

Propuesta estratégica para la instalación de una red de servicios de salud en la provincia de Santa Fe
Comisión de Salud del CE.MU.PRO

Se ha demostrado que los sistemas de salud más equitativos han sido más exitosos que aquellos que contaron con mayores presupuestos económicos. Es decir que la inequidad enferma más que la pobreza, y la observación de los indicadores de salud de distintas sociedades en el mundo lo confirma

Articular un sistema de salud para la provincia de Santa Fe implica exponer diferentes niveles de ejecución, desde lo más urgente a lo más importante.

Si el objetivo es la salud como bienestar del conjunto de la sociedad, el equipo de salud y su práctica profesional deberán estar mucho más comprometidos con un proyecto compartido que implique la equidad. (G.W.de Souza Campos). Si el equipo comprende que la sociedad también enferma a las personas tratará que su trabajo sea sinérgico con un proyecto social más amplio basado en la justicia. Compartirá el deseo de una sociedad con una salud solidaria en el contexto de una cultura solidaria.

Podemos pensar para la primera etapa de gobierno una articulación de todo lo existente y disponible como recursos de salud para luego ir rediseñando las acciones teniendo como eje principal lograr un sistema único de salud.

Para ello es imprescindible:

- **conocer la distribución poblacional** en términos de las condiciones de vida y consecuente distribución de la enfermedad y la muerte, para, a su vez,
- **comprometer a toda la red de servicios a dar respuesta a las necesidades de salud**, adecuando los procesos de trabajo a las mismas.
- **Jerarquizar la estrategia de Atención Primaria de la Salud** como opción significa centrar la organización de los servicios en las necesidades poblacionales, lo que implica asegurar la participación popular y la de los trabajadores, la acción intersectorial, la tecnología apropiada, y, fundamentalmente, acercar lo máximo posible las decisiones al contexto en el que los problemas se sufren y además tiene el rol de transmitir al resto de la red el conocimiento acerca de las necesidades de su población a cargo.

♦ **Que el primer nivel de contacto con los ciudadanos, pueda concretar los compromisos** asumidos a escala humana: en relaciones cara a cara, construidas conjugando responsabilidad-autonomía-compromiso en un vínculo continuo entre los trabajadores de la salud y la población y **darle a la misma resolutivez** y capacidad de gestión.

En este sentido se inscriben las siguientes iniciativas:

- Construcción de un modelo de gestión descentralizado, colegiado y participativo que construya autonomía con responsabilidad.
- Resolutivez regional, con recursos diagnósticos y terapéuticos necesarios.
- Adecuación del primer nivel de atención.
- Responsabilización territorial de los servicios de interconsulta e internación de la red de salud.
- Sistema de información único de la red de servicios de salud.

Es necesario pensar dispositivos de práctica que conjuguen autonomía y responsabilidad, y que permitan a los trabajadores apropiarse y dar cuenta del resultado de su trabajo y a los usuarios inscribir la salud como derecho.

La estrategia de Atención Primaria ofrece la posibilidad de construir una salud solidaria en términos de expansión de los derechos y responsabilidades correlativas al ejercicio de la ciudadanía. Entonces no sería salud sólo para pobres, aunque priorice la instalación de los servicios de atención primaria en las zonas más desfavorecidas de la provincia. Se busca salud para el conjunto de la población a partir de la garantía de derechos como parte de una responsabilidad pública común.

Plantear la responsabilización de los municipios en el tema de salud, con respecto a que se tome desde ahí la Atención Primaria .

Los principales problemas que desde esa óptica se ven obligados a abordar los municipios, en tanto gestores de salud, es la limitación, en cuanto a disponibilidad de recursos económicos ante las exigencias de modernización, la demanda creciente a expensas del desempleo, la ocupación “en negro” o la cobertura insuficiente del sector de seguridad social, la formación biológica de los profesionales y su frecuente situación de pluriempleo y remuneración inadecuada que además de disminuir el compromiso, dificultan la democratización de las instituciones.

Esta reforma del modelo de atención propone básicamente la institución de un nuevo sistema de referencia entre la red de atención y el ciudadano.

Se tratará de alcanzar un modelo singularizado, personalizado, en el que cada equipo de técnicos tenga una población a cargo en forma más o menos fija de manera de potenciar el papel terapéutico de una dialéctica del vínculo trabajada en función de producir autonomía y responsabilidad tanto en los terapeutas como en la comunidad, facilitando el seguimiento del proceso por el equipo profesional y el compromiso de ambos con los resultados. Este nuevo modelo se propone acortar la distancia hoy abismal entre el poder de los técnicos y el de los demás ciudadanos y a la vez se constituye en instrumento de eficiencia en tanto compromete a los equipos de trabajadores con una evaluación singularizada del resultado de sus prácticas en términos de población.

OBJETIVOS GENERALES

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

- ♦ La adscripción de familias y pacientes a equipos de referencia, es asumida en nuestro modelo como un contrato de modo que cada equipo de referencia, constituido por un médico y un enfermero, asume en relación con su población adscripta la responsabilidad por el cuidado de la salud, y actúa como su agente en la red de servicios, a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales efectivos. Que cada equipo de referencia, constituido por generalista o clínico o pediatra y enfermero asuma la responsabilidad en el cuidado de la salud de una población adscripta a los efectos de potenciar el vínculo como recurso terapéutico. El número de equipos y la constitución de los mismos deberá ser prevista en base a la población beneficiaria. Se piensa en un equipo mínimo de enfermero y médico generalista para una población de alrededor de mil adscriptos (dependiendo este número de la dedicación horaria de los profesionales, y las características poblacionales, constituyéndose la cifra de adscriptos en un dato valioso sólo en términos relativos).

Profesionales del resto de las disciplinas como tocoginecología, ginecología, psicología o trabajo social serán involucrados de manera transversal a demanda de los Equipos responsables. Constituirían así lo que llamaríamos “apoyo especializado matricial”.(resivar)

Los equipos de salud territoriales deben construir conocimiento acerca de la distribución de la desigualdad en el espacio social en el que trabajan, conocer cómo viven, enferman y mueren los distintos grupos sociales en ese territorio, y cómo se agrupan espacialmente esas diferencias. Del mismo modo, conocer cómo utilizan estos grupos los servicios, qué capacidades tienen para demandar, y cómo adecuar la oferta a esa capacidad de demanda.

En este sentido, se podrían distinguir distintas modalidades de relación de los ciudadanos con los servicios:

- **aquéllos que demandan espontáneamente:** no siempre lo que se explicita en la demanda es lo más importante que el servicio puede ofrecer, se trata entonces de tomar esta demanda para construir una respuesta integral en lo singular y en lo familiar. De este modo, ante la demanda de un integrante de un núcleo familiar se indagará sobre el resto de los integrantes (ver Fundamentos para la implementación de la Historia Clínica Familiar en Atención Primaria) y se ofrecerá la adscripción al conjunto de ellos , al mismo equipo de referencia o a el/los que se consideren más adecuados.
- **Aquéllos que sólo demandan en situaciones percibidas como urgentes:** las condiciones de vida que determinan mayores necesidades de la asistencia sanitaria, mayor morbimortalidad y mayores posibilidades de obtener rédito de las intervenciones preventivas (controles de embarazo, tamizajes de pruebas de Papanicolau, etc) son también las que determinan mayores dificultades en articular demandas a los servicios. Aquello que será redituable en un futuro se posterga en función de la urgencia de la supervivencia. Son por lo tanto los sectores más necesitados los que sólo consultarán en situaciones que vivan como amenazantes a su supervivencia inmediata, ante situaciones que vivan como urgentes. Será vital dotar a los servicios más cercanos a la gente de dispositivos de atención de la urgencia percibida, que permitan utilizar privilegiadamente estas demandas para inscribirlas en el proceso de atención. Del mismo modo, será esencial dotar a los servicios de urgencias, a las guardias hospitalarias, de dispositivos que permitan utilizar esta demanda como punto de partida de un proceso de adscripción efectivo; se refiere de estrategias que reduzcan al mínimo las barreras de todo orden, que se interponen entre estos pacientes y sus familias y los equipos de referencia más cercanos a sus domicilios.
- **aquellos que no consultan :** existen individuos, familias y grupos sociales tan excluidos del tejido social que han perdido toda capacidad de demanda, o al menos , de demandar efectivamente en el marco de las actuales condiciones. Estos grupos requieren de un trabajo colectivo dirigido al cambio de esas condiciones que excede al sector salud pero lo incluye, y que incluso excede al estado pero lo incluye como máximo responsable. Para que el trabajo con estos grupos sea efectivo, los problemas y los recursos deben ser analizados en el marco de procesos participativos de planificación local, que diseñen estrategias de discriminación positiva, búsqueda, adscripción en domicilios, pero que simultánea y fundamentalmente tiendan a modificar las condiciones que limitan el ejercicio de la ciudadanía para esos grupos, reconstruyendo vínculos sociales.

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

Se pretende así:

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

- ◆ Optimizar el aprovechamiento de los recursos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ◆ Asignar por cada grupo de población el recurso humano necesario en calidad y cantidad, atendiendo a prioridades locales.
- ◆ Asegurar las mejores condiciones de infraestructura que sea posible disponer.
- ◆ Aprovechar los recursos disponibles para garantizar la atención.
- ◆ Recuperar la infraestructura existente o crear nueva, de acuerdo a las necesidades.
- ◆ Confeccionar un padrón único de usuarios del Sistema de Salud a los efectos de la planificación y distribución de los recursos en los diferentes niveles de la red, considerando indicadores standard de utilización de servicios. (Ej: hospitalizaciones por grupo etéreo, consumo de consultas especializadas por grupo etéreo, consumo de exámenes complementarios, medicamentos, etc).
- ◆ Optimizar el aprovechamiento del recurso humano especializado, los exámenes complementarios y hasta la internación mediante el acompañamiento de todo el proceso de salud-enfermedad-atención de un sujeto por el mismo equipo.
- ◆ Redefinir el sistema de información, simplificando las tareas de registro a nivel local, permitiendo la identificación de usuarios y familias mediante una clave de ingreso única que apunte a la construcción de indicadores desde la misma fuente para cada nivel de gestión y permita los intercambios no sólo con otros efectores de salud, sino también con otros sectores como vivienda, promoción, trabajo, educación, etc. La informatización del nivel local permitirá que quien proporciona los datos pueda acceder a ellos en forma oportuna.
- ◆ Diseñar una oferta de servicios a los fines de producir una reformulación de los servicios ambulatorios de primer nivel actualmente disponibles en los hospitales.
- ◆ Redefinir la oferta de servicios de referencia, interconsulta e internación en función de una base poblacional con definición territorial que permita la construcción de un vínculo entre los servicios y los equipos de referencia responsables del cuidado continuo de un grupo poblacional. En tal sentido, los primeros son concebidos como equipos de apoyo de los segundos. Del mismo modo, el apoyo de los equipos de referencia a los equipos que operan en la urgencia y en la internación permitirá potenciar los recursos de la red produciendo estrategias terapéuticas contextualizadas. **En tanto los equipos de referencia adscriben población, los interconsultores especialistas adscribirían equipos de referencia.** El vínculo estable entre un especialista y un grupo de equipos de referencia con población adscripta permitirá crear dispositivos más adecuados para la resolución de problemas. El modo de responder a la interconsulta será entonces rediseñado en múltiples formas: se desplazará el paciente, o el equipo de referencia, o el interconsultor, según se acuerde sea lo más adecuado ante cada situación; se podrán articular espacios de educación permanente, de investigación, centrados en una realidad poblacional y protagonizados por un equipo que conjugue el saber específico con el saber en contexto.

La referencia territorial de equipos de atención e internación domiciliaria completarían este tejido de vínculos entre equipos de trabajo comprometidos mutuamente y con la misma población. Este compromiso implica una red de responsabilidades y posibilidades de ajuste mutuo y evaluación objetivable en función de resultados en la población. El alta hospitalaria es un punto crítico que requiere la elaboración de un proyecto terapéutico conjunto.

Se espera lograr

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

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

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

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

Algunos aspectos para monitorear:

Familias y número de adscriptos por equipo de referencia.

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

Porcentaje de egresos hospitalarios referenciados a un equipo.

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

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

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

Los mismos indicadores por equipo de referencia.
Número de internaciones en menores de 5 años por población adscripta de esa edad por equipo de referencia.
Satisfacción de los usuarios con el proceso de atención en sus distintas etapas.