acreditada en medicina general y/o medicina familiar.
- Preferentemente no excluyente experiencia de trabajo en docencia en espacios comunitarios.
- Preferentemente Título o Certificado de Post-Grado especializado en Salud Pública o cursos afines, otorgado por Universidades Nacionales, Extranjeras o Privadas.

#### **Enfermero del Centro de Salud**

- Título de grado o tecnicatura habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.
- Preferentemente experiencia de trabajo acreditada en el primer nivel de atención.
- Preferentemente residencia acreditada en enfermería comunitaria.
- Preferentemente, no excluyente, experiencia de trabajo en docencia en espacios comunitarios.

- Preferentemente Título o Certificado de Post-Grado especializado en Salud Pública o cursos afines, otorgado por Universidades Nacionales, Extranjeras o Privadas.

#### **Médico Pediatra del Centro de Salud**

- Título de grado habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.
- Residencia acreditada en pediatría.
- Preferentemente experiencia de trabajo acreditada en el primer nivel de atención.
- Preferentemente no excluyente experiencia de trabajo en docencia en espacios comunitarios.
- Preferentemente Título o Certificado de Post-Grado especializado en Salud Pública o cursos afines, otorgado por Universidades Nacionales, Extranjeras o Privadas.

#### **Técnico en Salud Ambiental del Centro de Salud**

- Título de grado o tecnicatura habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.
- Preferentemente experiencia de trabajo acreditada en el primer nivel de atención.
- Preferentemente no excluyente experiencia de trabajo en docencia en espacios comunitarios.
- Preferentemente Título o Certificado de Post-Grado especializado en Salud Pública o cursos afines, otorgado por Universidades Nacionales, Extranjeras o Privadas.

#### **Médico Ginecólogo del Centro de Salud**

- Título de grado habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.
- Residencia acreditada en tocoginecología.
- Preferentemente experiencia de trabajo acreditada en el primer nivel de atención.
- Preferentemente no excluyente experiencia de trabajo en docencia en espacios comunitarios.
- Preferentemente Título o Certificado de Post-Grado especializado en Salud Pública o cursos afines, otorgado por Universidades Nacionales, Extranjeras o Privadas.

**Odontólogo del Centro de Salud**

- Título de grado habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.
- Preferentemente residencia acreditada en odontología.
- Preferentemente experiencia de trabajo acreditada en el primer nivel de atención.
- Preferentemente no excluyente experiencia de trabajo en docencia en espacios comunitarios.
- Preferentemente Título o Certificado de Post-Grado especializado en Salud Pública o cursos afines, otorgado por Universidades Nacionales, Extranjeras o Privadas.

**Obstétrica en del Centro de Salud**

- Título de grado o tecnicatura habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.
- Preferentemente experiencia de trabajo acreditada en el primer nivel de atención.
- Residencia acreditada en obstetricia.
- Preferentemente no excluyente experiencia de trabajo en docencia en espacios comunitarios.
- Preferentemente Título o Certificado de Post-Grado especializado en Salud Pública o cursos afines, otorgado por Universidades Nacionales, Extranjeras o Privadas.

**Responsables de información<sup>16</sup>:**

- Título de grado, tecnicatura o terciario habilitante otorgado por Universidades Nacionales, Provinciales o Privadas, reconocidas por autoridad competente.
- Preferentemente Enfermero, Técnico en salud Ambiental o Administrativo con experiencia de trabajo en el primer nivel de atención.
- Experiencia y capacitación acreditada en procesos básicos de información en Salud
- Preferentemente no excluyente experiencia de trabajo en docencia en espacios comunitarios.

---

<sup>16</sup> El responsable de información tendría la función de sistematizar, procesar y enviar o socializar la información generada por el Centro de Salud. En el caso de los equipos mínimos o básicos esta función podrá ser desempeñada por cualquiera de los integrantes del equipo existente, percibiendo un plus económico por la función.

**Régimen de Defensa y Oposición**

Presentación por parte de los postulantes de una propuesta de trabajo a desarrollar en el primer nivel de atención referida al cargo concursado. La misma deberá reunir los siguientes requisitos:

- Título
- Objetivos
- Fundamentación
- Marco teórico
- Actividades y acciones propuestas para desarrollar en el primer nivel de atención
- Cronograma de trabajo
- Evaluación

**Promoción de categorías e incentivos por actividad prioritaria.**

De acuerdo al artículo 14 de la ley 9892, la promoción de categorías en la Carrera se hará cada cinco (5) años de permanencia en cada una de ellas, siempre y cuando se cumplan los requisitos indispensables de capacitación científica, que deberán observarse y calificarse anualmente en su legajo personal, según lo determine la reglamentación de la Ley. **El primer nivel de atención se considera prioritario para el Plan provincial de Salud por lo aplicará un incentivo a los profesionales que obtengan los cargos por concurso, consistente en un 25% del haber correspondiente a la categoría, que se abonará trimestralmente de acuerdo a la evaluación de la calidad asistencial y el cumplimiento de las tareas programadas. Se establecerá un Reglamento especial para este proceso evaluatorio y la escala proporcional de pago.**

## **Incorporación de las dimensiones de la Salud ambiental en el área de influencia.<sup>17</sup>**

La **evolución de la Salud ambiental** ha tenido, en su larga trayectoria de más de 2.000 años, una secuencia alternada de momentos de expansión y consolidación y otros en que se desdibujó su importancia en la Salud pública. En los últimos 30 años se conjugaron una serie de factores (avances en inmunizaciones, diagnósticos y tratamientos médicos, crisis del rol del Estado y ola privatizadora, crecimiento del ecologismo y tendencia a separar Salud y Ambiente, entre otros no menos importantes), que generaron un nuevo momento depresivo en su evolución, que afectó a todos los implicados, desde los organismos estatales específicos hasta los ámbitos académicos. Se desarrollaron iniciativas que, por ejemplo, intentaron desvincular operativamente la atención primaria “ambiental” de la atención primaria de la “Salud”. En Entre Ríos, la Dirección provincial de Saneamiento ambiental que funcionaba en el ámbito de la Subsecretaría de Salud pública fue trasladada en los años 90 al área de medio ambiente profundizando la desconexión con los organismos dedicados a la atención de las personas.

Si bien es muy importante que se enfoquen los problemas ambientales desde la mayor cantidad de ángulos posibles, esto no debería implicar la pérdida para la Salud pública de una de sus ramas más importantes y que ha producido enormes logros en su evolución. Por el contrario, pareciera ser creciente la necesidad de una Salud ambiental permanentemente actualizada, que incorpore las visiones ecológicas y del desarrollo sostenible, como un aporte decisivo para lograr mejores niveles de Salud y Calidad de vida.

La preocupación prioritaria por el cuidado de los factores ambientales que pueden afectar la Salud, expresada con tanta claridad por Maimónides, tiene sus antecedentes en la Medicina hipocrática, que adjudicaba la endemidad de determinadas enfermedades al clima, el agua, la agricultura, la nutrición y las costumbres. Decía Hipócrates, en la brillante Grecia del siglo IV a.C:

---

<sup>17</sup> El texto presentado a continuación es una versión modificada de: Marcó Leandro “¿Por qué una red de Formación en Salud ambiental?. publicado en Proyecto de Red de formación en Salud ambiental. Conceptos básicos y marco teórico de la propuesta. FCS-UNER 2006. Debatido y consensado posteriormente por varias universidades nacionales y extranjeras.

*“La vida es corta, el arte largo; la ocasión, fugaz; el experimento engañoso; el juicio, difícil. Y no podrá el médico por sí solo salir airoso en la curación de una enfermedad si no le favorece el enfermo, los asistentes y las circunstancias exteriores”.<sup>18</sup>*

Los romanos y luego los andaluces consolidan en los siglos posteriores la preocupación por el mantenimiento de la salubridad de las aguas y de la construcción de viviendas adecuadas<sup>19</sup>, concretado en obras importantes, algunas de las cuales aún perduran. En el siglo XIX se producen algunos avances conceptuales (Geografía médica). Una propuesta para los **Servicios básicos de Salud**, publicada<sup>20</sup> en 1972 por la Escuela de Salud pública de la Universidad de Buenos Aires, menciona entre las cinco funciones específicas la del **saneamiento ambiental** y en el equipo adecuado para cumplir con todas las funciones figuran el médico, la enfermera y el **inspector sanitario** como las profesiones sustantivas. Describe las funciones del inspector sanitario en el capítulo anexo de las responsabilidades del servicio básico que se refiere al Saneamiento ambiental. Lo considera un elemento indispensable en las tareas de promoción de la Salud y prevención de las enfermedades transmisibles, que se encarga en las áreas rurales y urbanas de diversos factores de riesgo ambiental.

Si bien persistieron corrientes de pensamiento en Salud Pública que mantenían el foco en lo ambiental, recién en las últimas décadas comienzan a cobrar nueva importancia, generada por la creciente contaminación y sus patologías asociadas y por el agravamiento de las condiciones de pobreza y deterioro ambiental en gran parte del planeta.

Para penetrar en toda su complejidad en la conceptualización de la Salud es importante comprender el dinamismo del balance entre los factores endógenos y medio-ambientales, que se refleja en la adaptación activa o pasiva, y que establece condiciones favorables y adecuadas a la edad, que promueven el crecimiento y la maduración de

---

<sup>18</sup> Citado en: Lyons A. y Petrucelli J. *Historia de la Medicina*. Ed. Doyma S.A. Barcelona, España. 1980

<sup>19</sup> Lyons A. y Petrucelli J. *Historia de la Medicina*. Ed. Doyma S.A. Barcelona, España. 1980

<sup>20</sup> Rizzi Carlos. “Una concepción de atención médica: Servicios básicos de Salud” artículo de Cuaderno de Salud pública n° 9 de la Escuela de Salud pública, FM, UBA Buenos Aires. 1972

funciones, facilitan el aprendizaje, posibilitan el desarrollo de los valores potenciales del hombre, el goce cabal de la vida y la contribución al bienestar colectivo. La Salud pública como disciplina científica<sup>21</sup> que estudia la salud humana desde el punto de vista colectivo comprende dos ramas principales desde el punto de vista de los contenidos sustantivos:

- **Estudio y Atención de las personas** (factores endógenos)
- Estudio y Atención del medio ambiente o **Salud ambiental**. (También llamada Higiene del Medio, que tratará los factores ambientales tanto físicoquímicos, como biológicos y socioculturales que pueden afectar o potenciar la salud humana).

La Salud ambiental es la rama de la Salud pública que estudia y trata los factores del ambiente que pueden afectar o potenciar la Salud humana.

La Salud ambiental es uno de los pilares centrales de la estrategia de desarrollo sostenible que tiene como propósito mejorar la calidad de vida de las generaciones actuales y futuras de la sociedad humana.<sup>22</sup>

A pesar de todas las dificultades que plantea la Epidemiología ambiental, se han realizado varios estudios para medir el impacto de las medidas de saneamiento ambiental en diversas patologías importantes. En un metaanálisis de Esrey (1991)<sup>23</sup> sobre 19 trabajos a nivel internacional se halló una mediana de 26% (0-68%) de reducción de la mortalidad por diarrea en menores de 5 años al mejorar los servicios de suministro de agua segura. Tanto en Argentina como en México y otros países de América latina se pudo comprobar que frente a las acciones de prevención frente a la epidemia de cólera de comienzo de los 90, se lograron disminuciones sensibles de la mortalidad y la morbilidad de enfermedades de transmisión hídrica. Otro análisis de Esrey (1996) en 8 países demuestra que el control

---

<sup>21</sup> La Salud pública y la Salud ambiental, como una de sus ramas, pueden ser entendidas como los servicios estatales o como condiciones de un diagnóstico de situación pero tienen también una acepción como disciplinas científicas con objeto de estudio y métodos propios.

<sup>22</sup> La OMS (1993) elaboró en una reunión consultiva realizada en Sofía, Bulgaria, una definición utilizando estos términos aunque refiriéndose a los factores ambientales adversos para la Salud. Creo que es importante, en el marco de las estrategias de promoción de la Salud, que también se abarquen aquellos factores que pueden mejorar o potenciar los niveles de Salud y Calidad de vida.

<sup>23</sup> Mencionado en Organización Panamericana de la Salud. *“La Salud y el Ambiente en el desarrollo sostenible”*. Pub. Científica n° 572. Washington, 2000.

sanitario de las excretas y otras medidas de saneamiento como provisión de agua en cantidad suficiente para la buena higiene, potencia claramente el efecto favorable sobre las diarreas del agua segura. En los países de mayor desarrollo que han logrado buenos servicios de agua y excretas (con monitores suficientes), aparecen los alimentos como causantes de muchas patologías prevenibles que pueden ser muy graves (Síndrome urémico hemolítico por E. Coli, Salmonellosis, etc...). El parásito *Cryptosporidium* es una amenaza importante de epidemias, generalmente causadas por fallas en los controles de los suministros de agua, que pueden afectar a ciudades enteras como en el caso de Milwaukee, USA, en 1993, con 400.000 casos de diarrea severa durante 10 días. Otra razón muy evidente de acrecentar la **capacidad permanente de acción ambiental** de los Centros de Salud es la que presentan las enfermedades transmitidas por vectores, que en el caso de Entre Ríos, es importante en cuanto al mosquito Aedes y en menor medida a la vinchuca.

COMPONENTES Y CAMPOS DE ACCION DE LA SALUD AMBIENTAL<sup>24</sup>

**I) COMPONENTES**

<u>Específicos:</u>	<b>1. servicios de saneamiento básico.</b>	1.1. agua potable
		1.2. aguas residuales y excretas
		1.3. residuos sólidos
	<b>2. servicios de prevención y control de la contaminación y riesgos ambientales</b>	2.01. aguas superficiales y subterráneas
		2.02. alimentos
		2.03. suelo
		2.04. aire
		2.05. vectores y reservorios
		2.06. tóxicos
		2.07. ruidos
		2.08. radiaciones (ondas electromagnéticas y corpusculares, temperatura, vibraciones, iluminación, etc..)
		2.09. alérgenos
		2.10. evaluación de impacto ambiental (actividad multidisciplinaria)
	<b>3. atención a problemas especiales.</b>	3.1. accidentes
		3.2. desastres
		3.3. otros
<b>4. Capacitación en Salud ambiental</b>	4.1. educación para la Salud ambiental	
	4.2. formación en Salud ambiental	
<u>de apoyo</u>	<b>1. técnicos</b>	1.1. estudios y proyectos
		1.2. encuestas sanitarias
		1.3. monitoreo ambiental y biomédico
		1.4. investigación de efectos del ambiente en la Salud
		1.5. otros
	<b>2. financieros</b>	2.1. estudios de factibilidad
		2.2. recuperación de inversiones
	<b>3. socioculturales</b>	3.1. promoción de acciones
		3.2. educación para la salud
		3.3. educación ambiental
		3.4. estudios de percepción
		3.5. participación social
	<b>4. administrativos</b>	4.1. desarrollo institucional
		4.2. planificación y programación
		4.3. legislación, normatividad y aplicación
		4.4. gestión de recursos humanos y físicos
		4.5. cooperación intersectorial, internacional, etc...

<sup>24</sup> Modificado de un cuadro elaborado por el Ing. Humberto Romero Alvarez y publicado en Dianderas Augusta. "Los sistemas locales de salud y la salud ambiental", en *Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos y experiencias*. Publicación científica nº 519, OPS/OMS, Washington DC, USA. 1990. (pág. 513)

**II) CAMPOS DE ACCION.**

Medios específicos	<b>1. viviendas</b>	
	<b>2. lugares de trabajo</b>	2.1. industriales
		2.2. comerciales
		2.3. agrícola/ganaderos
		2.4. oficinas
		2.5 servicios
	<b>3. centros educativos</b>	
	<b>4. centros de recreación</b>	
<b>5. vías y medios de transporte</b>		
<b>6. otros</b>		
Tipos de asentamientos.	<b>1. urbano</b>	1.1. céntrico
		1.2. residencial
		1.3. marginal (socioecon. y amb.)
		1.4. periurbano
		1.5. industrial
	<b>2. rural</b>	2.1. compacto
		2.2. disperso
	<b>3. transitorios</b>	población migratoria
Refugiados		
Áreas geográficas	<b>1. cuencas</b>	
	<b>2. otras delimitaciones territoriales</b>	

En Argentina hay experiencias en Chaco, Misiones y Formosa, en las trabajan técnicos en Saneamiento en los Centros de Salud, varios de ellos ex alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNER.

Consideramos de gran importancia completar los equipos básicos de los Centros de Salud con Técnicos en Salud ambiental para que puedan cubrirse las necesidades de atención de los factores del medio tanto en una faz preventiva como en la corrección o mitigación de los daños y riesgos. En general, los servicios municipales de provisión de agua y eliminación de excretas no cubren los riesgos domiciliarios ni tienen equipos para interactuar persistentemente en terreno con quienes atienden a las personas. En algunas ciudades, las municipalidades actúan en el control de vectores o roedores, así como en el tratamiento de los residuos sólidos, pero lo hacen desde una escala urbana global, con escasa o nula cobertura de la escala barrial. Las pequeñas municipalidades y la población rural carecen de estos servicios, aún cuando los riesgos del creciente uso de agroquímicos presentan señales de alarma.

En cuanto a la calidad ambiental, un factor de riesgo creciente es el los ruidos excesivos generados por equipos musicales que ya no son patrimonio de los lugares cerrados dedicados al baile y las reuniones sociales, en horarios circunscriptos, sino que se han extendido a gran parte de las viviendas y de los vehículos y a todos los momentos del día y la noche. Esta grave contaminación acústica impide el sueño, el descanso, altera la convivencia familiar y vecinal, provocando alteraciones mentales y físicas. Otra cuestión de enorme importancia epidemiológica es la vinculada con la calidad del aire (presencia de partículas y gases) que pueden desencadenar episodios de broncoespasmo en una enfermedad de gran prevalencia como es el asma y agravar también a bronquiales crónicos, riníticos, o generar patologías propias de la inhalación crónica de partículas o gases, etc...

## Procesos recomendados de referencia / contrarreferencia

Un aspecto de gran importancia pero muchas veces no tratado desde la perspectiva de la estrategia de atención primaria de la Salud, es el de la vinculación del primer nivel de atención con los niveles de mayor complejidad, con el propósito de la mejor atención de los pacientes. Si bien el poder resolutivo de motivos de consulta de un primer nivel de atención ambulatorio es muy alto, se presentan también muchos casos que requieren consultas especializadas, estudios complementarios y/o internación. Este proceso de referencia debe ser tratado con particular cuidado por el sistema hospitalario, que debe considerar al derivado como ya ingresado al proceso asistencial a partir de la decisión del primer nivel de atención. Se debe dar un giro preferencial y oportuno a los trámites requeridos, con devolución en formulario ad-hoc al equipo derivante. En el caso de los pacientes que requirieron internación o ingresaron por la guardia hospitalaria, la contrarreferencia temprana bien realizada es un mecanismo de gran utilidad para mejorar la calidad de vida de los pacientes y para optimizar el funcionamiento de los servicios hospitalarios. Dice el documento fundacional de la estrategia de “salud para todos”<sup>25</sup>: *“Conviene insistir en que el sistema de consulta y envío de casos es un proceso bidireccional y que los pacientes no deben permanecer en una institución más que el tiempo más breve posible. Tan pronto como su restablecimiento pueda continuar por procedimientos más sencillos, deben regresar a su comunidad, a la que se debe enviar una información clara sobre el diagnóstico clínico y el tratamiento aplicado, así como instrucciones sobre la asistencia ulterior que necesiten”*.

Cada **Área programática** organizará una **red de ambulancias** de traslado de pacientes desde los Centros de Salud en coordinación con los servicios hospitalarios, municipales, mutuales, privados o de obras sociales, que funcionen en cada localidad. En el caso de los ubicados en cercanías de rutas de mayor frecuencia de accidentes de tránsito se tenderá a dotar de al menos una ambulancia por unidad asistencial y se establecerán mecanismos de suplementación con otros vehículos de base cercana. Se planificará a nivel de cada **Zona sanitaria** una **red de ambulancias de alta complejidad**

<sup>25</sup> Informe conjunto del Director General de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la infancia presentado en la Conferencia internacional sobre Atención primaria de la Salud en Alma Ata, 1978. *Atención Primaria de la Salud. Conferencia Internacional de Alma Ata*. OMS, Ginebra, 1978.

para los traslados que requieran este tipo de atención tendiendo a la meta de al menos una ambulancia de alta complejidad por hospital cabecera de Área programática y dos en el Hospital de mayor complejidad de la Zona.

Cada Zona sanitaria establecerá y mantendrá actualizado un Reglamento de derivaciones con la descripción de las pautas de conducta tendiendo a garantizar una óptima atención de todos los casos, según el tipo de patología, tanto en la toma de decisiones como en el traslado y en la recepción. Se evitará un escalonamiento forzado por niveles que implique pérdida de tiempo y oportunidad asistencial. Se recomendará la comunicación telefónica o por la alternativa más rápida posible, para anticipar a la Guardia del establecimiento al que se refiere el caso, sobre la información necesaria para preparar adecuadamente la recepción. Se dejará registro en el Centro de Salud que posteriormente informará al Área programática para el seguimiento del proceso. Cada 6 meses la Zona sanitaria realizará un **monitoreo** y reajuste de normas a seguir con el propósito de la mejora continua.

La Referencia de los pacientes se documentará en una hoja estandarizada donde deberá constar:

1. Centro que deriva
2. Unidad asistencial a la que es derivado el paciente
3. Apellido y nombres del paciente
4. DNI del paciente
5. Dirección y teléfonos del paciente
6. Sexo y edad.
7. Hora de traslado
8. Antecedentes clínicos de importancia
9. Resumen de enfermedad actual
10. Datos positivos del examen físico
11. Impresión diagnóstica
12. Tratamiento indicado con descripción de dosis y horario de las aplicaciones
13. Justificación del traslado

14. Apellido y nombres del profesional que remite

15. Firma del profesional

#### Atención domiciliaria y contrarreferencia.

La Atención Domiciliaria es una modalidad de atención de la salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, de patologías tanto agudas como crónicas, en adultos y niños, realizadas por un equipo multiprofesional.

Hay un marco normativo provincial fijado por el Decreto Nº 191/008, Marco Regulatorio para las Instituciones de Salud. Normas de organización y funcionamiento de servicios de internación domiciliaria, promulgado el 31 de marzo de 2008. Establece como misión de la atención domiciliaria la de *“promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en los aspectos físico, psíquico, social y espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana”*.<sup>26</sup>

Se trata de un servicio de pacientes estables, no comprendiendo situaciones de urgencia, las cuales se deberían gestionar de forma independiente. Este tipo de prestación debe autorizarse desde la Dirección del Centro de Salud o desde la Coordinación del área programática según corresponda, luego de evaluar el informe sobre la situación del paciente y de los tratamientos prescritos, presentado por escrito por el profesional derivante.

La necesidad de crear este tipo de sistemas, se fundamenta en los siguientes puntos<sup>27</sup>:

- Presiones demográficas derivadas del envejecimiento de la población y falta de respuesta por parte de las instituciones de salud para dar respuestas alternativas adecuadas a las necesidades en materia de salud planteadas por la comunidad
- Políticas de sustitución del uso del segundo nivel, por intervenciones de régimen ambulatorio con base en un sistema de redes en salud con el primer nivel.

---

<sup>26</sup> Decreto Nº 191/008 - Marco Regulatorio para las Instituciones de Salud. Normas de organización y funcionamiento de servicios de internación domiciliaria. Promulgada el 31 de marzo 2008.

<sup>27</sup> "La Enfermería en Atención Domiciliaria" - Actas de la Jornada del 19 de agosto de 1997. Buenos Aires, Fundación Alberto J. Roemmers, 1997

- Cambios en el contenido y complejidad de los cuidados domiciliarios, por medio de la implementación de medios de vigilancia y tratamiento que los avances tecnológicos permiten.
- Redefinición de la APS, y la generación de nuevos profesionales con este perfil, para desarrollar este tipo de prestación.
- Se enmarca en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, que propone brindar atención integral al paciente en su domicilio con vistas a su recuperación y rehabilitación interactuando con los establecimientos asistenciales de diferentes niveles de atención, con quienes deberá mantener mecanismos adecuados de referencia y contrarreferencia.

#### Beneficios, de la Internación y atención domiciliaria

- Reincorpora rápidamente al paciente a su entorno habitual: su hogar, su familia y comunidad.
- Evita los efectos nocivos de la internación prolongada y disminuye de forma significativa la posibilidad de infecciones cruzadas.
- Evita el impacto psíquico del paciente hospitalizado.
- Restituye precozmente la dinámica del grupo familiar.
- Facilita la participación activa de la familia en la recuperación del paciente mediante su adecuada capacitación.
- Disminuye los costos de internación, permitiendo la reorientación de los recursos a la mejora de los servicios ofrecidos.
- Aumenta la disponibilidad de camas para pacientes agudos.
- Se ha afirmado que disminuye significativamente la frecuencia de reinternaciones<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> "La Enfermería en Atención Domiciliaria" Actas de la Jornada del 19 de agosto de 1997. Buenos Aires, Fundación Alberto J. Roemmers, 1997

Dado los beneficios que este tipo de sistema brinda, es importante analizar que pacientes son pasibles de tal tipo de internación y también dotar de la capacidad suficiente al primer nivel de atención para desarrollar esta actividad en el marco de la comunidad. Básicamente requiere de disponibilidad horaria de personal y eventualmente de medios de traslado y de una capacitación especial.

#### Pacientes aptos para Internación Domiciliaria:

Todo paciente, adulto o pediátrico, es pasible de ser asistido por el equipo de profesionales, en su domicilio, si la misma cuenta con las condiciones socio-ambientales mínimas necesarias y si el periodo de evolución de su patología lo admite. Pueden mencionarse como ejemplos:

- Enfermedades neurológicas:

Accidente cerebrovascular en fase de recuperación, Esclerosis Múltiples, Mielopatías, Enfermedad de Alzheimer, Mal de Parkinson, Parálisis Cerebral

- Enfermedades musculares:

Miopatías, Distrofias

- Enfermedades oncológicas:

Tratamiento en distintas fases evolutivas, Pacientes en tratamiento quimioterápico

Pacientes Terminales

- Enfermedades osteoarticulares:

Fracturas de Cadera, Artritis y Osteoartritis invalidantes

- Complicaciones Quirúrgicas:

Dehiscencia de heridas, Fístulas enterocutáneas, Postquirúrgicos prolongados, Tratamiento de Escaras

- Pacientes Pediátricos:

Pacientes con Apnea o trastornos de la deglución, Pacientes con Malformaciones congénitas que requieran cuidados constantes. Daño Neurológico. Pacientes con Insuficiencia respiratoria, Luminoterapia domiciliaria, Otras Causas.

- Enfermedades que requieren tratamientos prolongados como la Tuberculosis y otras (vigilancia del cumplimiento en casos especiales).

### Selección del paciente para este tipo de internaciones:

Este tipo de atención requiere de una red asistencial con funcionamiento efectivo, coordinada por la Zona Sanitaria a través de la Coordinación del área programática correspondiente al domicilio del paciente. Solo en el caso de que esta área cuente con la capacidad asistencial recomendada se establecerán los vínculos necesarios generalmente planteados desde el proceso de contrarreferencia. Es importante que al menos en la fase inicial actúe la trabajadora social del área y el agente sanitario del sector. Las instrucciones del tratamiento serán claramente descriptas por escrito en una hoja estándar enviada por quien deriva al paciente. Se establecerán las necesidades de controles periódicos generales o especializados. Se solicitará el consentimiento informado del paciente y/o sus familiares.

Para que este sistema de atención domiciliaria funcione debe contar con los siguientes requerimientos:

### Recursos físicos:

Este servicio debe contar con un ambiente adecuado al funcionamiento tanto de las tareas organizativas (la recepción de público, los pases de guardia del personal y para reuniones) como para el almacenamiento del equipo e insumos y el archivo de la documentación. Este lugar físico se debe encontrar dentro del centro de salud o de la sede que se plantee en cada área programática, Deberá contar con el financiamiento necesario, flujo asegurado de insumos con reservas apropiadas y movilidad propia adecuada a las distancias, dificultades en el trayecto y riesgos para la seguridad del profesional actuante.

### Sistema de información:

Debe contar con un sistema de información (manual e informático) que permita registrar y archivar toda documentación indispensable para su funcionamiento. La información mínima a ser registrada es:

- Registro de pacientes.
- Registro de patologías.
- Fecha de ingreso y egreso de los pacientes al servicio.

- Días de permanencia por paciente egresado.
- Fallecidos al egreso.
- Prácticas solicitadas.
- Complicaciones médicas.
- Derivación a internación hospitalaria.
- Registro de profesionales actuantes.
- Plan de actividades diarias para cada profesional actuante.

Para que este sistema funcione de forma correcta los registros deben ser claros, completos y concisos. Deben ser enviados, de ser necesario, al segundo nivel para su incorporación en las respectivas historias clínicas. La ficha de cada paciente deberá incluir la siguiente información:

- Apellido y nombres. DNI. Fecha de nacimiento.
- Residencia (dirección, localidad. Departamento). Teléfono del paciente.
- Persona responsable del paciente.
- Médico responsable del paciente e Institución que deriva.
- Teléfono de contacto en caso de emergencia y urgencia.
- Fecha de ingreso y egreso al servicio.
- Profesionales actuantes.
- Resumen de alta hospitalaria con copia para el usuario.
- Resumen de solicitud de ingreso desde dónde procede.
- Resumen de ingreso al sistema.
- Diagnóstico médico.
- Consentimiento informado.
- Tratamiento indicado: tipo, frecuencia, controles generales, medicación.
- Hojas de registro de Enfermería (controles vitales, valoración, indicaciones cumplidas).
- Evolución de las diferentes especialidades actuantes.
- Motivo de egreso: alta, fallecimiento, reinternación, otras.

- Resumen de alta de internación domiciliaria.
- Derivación a médico tratante<sup>29</sup>.

### Recursos humanos.

El progresivo desarrollo de este servicio dependerá de la demanda y de la capacidad asistencial que se consolide en una estructura dinámica que debe incluir a los equipos del Centro de Salud, el área programática y los hospitales involucrados a través de los servicios relacionados con las patologías a tratar. La coordinación del área programática diseñará un proyecto de estructura y procesos, en consulta con la Zona sanitaria que deberá aprobar el mismo y dotarlo del presupuesto correspondiente. En este aspecto es recomendable que los profesionales implicados reciban un incentivo por visitas domiciliarias. La incorporación de médicos generalistas y enfermeros con dedicación horaria amplia en los equipos de los Centros de Salud o de los Hospitales aumenta la viabilidad de este tipo de prácticas. En todos los casos el Centro de Salud debería tener un registro de los pacientes de su área que se hayan incluido. Cada Zona sanitaria establecerá los mecanismos adecuados para resguardar la seguridad del personal y los equipos involucrados.

---

<sup>29</sup> Decreto N° 191/008 - Marco Regulatorio para las Instituciones de Salud. Normas de organización y funcionamiento de servicios de internación domiciliaria. Promulgada el 31 de marzo 2008.

## **Educación continua de los equipos**

Se basará en la articulación con la propuesta de la 3° etapa del **Programa “Médicos comunitarios, equipos del primer nivel de atención de Salud”**, su ampliación a los equipos aún no cubiertos y se programará la continuidad al cabo del período de financiamiento externo, de forma tal de evitar la suspensión de la misma. Se renovará el convenio con la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Entre Ríos por períodos quinquenales. La aprobación de las instancias programadas de Educación permanente serán condición necesaria para la continuidad de los contratos y el ascenso de categorías así como para la participación en los concursos.

## **Estructura física y equipamiento.**

Todos los centros de Salud y las áreas correspondientes de los CIC, deberán contar como mínimo con:

- Sala de espera de tamaño y confort adecuado al tamaño de la población cubierta y al clima (y de usos múltiples en caso no poseer el salón respectivo)
- Consultorios en número adecuado a la demanda potencial y a las especialidades cubiertas
- Oficina administrativa, de procesamiento y archivo de información sanitaria
- Oficina de Dirección y Sala de situación
- Conexión telefónica, equipamiento informático y conexión a Internet.
- En localidades que no posean posibilidades de conexión telefónica deberá instalarse un sistema de radio u otra alternativa que permita la comunicación con el núcleo coordinador del área programática y el hospital de referencia.

## Propuesta para fortalecer y optimizar el sistema de información del trabajo en terreno y en los Centros de Salud.

### Propuesta de desarrollo del sistema de información del trabajo en terreno y comunitario.

Objetivo: generar un registro adecuado de las actividades en terreno y de participación comunitaria que realice el equipo de Salud,

Registro de actividades en terreno		
<b>Actividad</b>	<b>participantes</b>	<b>Instrumento de registro(*)</b>
Ronda anual	Agentes sanitarios	Planillas familiares, listado de visitas domiciliarias proyectadas y cartografía
Visitas programadas a familias críticas	Agentes sanitarios, trabajador social, otros profesionales	Planilla de familia crítica
Observación sanitaria de factores de riesgo ambiental	Técnicos en Salud ambiental	Planilla de observación sanitaria
Reuniones y talleres de Educación para la Salud	Profesionales del Centro de Salud y equipo de apoyo, vecinos y actores sociales invitados	Informe escrito semiestructurado de la reunión
Reuniones y talleres de programación participativa	Profesionales del Centro de Salud y equipo de apoyo, vecinos y actores sociales invitados	Informe escrito semiestructurado de la reunión
Campañas de vacunación	Enfermeros y agentes sanitarios	Planilla de vacunación en terreno
Campañas preventivas especiales	Enfermeros, técnicos en Salud ambiental, agentes sanitarios y otros profesionales según el problema	Informe escrito semiestructurado

(\*) Los instrumentos en uso en algunos centros de Salud serán revisados y eventualmente reformulados en el marco de la experiencia piloto.

### Procesamiento, análisis y devolución de las actividades en terreno y la participación comunitaria.

Al margen del envío correspondiente de planillas e informes que requieran los programas verticales nacionales, provinciales o zonales, una copia de las mismas será archivada en el Centro de Salud, procesada por el responsable de gestión, analizada por el equipo y los resultados serán informados a la población y a la coordinación del área

programática e incorporados a la información disponible en la Sala de situación. Se recomienda utilizar indicadores de cobertura e impacto adecuados para la evaluación periódica.

**Propuesta de desarrollo del sistema de información para el primer nivel de atención.** (Cada área programática generará un proyecto de ejecución para sus Centros de Salud en función del estado de avance y las particularidades, respetando las pautas provinciales en la materia).

Objetivos específicos:

- Establecer un Registro y clasificación de motivos de consulta adecuado al primer nivel de atención y la interacción con la comunidad. (CEPS-AP Remediar)
- Establecer un vínculo más dinámico con las áreas epidemiológicas departamentales y provincial
- Elaborar una guía de construcción de salas de situación epidemiológica en cada centro de Salud.
- Elaborar una guía para realizar la programación local en base a la sala de situación con participación del equipo del Centro, el grupo de apoyo del área programática y representantes de los vecinos del sector básico del centro
- diseñar una rutina mensual de tratamiento en equipo de la información epidemiológica enviada y recibida

Tomando como referencia el funcionamiento actual del circuito epidemiológico y las diversas dificultades observadas, a continuación se detallan posibles líneas de acción que permitirán mejoras del circuito epidemiológico existente:

- **Responsable de información:** consideramos indispensable la existencia dentro del Equipo de Atención Primaria de un responsable de información por cada Centro de Salud. El responsable de información tendrá la función de sistematizar, procesar y

enviar la información generada por el Centro de Salud al nivel local, regional y provincial. Esto agilizará la circulación de la información en los tres niveles y promoverá la participación de la comunidad en las actividades del Centro de Salud. El perfil del Responsable de Información debería ser: Enfermero, Técnico en Salud Ambiental o administrativo, con experiencia de trabajo en el Primer nivel de atención y con un curso aprobado de capacitación en procesos básicos de información en Salud. A su vez, deberá mantener actualizada la información devuelta por los niveles superiores de procesamiento, incorporándola a la Sala de Situación. Se prevé el pago de un plus por función.

- **Salas de Situación Epidemiológica:** La consolidación de Salas de Situación Epidemiológicas a nivel local promoverá no solamente realizar un mapeo epidemiológico dinámico de la situación de salud, sino también el análisis por parte del Equipo de Atención Primaria de la información generada y el proceso de socialización del mismo en la comunidad. Esto permitirá la elaboración de planes de acción conjuntos (Equipo de Atención Primaria – Comunidad) fortaleciendo la futuras practicas en terreno.
- **Informatización del circuito epidemiológico:** La informatización del circuito epidemiológico permitirá el rápido procesamiento de los datos generados en el Centro de Salud. Por otro lado la existencia de un sistema de información común que incluya a los tres niveles (local, regional y provincial) le permitirá al Equipo de Atención Primaria y a los Equipos de Gestión un rápido conocimiento de la realidad existente y por ende una agilización en la toma de decisiones.
- **Capacitación específica:** Se deben generar espacios de capacitación específicos sobre recolección, procesamiento y análisis de datos a fin de optimizar el trabajo del Equipo de Atención Primaria y facilitar los procesos de socialización de la información obtenida en la comunidad.
- **Revisión de los instrumentos utilizados:** La generación de espacios de revisión de los instrumentos de recolección de datos actuales permitirá la actualización de estos a fin de poder generar información que refleje las necesidades de salud de la comunidad.

**Codificación de enfermedades en Centros de Atención Primaria**

En agosto de 2001 se publicó la primera edición de la Clasificación Estadística de Problemas de Salud en Atención Primaria (CEPS-AP), estructurada a partir de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (CIE-10). El objetivo principal de la CEPS-AP es disponer de un instrumento de manejo más simple para clasificar las enfermedades, traumatismos y otros problemas atendidos en el primer nivel del sistema de atención de la salud.

Esta primera versión está constituida por una lista tabulada que contiene 268 categorías y del correspondiente índice alfabético. A partir de su aplicación en las diferentes jurisdicciones, se recibieron numerosos aportes, observaciones y sugerencias de los usuarios, la Comisión Nacional de Clasificación de Enfermedades (CNCE) ha elaborado la Segunda Edición de la CEPS-AP, de enero de 2005, en las que se han incorporado las modificaciones que se consideraron pertinentes. La nueva edición, si bien mantiene la misma estructura que la anterior, ha aumentado a 306 el número de categorías y se han agregado al índice nuevos términos. Las nuevas categorías constituyen aperturas de algunas de las de la primera edición, en consecuencia ha debido alterarse, en algunos casos, los números de los códigos para mantener el orden lógico de la lista tabular.

El Programa Remediar promovió la implementación de la CEPS-AP 2ª edición en todos los centros de salud participantes. Esto requirió de una programación ajustada de las actividades de capacitación, coordinados con la Dirección de Estadísticas e Información de Salud y la CNCE, y los ajustes pertinentes en el sistema de procesamiento de los datos. En Entre Ríos la mayoría de los Centros de Salud están incorporados a Remediar y por lo tanto utilizan la codificación propuesta.

### **Circuito local de información epidemiológica y operativa (Sala de situación y ASIS).**

Este proceso local es complementario del proceso del Sistema provincial (y nacional) de información epidemiológica, orientándose a las variables de morbilidad y mortalidad no epidémicas, transmisibles y no transmisibles, agudas y crónicas, los factores de protección y riesgo endógenos y ambientales y a las variables vinculadas con la prestación de los servicios.

<b>Actividad</b>	<b>Personal interviniente</b>	<b>Instrumentos básicos</b>	<b>Coordinador /responsable</b>
Recolección en terreno de datos demográficos, territoriales, sociales y de factores de riesgo y protección	Trabajadores en terreno (Agentes sanitarios y promotores de salud), profesionales en visita domiciliaria u observación de campo)	Ficha de registro de actividades en terreno: familiares, especiales. Guías de utilización. Registro de derivaciones y asistencias domiciliarias programadas	Coordinador de actividades en terreno y comunitarias
Registros en el Centro de Salud	Profesionales asistentes	Formulario de Historia clínica, (se sugiere una carpeta familiar con datos sociales y ambientales), Cepsap <sup>30</sup> o CIAP <sup>31</sup> , planillas de registro asistencial (médico, enfermería, otros profesionales), planilla de registro de actividades preventivas y de promoción. Registro de referencia y contrarreferencia. Formularios de Referencia. Registros del SiNaVE ENO (C2)	Enfermero o técnico en Salud ambiental capacitados
Recolección de información del sector básico	Grupo de apoyo, nodo epidemiológico, Dirección provincial de Epidemiología	Registro de defunciones de habitantes del sector (por residencia), informes ambientales, educativos, servicios sociales,	Enfermero o técnico en Salud ambiental capacitados
Procesamiento, presentación y análisis preliminar	Enfermero o técnico en Salud ambiental capacitados	Planillas de procesamiento y resumen (recomendable digitalizar). Envío de formularios SiNaVE. Protocolo y Formato de presentación del <b>Censo sociosanitario y ambiental del sector básico. Georreferenciación.</b>	Enfermero o técnico en Salud ambiental capacitados
Análisis y Sala de situación de Salud, interpretación y devolución al equipo	Reunión mensual del equipo, Responsable de información epidemiológica del área (profesional integrante del nodo departamental de Epidemiología). Otros asesores del grupo de apoyo según problemáticas prioritarias y disponibilidad.	Espacio físico y paneles para exponer la situación de las variables principales de morbimortalidad, factores de riesgo y protección, indicadores de gestión. Memoria de lo tratado y las conclusiones	Enfermero o técnico en Salud ambiental capacitados

<sup>30</sup> CEPS-AP Clasificación utilizada por el plan Remediar y por lo tanto ya probada en numerosos CS.

<sup>31</sup> CIAP. Clasificación internacional de atención primaria. (motivos de consulta).

<p>Análisis participativo y divulgación en la comunidad</p>	<p>Reunión trimestral del equipo, el Responsable de información epidemiológica del área, Facilitador PMC y los usuarios del centro. Reporte a medios de comunicación, Boletín del Centro.</p>	<p>Sala de reuniones adecuada a la estimación de participantes (SUM de Escuelas, CIC, Clubes, etc</p>	<p>Enfermero o Técnico en Salud ambiental capacitados</p>
<p>Informe a nodo epidemiológico departamental, al Área programática y a la Dirección provincial de Epidemiología</p>	<p>Director, Enfermero o técnico en Salud ambiental capacitados</p>	<p>Documento escrito (frecuencia trimestral)</p>	<p>Director del Centro de Salud</p>

## **Propuesta de normas técnicas provinciales para el funcionamiento del primer nivel de atención**

(Centros de salud y CIC, trabajo en terreno y comunitario, sistema de referencia y contrarreferencia)

### **Programación participativa**

La participación de los vecinos, usuarios del Centro de Salud, en todas las etapas de la elaboración, ejecución y evaluación de un microproyecto local de Salud se considera de gran importancia en la búsqueda de una mayor adherencia de la comunidad a las propuestas de promoción de la Salud y prevención de las enfermedades, principalmente las vinculadas a los estilos de vida y a los ambientes saludables, así como a una construcción de ciudadanía como pilar de la democratización de la sociedad. **La puesta en marcha de estos mecanismos requiere una etapa preliminar preparatoria tanto a nivel de zona como de área programática y de Centro de Salud, para capacitación y transferencia metodológica (Programación, Salas de situación, Análisis de situación, participación comunitaria).** Se estima un proceso de 6 a 12 meses según los recursos disponibles para su ejecución con el aporte de la Universidad.

La participación comunitaria se puede desarrollar en forma directa en las fases 1, 2, 3, 10 y 11, que se describen a continuación:

#### **Nivel Local:**

Este nivel está constituido por la población y territorio del área programática, que como su nombre lo indica elaborará el Programa bienal de Salud en dos etapas:

**Primera etapa:** construcción de los microproyectos locales por cada Centro de Salud o CIC, con el asesoramiento del grupo de apoyo y la participación de la comunidad de su sector.

- Fase 1: identificación de necesidades y problemas:
  - construcción de una sala de situación de Salud en base a compilación de fuentes secundarias y las fuentes primarias locales (relevamientos domiciliarios de agentes sanitarios, observación sanitaria ambiental, registros de motivos de consulta y asistencias en el Centro de Salud, etc...)

- Análisis de situación de Salud con la utilización de indicadores propios y extrapolación de poblaciones centinela o de territorios más amplios con características epidemiológicas similares.
- Fase 2: determinación de prioridades según magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y oportunidad.
- Fase 3: Selección de objetivos:
- Fase 4: Diseño del anteproyecto (actividades, recursos, cronograma, instrumentos de monitoreo y evaluación)

#### **Segunda Etapa: Elaboración del programa para el área.**

- Fase 5: Compilación, Articulación y Síntesis de los anteproyectos de todos los centros de Salud del área en programa para el área
- Fase 6: Revisión de prioridades y distribución de recursos por el **Grupo de planificación** del área que estará compuesto por la conducción del área y los Directores de todos los centros de Salud dependientes de la provincia en el área y responsables de Salud de los CIC sumando a los Directores de los Centros de Salud municipales o de Organizaciones de la Sociedad Civil que adhieran al Plan provincial.
- Fase 7: Redacción del Programa quinquenal y elevación a la Jefatura de Zona

#### **Nivel zonal y provincial:**

Fase 8: Elaboración del programa zonal (presupuestos anuales y plan quinquenal) en base a las propuestas de las áreas programáticas y elevación al nivel central provincial. Ajustes al programa y los proyectos según el presupuesto aprobado, con participación del **Consejo provincial de Salud.**

#### **Tercera etapa:** Ejecución y monitoreo.

Fase 9: Aprobación (con o sin ajustes) y remisión de los recursos para el programa del área y los microproyectos locales.

Fase 10: Ejecución y monitoreo con participación vecinal directa en los proyectos locales.

#### **Cuarta etapa:** Evaluación.

**Fase 11:** evaluaciones locales.

**Fase 12:** evaluación del área.

**Fase 13:** evaluación zonal.

## Normas técnicas para el trabajo comunitario

Roles, Coordinación y Registro de actividades en terreno				
<i>Actividad</i>	<i>participantes</i>	<i>Guías</i>	<i>Registro</i>	<i>Coordinación / Supervisión</i>
Ronda anual	Agentes sanitarios	*	*	Coordinador de actividades en terreno y comunitarias
Visitas programadas a familias críticas	Agentes sanitarios, trabajadores sociales y otros profesionales	*	*	
Observación sanitaria de factores de riesgo ambiental	Técnicos en Salud ambiental	*	*	
Reuniones y talleres de Educación para la Salud	Profesionales del Centro de Salud y equipo de apoyo, vecinos y actores sociales invitados	*	*	
Reuniones y talleres de programación participativa	Profesionales del Centro de Salud y equipo de apoyo, vecinos y actores sociales invitados	*	*	
Campañas de vacunación extramuros	Enfermeros y agentes sanitarios	*	*	
Campañas preventivas especiales	Enfermeros, técnicos en Salud ambiental, agentes sanitarios y otros profesionales según el problema	*	*	

(\*) Las guías y herramientas de registro actuales se revisarán en el marco de la experiencia piloto, con la realización de talleres para recoger la experiencia del personal actual.

## **Pautas generales para la gestión integral de la calidad de los servicios de salud del Primer Nivel de Atención.**

El presente apartado incorpora nociones sobre la Gestión integral de la calidad al Primer Nivel de Atención, buscando articular componentes de gestión de la información y la aplicación de normas técnicas provinciales para el funcionamiento de los Centros de Salud y CIC y su articulación con las respectivas áreas programáticas y zonas sanitarias.

Existen una serie de principios básicos sobre la gestión integral de la calidad en servicios de salud, estos responden a:

- la capacidad institucional para planificar estratégicamente,
- el gestionar por procesos,
- potenciar la mejora permanente,
- impulsar procesos de desarrollo organizacional orientados al fortalecimiento de las capacidades institucionales,
- fortalecer los mecanismos de control y seguimiento de las acciones implementadas.

Es importante señalar que la gestión integral de la calidad debe contener un componente de impulso político–normativo y otro de gestión orientado a la cultura de la calidad en todo proceso de implementación. Más aún en el marco de estructuras estatales dado que se pone en juego un componente ideológico–decisional que se plasma en un plano de diseño e implementación de políticas de salud. Esto significa en primer lugar un reconocimiento por parte de los planos de decisores políticos a nivel provincial de una serie de procesos estratégicos que incluyan, en el plano normativo, lineamientos de políticas de salud orientadas al primer nivel de atención que contengan principios de gestión de la calidad.

Reconocido está también, en base a la literatura especializada y a las experiencias exitosas a nivel mundial, especialmente en países en desarrollo, que de nada sirve establecer marcos estructurales de funcionamiento de sistemas de salud pública si estos no incorporan elementos dinámicos de gestión de las capacidades institucionales.

Deben tenerse en cuenta seis dimensiones para diseñar, monitorear y evaluar los servicios de salud:

1. Estructura organizativa, recursos humanos, equipamiento y espacios físicos
2. Procesos adecuados y eficientes en búsqueda permanente de la optimización
3. Resultados preventivos, asistenciales y operativos aproximados a las metas programadas

4. Satisfacción de los usuarios y de la población a cargo que incluye la participación en todas las etapas de la programación
5. Satisfacción de los prestadores,
6. Impactos sociales favorables en el sector básico correspondiente al Centro
7. Impactos ambientales favorables en el territorio de dicho sector básico.

En tal sentido, nuestra propuesta para la Provincia de Entre Ríos, no sólo toma en cuenta necesidades y demandas de rediseño de las estructuras de gestión de la salud en el primer nivel de atención sino también, y esencialmente, incorporar a los mismos procesos y dinámicas organizacionales que potencien la cultura hacia la calidad de las mismas. Pues vemos que sin una comprensión e incorporación de estos principios difícilmente se puedan llevar adelante acciones que fortalezcan los puntos solicitados para nuestro aporte técnico orientados a:

- desarrollar y apoyar la implementación del Sistema de Información del trabajo comunitario y para el primer nivel de atención.
- desarrollar, validar y apoyar la implementación de las normas técnicas provinciales para el funcionamiento de los centros de salud y CIC, y para la organización del trabajo comunitario en salud, incluyendo sistema de referencia y contra-referencia.

### **1. Desarrollo de las Normas de Funcionamiento y Organización del Trabajo Comunitario.**

Las Normativas de Gestión y Administración sobre Centros de Salud en la provincia de Entre Ríos se encuentran reguladas por una serie de resoluciones y decretos. Las mismas carecen de enfoque sistémico administrativo y que a su vez contemple diferentes dimensiones de la gestión conforme a patrones de planificación, dirección estratégica, calidad y gestión de la información y conocimiento.

La documentación se encuentra dispersa y no forma parte de un coherente Manual de Funcionamiento y Gestión de los Centros de Salud y CIC que explicita claramente las dimensiones antes mencionadas. La normativa se centra en aspectos básicos administrativos del personal, tales como registros de asistencia, legajo, régimen horarios, entre otros aspectos. Pero no se ponen de manifiesto roles y funciones que promuevan capacidades dinámicas en dichas estructuras organizacionales, ni menos aún la explicitación de los procesos estratégicos, claves y de apoyo de los mismos, aspectos centrales en la gestión de la calidad.

Se propone por lo tanto trabajar en una recopilación de la normativa vigente, analizar las mismas y unificarla en una normativa general con el carácter legal que considera las instancias correspondientes del Gobierno Provincial. Así también fijar a

partir de esta las reglamentaciones correspondientes y plasmarlas en un **Manual de Funcionamiento y Gestión de los Centros de Salud** de la provincia de Entre Ríos. Dicho Manual deberá contener no sólo los aspectos administrativos y de estructura organizacional básicos para los Centros, sino también lo correspondiente a procesos estratégicos, claves y de apoyo, dirección y planificación estratégica, sistemas de evaluación de calidad, gestión documental, de la información y conocimiento, entre otros aspectos que hacen al desarrollo de capacidades institucionales dinámicas.

El Manual será el resultado de una prueba piloto en base a procesos de definición estratégicos para el primer nivel de atención. Dicha prueba piloto podrá desarrollarse en paralelo con la implementación de las salas de situación y como resultante de la puesta en funcionamiento de un primer ciclo de indicadores de gestión de los Centros de Salud resultantes del proceder de las mismas. El manual de procedimientos definirá los procesos sustantivos y de apoyo a la gestión de los centros y los correspondientes indicadores de calidad que serán monitoreados periódicamente por el equipo de apoyo de las áreas programáticas y las jefaturas de Zona.

## **2. Capacidades de Gestión de los Centros de salud bajo premisas estratégico-operativas, de calidad y de generación de conocimiento.**

Dada la creciente complejidad en los entornos socio-ambientales y sanitarios en los que se actúan los Centros de Salud de la provincia, se requiere que la gestión de los mismos parta de premisas sustentadas en modelos planteados desde el pensamiento estratégico, la gestión de la calidad en salud y la del conocimiento.

Las organizaciones, en el actual contexto de crecientes incertidumbres y riesgos, deben pensarse estratégicamente. Para esto se deberá trabajar en la elaboración de planes estratégicos o agendas estratégicas ajustadas a las realidades contextuales de cada Área programática y en articulación con los lineamientos de Atención Primaria a nivel de las políticas provinciales, que los responsables de las Zonas sanitarias llevarán adelante.

El planeamiento estratégico fortalece el análisis de los escenarios epidemiológicos y comportamientos de las demandas, necesidades y ofertas hacia el primer nivel de atención. Permite también establecer estrategias de mediano y largo plazo para afrontar los escenarios establecidos y programar participativamente las acciones a desarrollar. Posibilita también el seguimiento periódico de la planificación, a través del control autoevaluativo y externo de los indicadores establecidos en la misma. Vuelve a su vez más útil la retroalimentación de la información epidemiológica, de las actividades en terreno y comunitarias y las de Formación permanente.

El grado de sostenibilidad de las prácticas de planificación en sentido estratégico deben ir acompañadas de capacitaciones para los planos directivos de los Centros de Salud/CIC en cuestiones tales como:

- a. Liderazgo estratégico
- b. Dirección estratégica
- c. Relación entre estrategia y operatividad (rutinas).
- d. Modelo de gestión de calidad de centros de salud
- e. administración y gestión presupuestaria.

Por lo anterior, se deberá capacitar inicialmente a los responsables de la Formación permanente de cada Área programática, a los fines de que adopten visiones relacionadas con gestión de calidad y la planificación. La formación permanente en estas cuestiones, deberá sustentarse con una modalidad de evaluación participativa y externa sobre las capacidades de gestión estratégica desarrolladas en determinados períodos de tiempo por parte de los directivos a cargo de los Centros de Salud. Este es un aspecto o indicador para la evaluación de desempeño del mismo, como así también una competencia clave al momento de establecer criterios para selección de personal destinado a ocupar puestos directivos en el primer nivel de atención.

La planificación estratégica en el primer nivel de atención debe ir acompañada por una adecuada gestión de recursos humanos. Esto significa formalizar procedimientos de incorporación, socialización, desarrollo, evaluación y salida de los recursos humanos del sistema. E incluir dentro de las habilidades y conocimientos requeridos para la incorporación y desempeño de los mismos en el sistema, no sólo componentes de antecedentes técnicos y de formación profesional, sino también la evaluación psicológica, social y ética de los mismos, potenciando las competencias humanas requeridas para cada rol y función.

### **3. La definición de la Visión y Misión de los Centros de Salud de la Provincia de Entre Ríos.**

Toda Área programática de la provincia deberá, en el marco de sus planificaciones estratégicas, establecer la visión, misión y valores contextuales del mismo, en consonancia con las políticas de salud pública para este nivel fijadas a nivel provincial y nacional. La visión y misión debe ser comunicada, difundida a los miembros de los Centros y a los del territorio a su cargo y será el horizonte de sentido evaluativo de los alcances de las acciones del mismo. Dichos componentes de orientación deberán estar fijados en forma participativa a través de talleres con apoyo de los Facilitadores hasta que progresivamente se generen mecanismos propios de participación para renovar estos componentes del

planeamiento estratégico situacional como fruto de un proceso de aprendizaje organizacional. De dichos talleres deberán participar representantes de todos los Centros de Salud pertenecientes al Área Programática.

#### **4. Líneas estratégicas (la relación con las Políticas de Salud Provincial)**

Los Áreas Programáticas deberán plasmar en documentos escritos sus planificaciones estratégicas. Para esto deberán desarrollarse los instrumentos necesarios para la formulación con sus respectivas instancias de capacitación para el armado de los mismos. Las instituciones universitarias del territorio pueden dar apoyo al desarrollo de estas iniciativas. Y progresivamente capacitar a referentes en los Centros de Salud para que puedan operativizar este tipo de instrumentos de planificación y coordinar las instancias participativas.

##### **4.1. Los alcances y adecuaciones de las líneas estratégicas a nivel local**

Dado el proceso de descentralización que se propone para mejorar la calidad de la gestión de los Centros de Salud a nivel provincial, es que se plantea la contextualización de los lineamientos estratégicos a nivel local en articulación con las políticas provinciales y nacionales. De esta forma cobra relevancia la realidad epidemiológica y sanitaria de cada Área programática, fijando planes de acción con impacto y pertinencia territorial.

##### **4.2. Modalidades de definición de las líneas estratégicas a nivel local**

Los lineamientos estratégicos de los planes deberán ser fijados a través de instancias participativas. Las mismas tendrán como dimensiones de análisis y planificación:

- a. Dimensión de gestión del Centro de Salud.
- b. Dimensión de desempeño del equipo de salud (incluyendo la satisfacción del personal).
- c. Dimensión de análisis de calidad de los principales procesos del Centro de Salud tales como:
  - c.1. diagnóstico de salud de la población,
  - c.2. asistencia sanitaria,
  - c.3. prevención de la enfermedad,
  - c.4. promoción de la salud y educación sanitaria,
  - c.5. Rehabilitación y reinserción social,
  - c.6. Funciones de apoyo: docencia, investigación, administrativas y de organización interna.
- d. Dimensión de evaluación de resultados (usuarios y sociedad).

e. Dimensión de articulación del Centro de Salud con el grupo de apoyo del Área programática y con el resto del sistema de salud y actores conexos.

Cada una de estas dimensiones se podrá operacionalizar técnicamente y ser incluidas en los documentos para capacitación y posterior elaboración de los planes estratégicos. Las mismas deberán ser sometidas a instancias de diagnósticos participativos con miembros del territorio, del equipo de salud y otros actores relevantes.

#### **4.3. Los actores involucrados**

De los procesos de definición de lineamientos estratégicos y de la acciones deberán participar representantes y actores sociales e institucionales del plano político nacional, provincial, local y de la comunidad del área de pertenencia de los Centros de Salud / CIC. La participación de los mismos debe ir acompañada por una previa sensibilización para luego en un marco de relativo acceso a la información participar en los talleres de definición de estrategias.

#### **5. Control de gestión de la programación a nivel local**

Los proyectos que se desarrollen desde los Centros de Salud/CIC deberán desprenderse de los lineamientos estratégicos fijados por el mismo. Se establecerán los documentos técnicos necesarios para la elaboración de los proyectos. Estos podrán ser utilizados en aquellos casos que no existan modalidades de formulación provenientes de programas nacionales o provinciales u otro tipo de organismo donde se soliciten fondos o desarrollen actividades de programación. En estos casos se buscará la complementación y adecuación para manejo interno.

Se potenciarán las iniciativas de proyectos que se articulen con los programas provinciales y nacionales y a partir de los mismos se establecerá un sistema de indicadores de gestión conforme a criterios de calidad que se integre a los indicadores agregados de las dimensiones del plan estratégico de cada Centro. El sistema de indicadores estará compuesto por aquellos de tipo estructural y de procesos sustantivos del Centro de Salud y los de tipo operativo. Los primeros se encuentran íntimamente relacionados con los alcances de las políticas de salud pública para el primer nivel de atención formuladas a nivel provincial y nacional. Los de tipo operativo se vincularán a estos pero tendrán un alcance menor y limitado en el tiempo conforme a los proyectos formulados.

#### **6. La organización del Centro de Salud, Centros de integración comunitaria (CIC) y el trabajo comunitario.**

El proceso de aseguramiento de la calidad y fortalecimiento del sistema de información, debe ser interpretado dentro de los procesos claves de toda Área Programática. Los mismos junto con los procesos asistenciales, de promoción y prevención deben ser interpretados a partir de los enfoques de gestión de la calidad y del conocimiento.

Las acciones de trabajo comunitario que desarrollan agentes del primer nivel, genera aprendizajes y bases documentales muy interesantes para aprovechar en términos de información y conocimiento. Para esto proponemos que se articule la acción del trabajo comunitario con los componentes de gestión de la información y de la calidad a los fines de asegurar procesos de aprendizaje sobre el territorio y los ajustes correspondientes de las acciones de los Centros de Salud y CIC en términos de una mejora permanente de sus servicios. La gestión de la información deberá plantearse en forma de instrumentos para captación de datos cuantitativos pero también cualitativos. Estos últimos son altamente pertinentes para comprender e interpretar procesos culturales, sociales y ambientales del territorio.

Será necesario fortalecer a nivel del Área Programática la figura de un responsable de gestión del conocimiento y de la calidad, que opere hacia los Centros de Salud y CIC a modo de facilitador de procesos de aprendizaje, generación de conocimiento y mejora permanente. No debe ser planteado en términos de un rol con sentido de control administrativo, sino como potenciador de elementos culturales participativos, de aprendizaje organizacional y fortalecimiento de las capacidades dinámicas de los Centros de Salud y CIC. Sugerimos para tal función al Facilitador de Educación Permanente, a los fines de que este potencia su actividad formativa bajo criterios de mejora permanente de los servicios vía aprendizajes.

Desde el plano político–estratégico y a través de normativas específicas se deberán establecer progresivamente los mecanismos de control de calidad en todos los planos. El control de calidad tendrá como objetivo fundamental propiciar mejoras en la gestión en las estructuras y procesos del Primer Nivel de Atención y establecerá los programas de desarrollo de capacidades dinámicas en las Áreas Programáticas. Esto significa potenciar procesos de formación y aprendizaje por parte de los actores involucrados en este nivel.

Los controles de calidad deberán tener una periodicidad conforme a lo establecido en los tiempos de planificación. Tendrán un componente autoevaluativo–participativo a nivel de los Centros y Áreas Programáticas, la generación de un documento de informe de resultados y la consiguiente evaluación por parte de un actor institucional externo, que podría ser conformado por equipos las Universidades del territorio. La evaluación de la calidad deberá contener pautas en las siguientes dimensiones:

- Evaluación del desempeño de todos los integrantes del equipo de salud;
- Evaluación de los servicios sustantivos y de apoyo;

- Evaluación de problemas de salud territorialmente seleccionados;
- Herramientas y procedimientos utilizados en la prestación de servicios;
- Satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios.

Las Zonas sanitarias elaborarán además una evaluación del Impacto social y ambiental de sus actividades en los territorios y poblaciones respectivos.

## **7. Estructura básica de gestión de calidad para los diferentes niveles**

Se propone un circuito de gestión integral de la calidad donde los niveles propuestos se articulen para el desarrollo del mismo. En base a un criterio de trabajo desde las bases de la estructura de niveles, se plantean:

- Para los Centros de Salud:

Énfasis en las acciones bajo el imperativo normativo de la mejora continua. Con un primer paso clave de sensibilización para sus Directivos y equipos de gestión como así también para actores institucionales del territorio. Posteriormente se desarrollarán instancias de talleres de autoevaluación y la elaboración del Documento de autoevaluación y planes de mejoras para el Centro de Salud. El resultado de este primer sub-proceso será la elaboración de dicho documento que contará con planes de acción e indicadores de procesos básicos y de apoyo.

- Para las Áreas Programáticas:

El énfasis aquí estará dado en la orientación de la gestión de calidad de los Centros a su cargo. Se responsabilizará de la evaluación externa de los mismos y del seguimiento de sus indicadores de gestión. Periódicamente desarrollará talleres de autoevaluación, en base a dichos indicadores y otros informes ad hoc con los responsables de equipos de gestión de los Centros. El resultado de dichos sub-procesos se plasmará en los Planes Estratégicos de Áreas Programáticas.

- Para las Zonas Sanitarias:

La centralidad en el circuito de gestión integral por parte de los responsables de las zonas sanitarias estará en el control de calidad y la articulación de los sub-procesos de gestión y

mejora permanente a nivel de Centros y Áreas Programáticas con los lineamientos de Políticas de Salud para el Primer Nivel de Atención. Los responsables de Zonas Sanitarias deberán desarrollar instancias de control periódico que documentarán conforme a indicadores agregados de gestión.

<b><i>Dimensiones de la gestión de calidad integral</i></b>	<b><i>Procedimiento de evaluación</i></b>	<b><i>Documentos</i></b>
Nivel Central Énfasis en las <b>políticas</b>	Fija políticas y patrones de acreditación de la gestión de calidad	Políticas y normativas para la acreditación de la gestión de calidad
Zona sanitaria Énfasis en el <b>control de calidad</b>	Articulación de Planes estratégicos de áreas programáticas con lineamientos de políticas provinciales elaboradas en conjunto con el nivel central	Lineamientos de Políticas de Salud para el Primer Nivel de Atención.
Área Programáticas Énfasis en la <b>gestión de calidad</b>	Evaluación externa y seguimiento Talleres de autoevaluación con equipos de gestión de los Centros Planes estratégicos	Plan Estratégico del Área Programática
Centros de Salud Énfasis en la <b>mejora continua</b>	Evaluación externa y seguimiento Talleres de autoevaluación con equipos de gestión de los Centros y representantes de los niveles municipales de Centros, CIC e instituciones relevantes del territorio	Documento de autoevaluación del Centro y Programa de Mejoras

## **Lineamientos para elaborar el proyecto de experiencia piloto y puesta en marcha progresiva de la reformulación.**

Se propone un período de tres años para completar la implementación de todas las propuestas de reformulación. Durante este lapso se avanzará progresivamente con las diversas líneas de trabajo, para facilitar la obtención de los recursos necesarios (humanos capacitados, tecnológicos, equipos, edilicios y financieros) y la puesta a punto mediante experiencias piloto de las reformas estructurales y funcionales requeridas.

1. **Experiencia piloto** de funcionamiento de 5 Centros de Salud y del equipo de apoyo de un área programática. Diseño: 6 meses. Desarrollo: 1 año. Análisis y conclusiones: 3 meses. Elaboración de guías y manuales de procedimientos: 3 meses.
2. **Proyecto de Zonas sanitarias.** Acuerdos con autoridades municipales para reformular la red asistencial pública. Diseño: 6 meses, gestión de acuerdos: 6 meses siguientes. Puesta en marcha de una Zona sanitaria: 6 meses. Completar los equipos y las articulaciones de la Zonificación: 1 año.
3. **Áreas programáticas y grupos de apoyo:** puesta en marcha progresiva de las áreas en cada zona sanitaria: 1 año.
4. **Capacitación en servicio** de personal de Zonas, áreas y centros de Salud: 1 año
5. **Completar equipos de los Centros de Salud, Áreas programáticas y Zonas y concursos de niveles de Dirección y Coordinación.**

<b>Cronograma de la reformulación del primer nivel de atención</b>												
	Año 1				año 2				año 3			
	trimestres											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Experiencia piloto</b>												
Diseño	■	■										
Desarrollo			■	■	■	■						
Análisis y conclusiones: 3							■	■				
<b>Proyecto de Zonas sanitarias.</b>												
Diseño		■	■									
gestión de acuerdos				■	■							
Puesta en marcha de una Zona sanitaria					■	■						
Completar los equipos y las articulaciones de la Zonificación						■	■	■	■	■		
<b>Áreas programáticas y grupos de apoyo:</b>												
puesta en marcha progresiva de las áreas en cada zona sanitaria						■	■	■				
<b>Capacitación en servicio.</b>							■			■		
<b>Completar equipos CS y concursos de Dirección</b>								■	■	■	■	■

**Sobre el Procedimiento de Autoevaluación, Evaluación y Planificación. En el marco de la experiencia piloto.**

El objetivo de este procedimiento es generar progresivamente, y a través de una experiencia piloto, la incorporación de la cultura hacia la gestión integral de la calidad en el Primer Nivel de Atención de la provincia. De ninguna forma se plantea como un proceso de acreditación de la calidad, sino como uno de *desarrollo organizacional*. Esto implica establecer las capacidades y umbrales mínimos de gestión, bajo una óptica de mejora continua, para ir desarrollando potencialidades más dinámicas en el primer nivel.

**Paso 1. Sensibilización.**

En el marco de la prueba piloto se deberá desarrollar una capacitación a representantes de todos los niveles implicados en la atención primaria provincial. Dicha capacitación tendrá como objetivos introducir a los mismos a los elementos claves de la cultura hacia la gestión integral de calidad, como así también a las modalidades de autoevaluación, evaluación y planificación. En dicha capacitación será sustantivo, establecer la conexión en términos sinérgicos entre el equipo de apoyo del área programática, en especial de quien lleva adelante el rol de formación permanente, y los directores de Centros. Ya que serán estos los que lideren el proceso desde las bases. Este proceso implica la apertura de la gestión de calidad a la participación social y a la presencia de actores en las instancias autoevaluativas. La participación social tendrá un rol clave a nivel de los Centros de Salud.

#### Paso 2. Proceso de autoevaluación a nivel de Centros de Salud.

Los Centros de Salud, con el apoyo de los equipos de las áreas programáticas, deberán desarrollar en un lapso de 6 meses cada cinco años, un proceso de autoevaluación de sus estructuras, procesos y resultados conforme a las dimensiones que enunciamos en anteriormente. Dicha autoevaluación, será coordinada por el equipo de apoyo de las áreas programáticas. Para esto contarán con documentos guías para la elaboración de la autoevaluación y para la confección del Documento de autoevaluación del Centro y Programa de Mejoras.

#### Paso 3. Planificación estratégica de las áreas Programáticas.

Por un tramo de 6 meses (y en forma quinquenal), en el marco de la prueba piloto, se desarrollarán los talleres de discusión de los documentos de autoevaluación y programas de mejoras planteados desde los Centros de Salud. A partir de los resultados de estos, el equipo de apoyo del área programática elaborará el plan quinquenal de planificación estratégica de dicho nivel. El cual será puesto en consideración de las autoridades a nivel de la zona sanitaria a través de un documento. Dicho documento que contendrá la Planificación Estratégica del Área Programática integrará la planificación estratégica de la Zona sanitaria y deberá posteriormente ser aprobado a nivel central, para su posterior ejecución. En el proceso de aprobación, el nivel Central podrá contar con el apoyo no vinculante del Consejo Consultivo de salud.

#### Paso 4. Ejecución, Evaluación y seguimiento.

La ejecución de los planes estratégicos de las áreas programáticas, implican también el desarrollo de los planes de mejoras de los centros de salud que tienen coherencia de gestión con los mismos. A lo largo de la ejecución de estos, se deberá establecer el seguimiento de las acciones, con reuniones y talleres periódicos. A nivel de los Centros, a partir de la labor del equipo de apoyo del área programática, y a nivel de las áreas programáticas de un equipo externo de asesoramiento técnico que triangule acciones con la zona sanitaria y el nivel central.

Anualmente los responsables de Calidad de cada área efectuarán una evaluación parcial de monitoreo de los Centros, con el objeto de dar ajustes a la implementación de lo planificado. Dichas evaluaciones implicarán también una posibilidad de articulación con la evaluación de la calidad de los recursos humanos y sus capacidades para gestionar, desarrollar procesos y alcanzar objetivos en virtud de los resultados obtenidos.

#### Paso 5. Control de calidad

En forma quinquenal se establecerán desde las zonas sanitarias los controles de calidad, que operarán a modo de acreditaciones de calidad de la gestión del modelo integral. Dicha evaluación de calidad tendrá implicancias a nivel de las políticas, normativas y estrategias a desarrollar en la provincia. Y se aplicarán progresivamente, mecanismos de estímulo y de sanciones para los gestores del modelo.

## Bibliografía

1. Aguado Mingorance J. y otros. "Encuesta de satisfacción a usuarios del Centro de Salud Zaidin-sur de Granada (1989)". Rev.San.Hig.Púb. n° 3-4. 1992. España.
2. Aguado Mingorance J. y otros. "Estudio descriptivo de utilización y demanda en un Centro de Salud". Rev.San.Hig.Púb. n° 6. 1991. España.
3. Almeida, Lúcio Meneses de. Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. Rev. Port. Sau. Pub. [online]. 2010, vol.28, n.1 ISSN 0870-9025.
4. Ander-Egg Ezequiel. "Metodología del trabajo social". 4° ed. Ed. El Ateneo, Barcelona. 1982. Aranaz Andres Jesus y col. "Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre sectores".\_Rev. Medicina Clínica de Barcelona, España. 1995.
5. Araújo, José Duarte de; Ferreira, Emerson S. M. y NERY, Gabriel Cedraz. Regionalização dos serviços de Saúde Pública: a experiência do estado da Bahia, Brasil. Rev. Saúde Pública [online]. 1973, vol.7, n.1 ISSN 0034-8910.
6. Ashton John y Seymour Howard. "La nueva salud pública. La experiencia de Liverpool". (The new public health, Open University press, 1988). 1ª ed. en español: Masson, Barcelona, España. 1990.
7. Ashton John. "La promoción de la Salud, un nuevo concepto para una nueva Sanidad". Monografías sanitaires Salud para todos, Conselleria de Sanitat i Consum. 1987. Valencia, España.
8. Bellón Saameño Juan y otros. "Influencia de la edad y sexo sobre los distintos tipos de utilización en Atención primaria". Rev. Gaceta Sanitaria. N°51 vol 9. 1995. España.
9. Cabezas María y otro. "El control del Tabaquismo desde los Centros de atención primaria: un análisis comparativo entre Estados Unidos y España". Revisiones en Salud Pública n° 2. Ed. Masson, 1991. Barcelona, España.
10. Castellanos Robayo Jorge. "Enfoques estratégicos regionales para la extensión de la cobertura de los servicios de Salud". Bol. Of.San.Panamericana. vol XC n° 3. 1981. Washington, USA.
11. Clemente, P, Fortuny B, Tort-Martorell X. Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. Barcelona: Faura Casas Editorial; 2003.
12. Costas Lombardía. "La mala reforma de la asistencia primaria". Rev. Tribuna Médica, 5/1994. España.
13. Dianderas Augusta. "Los sistemas locales de salud y la salud ambiental", en Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos y experiencias. Publicación científica nº 519, OPS/OMS, Washington DC, USA. 1990.
14. Dirección nacional de Calidad ambiental. "Contaminación Ambiental". Cuadernillo. 1986.
15. Duhl Leonard. "La ciudad sana: su función y su futuro". Revisiones en Salud Pública n° 2. Ed. Masson, 1991. Barcelona, España.
16. Durana Inés. "Estrategias de enseñanza-aprendizaje en la Atención primaria de la Salud". Pub. Cient. N°433. OPS-OMS. 1982. Washington DC, USA.
17. Galvez Vargas Ramón y otros. "Valoración de la calidad en el primer escalón sanitario". Rev. Atención primaria. Vol 6 n° 1. 1988. España.
18. Gastón Morata J. y otros. "Integración entre niveles asistenciales: propuesta de un indicador". Rev.San. Hig.Púb. n° 5. 1991. España.
19. Gérvas Juan y otra. "Información sanitaria en atención primaria". Revisiones en Salud Pública n° 1. Ed. Masson, 1989. Barcelona, España.
20. Gordis Leon. *Epidemiología 3ª ed.* Elsevier España. 2005

21. Guix oliver, Joan. Calidad en salud pública. Gac Sanit [online]. 2005, vol.19, n.4 [citado 2011-08-18], pp. 325-332 . Disponible en: <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000400010&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000400010&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0213-9111.
22. Heller Leo *"Saneamiento y Salud"*. CEPIS y OPS. Brasilia, 1997.
23. Heysen Socorro y otro. *"Esperanza de vida al nacer y su relación con ingresos, agua potable y consultas médicas en el Perú"*. Bol. Of.San.Panamericana. Año 65, vol 100 n° 1. 1986. Washington, USA.
24. Huerta-riveros, Patricia c; Leyton-pavez, Carolina e y Saldía-barahona, Héctor. Análisis de las competencias directivas de una red de salud pública. *Rev. salud pública* [online]. 2009, vol.11, n.6 ISSN 0124-0064.
25. INSALUD. *"Jornadas sobre humanización de la atención sanitaria en la red asistencial del INSALUD"*. Atención sanitaria. Serie 4. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y consumo. 1985. Madrid, España.
26. Kroeger Axel y Lema R. (comp.). *"Atención primaria de la salud, Principios y métodos"*. OPS y Ed. Pax México, 2ª ed. México, 1992.
27. Landrum LB, Baker SL. Mananging complex systems: performance management in public health. *J Public Health Manag Pract*. 2004;10:13-8.
28. Lemus J. y otros. *Epidemiología y Salud comunitaria*. Ed. Corpus, Rosario Argentina. 2008.
29. Lemus Jorge. *"Epidemiología y Atención de la Salud en la Argentina"*. OPS/AMA. n° 35. 1993 Buenos Aires, Argentina.
30. Lopez Alba María y otros. *"Costes sanitarios inmediatos en el primer escalón sanitario. Una aproximación."*. Rev. Atención primaria. Vol 5 n° 9. 1988, España.
31. López Navarrete E. y otros. *"Influencia de la patología crónica sobre la utilización de atención primaria en la tercera edad"*. Rev. Atención primaria. Vol 19 n° 2. 1997, España.
32. MacMahon B, Trichopoulos D. *Epidemiología 2ª ed*. Marban libros. España, 2001.
33. Mahler Halfdam y otros. *"Atención primaria de la Salud"*. Rev. Salud Mundial, OMS. 1978, Ginebra, Suiza.
34. March JC, Prieto A. La calidad y la salud pública: un reto hacia una salud pública basada en la evidencia. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:57-60.
35. Marcó Leandro N. *"Encuesta de Salud. Informe comentado"*. Imprenta de la UNER. 1999, C. del Uruguay, Argentina.
36. Marcó Leandro N. *"Formación en Salud Ambiental"*. 1999, Concepción del Uruguay, Argentina.
37. Marcó Leandro N. *"Universidad y Salud"*. Editado por el Departamento de Imprenta y publicaciones de la UNER, 1988, Concepción del Uruguay, Argentina. (Biblioteca de la Facultad).
38. Martín Zurro A y col. *"Principios de Atención primaria de la Salud"*. 1995. España.
39. Mazzáfero Vicente. *"Medicina en Salud Pública"*. El Ateneo. 1987, Buenos Aires, Argentina.
40. McJunkin F. Eugene. *"Agua y Salud humana"*. OPS/OMS. Ed Limusa, 1988. México. (Biblioteca de la Facultad).
41. Nájera Enrique y otros. *"La reorientación del sistema sanitario. Necesidad del enfoque epidemiológico"*. Revisiones en Salud Pública n° 1. Ed. Masson, 1989. Barcelona, España.
42. Neri Aldo. *"Salud y Política social"*. Ed. Hachette. Buenos Aires, 1982.
43. Organización Mundial de la Salud. *"Funciones de las Universidades en las estrategias de Salud para todos"*. Discusiones técnicas. 1984. Ginebra, Suiza.
44. Organización Mundial de la Salud. *Atención Primaria de la Salud. Conferencia Internacional de Alma Ata*. OMS, Ginebra, 1978.
45. Organización Panamericana de la Salud. *"La Salud y el Ambiente en el desarrollo sostenible"*.

- Pub. Científica n° 572. Washington, 2000.
46. Paganini José, Chorny Adolfo. *“Los sistemas locales de Salud: desafíos para la Década de los noventa”*. Bol. OPS, vol. 109, n° 5 y 6, 11-12/90. Washington DC, USA.
  47. Perez Contreras J. y otros. *“Estudio epidemiológico de la tuberculosis en la provincia de Granada”*. Rev. Clínica española. Tomo 172, n°3. 1984. España.
  48. Piédrola Gil Gonzalo y otros. *“Medicina preventiva y Salud Pública”*. 9ª edición. Ed. Masson Salvat. Barcelona, España. 1991.
  49. Repullo Labrador, José R. y Segura benedicto, Andreu. Salud pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2006, vol.80, n.5 ISSN 1135-5727.
  50. Rizzi Carlos. *“Una concepción de atención médica: Servicios básicos de Salud”* artículo de Cuaderno de Salud pública n° 9 de la Escuela de Salud pública, FM, UBA Buenos Aires. 1972
  51. Rodriguez Contreras Pelayo y otros. *“Análisis del aprendizaje de un taller de trabajo sobre atención primaria de la Salud”*. Rev. Educación médica y Salud. Vol. 25 n°2. 1991. España.
  52. Rodriguez Contreras Pelayo y otros. *“La continuidad interepisodios en atención primaria de la Salud: propuesta de un indicador”*. Bol. Of. San. Panamericana 114(3), 1993. Washington, USA.
  53. San Martin Hernan y col. *“Salud y Enfermedad”*. 4ª ed. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México. 1981.
  54. Satcher David. *“CDC’s First 50 years: Lessons learned and relearned”*. Rev. American Journal of Public Health. Vol 86, n°12. 12/1996. USA.
  55. Simpson-Hébert M y Wood S. *“Promoción del saneamiento”*. OMS, Ginebra. 1998.
  56. Sonis Abraam y col. *“Atención de la Salud”*. 3ª ed. Tomo 2. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, Argentina. 1984.
  57. Sonis Abraam y col. *“Medicina sanitaria y administración de Salud”*. 3º ed. Tomo 1. Ed. El Ateneo. Barcelona, España. 1982.
  58. Sonis Abraam. *“Investigación en servicios de Salud”*. OPS rep. Argentina, n° 20. 1989.
  59. Starfield B. *“¿Es la atención primaria esencial?”*. Rev. The Lancet (Ed. Esp), vol 26, n°3. 1995.
  60. Tsouros Agis. *“El proyecto Ciudades sanas de la Organización Mundial de la Salud. Un proyecto que ha llegado a ser un movimiento”*. Versión castellana del IVESP, Valencia, 1991.
  61. Vega Monclus Evelia. *“Garantía de calidad: atención primaria de la Salud”*. Consejería de Salud. 1984. Sevilla, España.
  62. White Alaister. *“Participación comunitaria en abastecimiento de agua y saneamiento”*. Documentos técnicos 17. CEPIS OPS/OMS. La Haya, 1987.
  63. Yach Derek. *“Renewal of the health for all strategy”*. OMS, 1996. Geneva, Switzerland.