

" PROPUESTA DE REORGANIZACION DE
LA ATENCION MEDICA DEL
MUNICIPIO DE ROSARIO "

Documento preliminar

ASOCIACION MEDICA DE ROSARIO

20 de noviembre de 1989

juenes 4 11 AM
Rosario

formulación de un proyecto
de cooperación técnica (modelo)

PROPUESTA DE REORGANIZACION DE LA ATENCION MEDICA DEL MUNICIPIO

I. Consideraciones generales: democracia y participación

Rosario enfrentará en los próximos días un proceso eleccionario que probablemente producirá cambios en la conducción de la salud municipal. Uno de los temas significativos en el debate local en torno a las elecciones es, precisamente, el vinculado a la organización de los servicios de atención médica que se destinan a la población del municipio y zonas aledañas.

Se trata de un antiguo debate, que se reactualiza periódicamente, en los momentos de cambio o en las coyunturas de crisis. Las condiciones de los servicios de salud municipales están determinadas por los siguientes elementos:

- * irracionalidad en la asignación y utilización de recursos derivada de la superposición de jurisdicciones;

- * crónica insuficiencia presupuestaria y carencia de recursos indispensables, sumadas a un deterioro edilicio que data de décadas atrás;

- * inexistencia de un mecanismo de flujo de pacientes que garantice el aprovechamiento ordenado de los diferentes niveles de complejidad y evite a la población demandante las penurias del rechazo, y las demoras e inconvenientes de múltiples barreras a una accesibilidad que debería estar garantizada para todos.

La Asociación Médica de Rosario, consecuente con su orientación constante de defensa de la Salud Pública, considera que la actual coyuntura hace indispensable un debate a fondo en torno a las formas organizativas más adecuadas, y la puesta en marcha de las medidas indispensables para paliar las deficiencias más severas. La agudización de la pobreza, el posible aumento del desempleo, la caída del

poder adquisitivo de los salarios, la precaria situación de los trabajadores del sector informal, la contracción del ingreso de los trabajadores autónomos, conforman un pronóstico cierto de deterioro de las condiciones de vida de los sectores populares. En tales circunstancias se hace aún más imperioso el reclamo por servicios de salud abiertos a todos y en condiciones de dar respuesta a necesidades cada vez más imperiosas.

¿Por qué el municipio?

Uno de los últimos documentos sobre políticas de salud elaborados por la Asociación Médica de Rosario se hizo público en el momento inicial de la transición democrática. Las expectativas despertadas por la puesta en marcha de las instituciones representativas daban aliento a una esperanza de recuperación del rol del Estado Nacional en lo relacionado con las políticas sociales. Hoy ante el complejo balance del gobierno alfonsinista, la mirada se vuelve esperanzada sobre posibles transformaciones en la esfera de poder local.

En aquel momento se pensó que el nivel de consenso alcanzado por el gobierno radical garantizaba la factibilidad de una reorganización del sistema desde el poder central. La experiencia de estos años nos orienta a pensar en soluciones más cercanas a nuestra posibilidad de intervención, que sirvan al mismo tiempo como demostración de la viabilidad y eficacia de algunos cambios, no sólo posibles en las actuales condiciones de crisis, sino capaces de acrecentar la eficacia social de la utilización de los recursos disponibles.

En la misma dirección se canaliza un segmento importante del debate y las experiencias latinoamericanas y europeas sobre organi-

zación de las prestaciones de bienestar social. Descentralización es la consigna -ambigua en ocasiones, excesivamente orientada sobre lo técnico en otras- que promete terminar con las deformaciones que la excesiva burocracia, la canalización de recursos hacia fines no específicos, la falta de coordinación intersectorial y la imposibilidad de participación y control del usuario sobre planes y programas, han impuesto a las actividades vinculadas al área social.

Democracia vs. Gobernabilidad

La propuesta descentralizadora se asienta fundamentalmente sobre dos pilares, no necesariamente interdependientes: una perspectiva técnico-administrativa, orientada a la mejor utilización de los recursos, y una orientación política, que como tal supone al menos dos opciones: 1- la que enfatiza la profundización de la democracia y 2- la que pone el acento sobre sus condiciones de gobernabilidad. La primera hace referencia al incremento de la participación del ciudadano en los procesos de toma de decisión; la segunda se preocupa por el control sobre demandas que pueden significar mayor inestabilidad en las presentes condiciones de crisis. No necesariamente antagónicas, la actual condición de restricción del gasto fiscal puede significar algún grado de tensión entre participación y gobernabilidad.

Esta doble vertiente que canaliza las propuestas de cambio del sistema político -la reforma del Estado, según la fórmula difundida en nuestro país- se descubre en todas las evaluaciones sobre políticas sociales implementadas por el Estado de Bienestar, que provienen tanto de la derecha como de la izquierda de espectro ideológico. Esta pluralidad de orientaciones confiere ambigüedad a las propuestas de descentralización. Por tal motivo, su sólo mención no es

suficiente, y se hace indispensable ampliar algo más el análisis que sustenta la propuesta democratizante.

Una posible manera de acercarse al problema puede ser la consideración de algunas contradicciones presentes en los procesos de consolidación de las democracias en el mundo occidental, aún en aquellos países que han logrado mantener la continuidad de sus sistemas representativos.

Entre tales contradicciones puede mencionarse, sin duda, la que surge de la consideración tradicional de la democracia como régimen adecuado para el gobierno de pequeñas comunidades, cuando se piensa que su afirmación en los Estados modernos estuvo acompañada por el desarrollo y consolidación de grandes organizaciones -públicas y privadas- que clausuraron todo tipo de vinculación directa entre gobernantes y gobernados. En el mismo sentido puede pensarse en la pérdida de eficacia de las posibilidades de control ciudadano sobre la ejecución de las decisiones por parte del poder político que supuso el aumento desproporcionado del aparato burocrático del Estado. Los límites del control y de la participación pasan también por la incompetencia del hombre común, situado frente a problemas de gobierno cada vez más complejos que exigen soluciones accesibles sólo para los especialistas.

De esta manera no menos evidente, hay sin duda una oposición entre lo que constituye el presupuesto ético de la vida democrática, basada en la autonomía del individuo, y el desarrollo de la sociedad de masas, caracterizada por el individuo heterodirigido.

Una de las estrategias posibles para la profundización de la democracia conduce pues, si aceptamos ese diagnóstico, a intentar cerrar esas brechas que separan al ciudadano de los niveles decisivos, que obstaculizan su comprensión de las propuestas basadas en

lo técnico, que le impiden acceder al control de los procesos administrativos que regulan el flujo de los servicios indispensables para su bienestar. Se habla, en ese sentido, de acercar la sociedad civil al Estado, de permitir el contacto de la población con los niveles de diseño y ejecución de las políticas que le están destinadas. Se trata de procurar la construcción de un espacio público, donde todos los intereses y todos los sectores tengan posibilidad de expresión. La construcción de un espacio semejante cobra indudablemente viabilidad de expresión en los "márgenes" del sistema. Uno de tales márgenes es el lugar donde se insertan las instituciones del poder local.

Tras un modelo superador

Construir un modelo descentralizador/democratizante no es tarea fácil. La experiencia internacional y el debate teórico que la enmarcan muestra la complejidad del problema. Algunas líneas muy generales de consenso pueden servir como orientaciones para encuadrar el debate.

1. Es necesario superar la concepción de la administración local como organismo dedicado exclusivamente a dispensar servicios a la población. Los organismos locales, además de una mayor autonomía deben tener la posibilidad de participar en la toma de decisiones globales. Las entidades descentralizadas no sólo deben tener competencia y funciones propias y decisorias, sino también participar en el proceso de elaboración, decisión y ejecución de programas y normas más generales.

2. Es necesario contrarrestar la tendencia que lleva a la concentración del poder real en organismos no representativos, como son los aparatos de tipo técnico, vinculados a los centros de poder.

económico-social. El predominio en las decisiones debe corresponder a las instituciones representativas, conformadas por elección directa, favoreciendo al mismo tiempo la participación de sindicatos, entidades intermedias,, organismos de vecinos y usuarios, y en general, todo tipo de organizaciones representativas de diferentes sectores de la sociedad civil.

3. Es necesario diferenciar la descentralización de la simple desconcentración de funciones, la primera lleva implícita la delegación de poder decisorio, la posibilidad de planificar tareas y definir prioridades, la asignación de los recursos de un presupuesto autónomo. La segunda es sólo una delegación en la ejecución de funciones normatizadas en el nivel central. Sin embargo, descentralización y desconcentración no pueden plantearse en términos antagónicos, dado que algunos elementos simples de desconcentración administrativa puede ser avances que posibilitarán más tarde la descentralización política.

4. Del mismo modo, la descentralización se plantea como condición necesaria pero no suficiente para desarrollar la participación. En organismos descentralizados la participación puede ser obstaculizada por la permanencia de prácticas autoritarias o clientelísticas, o por la distancia puesta por el dominio de un saber basado en presupuestos técnico-científicos. Pese a estas reservas, la descentralización aparece como requisito indispensable para estimular una dinámica participativa, basada en la posibilidad de la difusión de información, el establecimiento de canales de comunicación entre electores y elegidos, técnicos y usuarios, y la búsqueda de mecanismos de articulación entre instituciones representativas y organizaciones sociales.

5. Es necesario también un examen cuidadoso de las competencias

Diferencias bien democracia con de participación

y funciones que podría ser beneficioso descentralizar con miras a los objetivos planteados. Las siguientes pueden servir como pautas orientadoras:

* todo aquello que pueda administrarse en un nivel bajo sin incremento significativo del costo debe referirse a ese nivel;

* también se optará por la descentralización cuando la gestión más próxima a los ciudadanos suponga una mejora sensible en la calidad del servicio;

* se descentralizarán aquellas competencias y funciones en cuyo ejercicio se quiera potenciar la participación, cooperación e integración de los ciudadanos.

6. Es necesario establecer articulaciones entre los poderes locales y el nivel central que garanticen la generalización y continuidad de las políticas. La lucha por la democracia municipal sólo es viable si se inscribe en procesos sociales más amplios, si es asumida por fuerzas que actúen a nivel nacional, superando los límites de la conciencia localista.

II. Los servicios de salud del municipio

Los cambios en la distribución de la oferta

En una ciudad en la que el subsector privado ha mantenido a lo largo de las últimas décadas un peso significativo en la composición de la oferta de atención médica, las transformaciones producidas a partir de 1976 acentuaron notablemente la presencia de sus efectores en el sistema de servicios.

El retroceso del subsector público y la progresiva afirmación del empresariado privado a partir de la contratación de las prestaciones de la seguridad social, que llegará a ser modalidad dominante en la organización de la atención médica en los inicios de la década del 70, comienza a percibirse en nuestra ciudad, como en el resto del país, en la segunda mitad de la década del 50.

Esa retracción de la presencia del Estado en el ámbito de la atención médica tiene, sin embargo, en esa primera etapa, características que se asocian a esporádicos e ineficaces intentos de control de la inflación a partir de la reducción del déficit fiscal, más que a una toma de posición efectiva en torno a cambios en el rol a cubrir por el sector público en el interior del sistema, como sucede indudablemente a partir de 1976. Se relacionan con límites financieros en la capacidad de intervención, con diferente jerarquización de prioridades, y de manera explícita, con la adopción de una perspectiva técnico-eficientista. Las políticas posteriores en cambio, se vinculan a una propuesta alternativa de distribución de funciones entre lo privado y lo público, elaborada a partir de presuntos objetivos de eficacia social.

Ese proceso se refleja con claridad en los cambios producidos en la importancia y organización interna del subsector público en nuestra ciudad. Utilizando el indicador número de camas, de poca

confiabilidad cuando se trata de reflejar adecuadamente las particulares condiciones de la oferta, pero útil para graficar grandes procesos de cambio en las posiciones relativas en el interior del sector, es posible verificar las líneas generales de tales transformaciones.

Comparando las cifras globales disponibles para 1970, 1980 y 1987 se verifica la existencia de un número de camas similar, con importantes modificaciones en la distribución por subsectores. De 2.399 camas en manos del subsector público en 1970, que significaban el 50.79% del total, en 1980 contaba con 1.578, aportando sólo el 32.92% de la totalidad del recurso y actualmente dispone de 1370 camas, habiendo disminuido aún más su posición relativa en el sector. En el mismo período el subsector privado aumentó su participación de 44.76 a 56.27% y 58.56% y el de obras sociales de 4.45 a 10.81% y 12.35%.

Es indudable que disponiéndose de cifras globales para los años 1970 y 1980 es imposible mostrar que la fase más aguda del proceso de desmantelamiento de los efectores públicos se desarrolla en los años correspondientes al gobierno militar instalado a partir de marzo de 1976. Tal circunstancia surge con claridad, en cambio, si se realiza una pequeña historia de los hospitales de la ciudad, complementando con información de tipo cualitativo las deficiencias y la escasa confiabilidad presente en alguna información estadística.

CUADRO Nro. 1
 NUMERO DE CAMAS EN LA CIUDAD DE ROSARIO
 SEGUN SUBSECTOR

Subsect.	1970	%	1980	%	1987	%
Privado	2.114	(44.76)	2.697	(56.27)	2.759	(58.56)*
O.Social	210	(4.45)	518	(10.81)	852	(12.35)
Publico	2.399	(50.79)	1.578	(32.92)	1.370	(29.08)
TOTAL	4.723	(100)	4.793	(100)	4.711	(100)

(*) dato correspondiente a 1989.

Los datos más precisos proceden de la jurisdicción municipal. En ésta el descenso de la disponibilidad del recurso cama alcanza entre 1976 y 1980 a un 21.8%, realizándose una redistribución de las mismas que refleja la prioridad otorgada a la atención de emergencias y la problemática vinculada a la salud materno-infantil.

La distribución de camas resultante de las decisiones municipales a lo largo de esos años revela líneas de cambio fundadas en corrientes de pensamiento que comienzan a afirmarse, en Argentina y en el mundo, a partir de la crisis de los 70. Dentro de la corriente de pensamiento neo-liberal se integran, en efecto, no sólo la concepción que pone en manos del Estado aquéllas prestaciones de salud que no interesan a la actividad privada, también se le responsabi-

liza de dar cuenta de necesidades cuya desatención provocaría efectos de fuerte repercusión social. Entre éstas se ubican indudablemente la emergencia médica y la protección materno-infantil en el interior de los sectores más carenciados.

Sin embargo la historia de las instituciones de salud municipales a lo largo de los años de la dictadura -si se mira a partir de aspectos cualitativos que escapan a la cuantificación- es más compleja de lo que podría haber resultado de la explicitada decisión de "achicamiento" del subsector público, mostrando las ya tradicionales inconsistencias, incoordinaciones y superposiciones que caracterizan la historia de la salud pública en el país.

En la perspectiva de retracción de la actividad estatal orientada a la atención médica se ubica, sin duda, el traspaso a PAMI de los hospitales Alberdi y Marcelino Freyre, que determinan una pérdida para el subsector de aproximadamente doscientas camas. A la misma lógica de "achicamiento" respondió el cierre de las salas destinadas a patología de adultos en el Hospital Roque Saenz Peña. En efecto, en 1979 se cierran los servicios de internación en clínica médica y cirugía, manteniéndose las salas destinadas a obstetricia y creándose el servicio de neonatología.

A otra lógica política, más cercana a las clientelas y los micropoderes, corresponde el traspaso a la jurisdicción provincial de los dos grandes hospitales-escuela. La iniciativa parte del rector, Dr. Riccomi, quien alega que una parte significativa del presupuesto universitario se destina al mantenimiento de los hospitales, desviándose así de su función exclusiva destinada a la formación de profesionales.

El desmantelamiento del Hospital Centenario referido a "razones presupuestarias" había comenzado con los cambios en la política

universitaria verificados a partir de 1966. Paulatinamente se inició la deserción de docentes y personal de enfermería, se desmantelaron salas, no se incorporó nueva tecnología y se descuidó el mantenimiento edilicio.

A partir de 1976 el cierre de salas se acelera, en 1978 comienza a hablarse de provincialización del hospital, un año después se firmó el convenio entre estado nacional, provincia y universidad y en enero de 1981 se produjo el traspaso.

El ingreso a la jurisdicción provincial da lugar a nuevos cierres de camas. Información periodística poco confiable si se espera alguna precisión, pero útil en términos de aproximación, habla de una reducción que en el Hospital Baigorria alcanzaria a 120 camas de un total de 280 y en el Centenario de 170 camas habilitadas sobre una dotación originaria de alrededor de 700. El cambio de jurisdicciones produjo también conflictos con el personal. El régimen de trabajo del recurso humano de enfermería se vió sensiblemente deteriorado, produciéndose un éxodo que reduce a 75 agentes la planta de 118 registrada en diciembre de 1980 para el Hospital Centenario.

Sin embargo los indicadores cuantitativos -número de camas o personal afectado a los servicios- resultan absolutamente insuficientes para evaluar los verdaderos alcances del deterioro producido en las prestaciones de atención médica del subsector público. No se trató, indudablemente, de una reducción del número de camas orientada a viabilizar el mejoramiento de los servicios que se conservaron o a una mayor eficiencia en la gestión de los mismos, las reducciones presupuestarias que la acompañaron influyen con más fuerza aún en las condiciones de producción de la capacidad instalada remanente.

Plan de salud pública. Se comenzará a remodelar el Hospital Alberdi para convertirlo en un hospital zonal con servicio integral de cirugía, clínica médica, maternidad, consultorios externos, radiología y salas de internación con 80 camas. El proyecto se inserta en una perspectiva de regionalización de la atención médica, con cuatro hospitales "zonales" que actúen como centros de referencia para una atención descentralizada a cargo de centros periféricos. Estos se vinculan en un primer nivel de derivación con estaciones sanitarias dotadas de las cuatro especialidades básicas, que transfieren a los hospitales zonales los problemas que no pueden resolver. La red se complementaría en la cúspide con dos centros de alta complejidad, el Hospital Clemente Alvarez para la atención de adultos y el Victor J. Vilela como centro de atención pediátrica de primer nivel. El esfuerzo descentralizador, según el Secretario de Salud, estaría precisamente dirigido a liberar a estos dos hospitales de la carga de consultas a las que debían responder por falta de bocas de expendio para la baja y mediana complejidad.

Lamentablemente el plan sólo tuvo ejecución parcial, insuficiente para las necesidades a cubrir. La remodelación del Hospital Alberdi se limitó al mejoramiento de las condiciones edilicias sin llegar a completar el equipamiento técnico indispensable para la función que se le asignaba. En 1986 trabajaba con un promedio diario de 27 camas disponibles. Tampoco se progresó en la recuperación del Hospital de Niños Victor J. Vilela, que el Intendente Usandizaga había calificado como "calamitoso" en algún momento de su campaña electoral, asegurando que no estaba en condiciones de "cumplir con los mínimos e indispensables requerimientos sanitarios para salvaguardar la decorosa atención médica de la población" (La Capital 15-X-83).

También fracasó la proyectada descentralización de las consultas ambulatorias de baja complejidad. La sanidad municipal llegó a contar con 10 Estaciones Sanitarias y apoyó la preocupación de las asociaciones de vecinos, dotando de profesionales y personal de enfermería los consultorios barriales; de este modo se equiparon alrededor de 20 unidades vecinales. Sin embargo, el 54.20% de las consultas pediátricas siguió registrándose en el Hospital de Niños, saturando su capacidad de respuesta. En las Estaciones Sanitarias, heterogéneas en cuanto a nivel de equipamiento, disponibilidad de profesionales y número de especialidades ofrecidas, se atendió un 22.79% de las consultas totales de pediatría. Sin embargo, aquí también se produce cierta concentración, 3 de las 10 Estaciones absorben el 68.52% de las consultas.

¿ A qué se debe este fenómeno de no aceptación, por parte de la población, de consultorios pediátricos cercanos a sus lugares de residencia, y por lo tanto teóricamente más accesibles que el gran hospital, al que sólo puede acceder superando barreras de distancia, dificultades de disponibilidad y costo de transporte, esperas y rechazo por falta de turnos?

La respuesta a este interrogante sólo puede ser especulativa, pero una de las causas podría radicarse en la precariedad de las instalaciones, dominante en las unidades descentralizadas, la no siempre segura presencia de los médicos, muy mal remunerados y no sometidos a ningún tipo de control, y la insuficiente capacidad de respuesta aún ante afecciones banales: falta de medicamentos, de leche, de instrumental, de los recursos mínimos indispensables para la atención.

Las condiciones de la sanidad provincial

La política de salud de la provincia no circuló por carriles muy diferentes. En los hospitales Centenario y Baigorria se recuperan también señales de grave carencia de recursos indispensables, a la vez que se cierran camas, el Hospital Provincial muestra un proceso de deterioro a nivel edilicio que pone en peligro la continuidad de su función. La pequeña historia de estos hospitales sigue la línea que hemos diseñado para los efectores del municipio: buenas intenciones, escasa disponibilidad de recursos, acentuación de un deterioro que, en última instancia, no hace más que adecuarse paulatinamente al modelo de organización de prestaciones de salud que se afirma como hegemónico.

Para la crónica cotidiana tal vez valga la pena rescatar la experiencia del Hospital de Niños Zona Norte. Surgido de la práctica privada de beneficencia había abandonado paulatinamente su originaria función de atender gratuitamente al indigente para concertar algunos contratos con obras sociales. Esta modalidad de práctica, incorporada sin duda por razones financieras, no consigue enjugar el déficit, y a fines de 1983 se decide el cierre por falta de recursos para afrontar las deudas contraídas con proveedores, profesionales, personal de enfermería, mucamas y empleados administrativos.

En febrero de 1984 las autoridades de la provincia anuncian que se harán cargo de la gestión del hospital. La habilitación finalmente se logra en octubre de 1985, con el carácter de "hospital de día", dedicado a la internación breve de niños con procesos de evolución dudosa o que requieran tratamiento simples. Actualmente dispone de 20 camas.

El Programa de Atención Primaria de la provincia de Santa Fe

Una diferencia cualitativa entre la organización de la salud pública municipal y la provincial radica sin duda en el programa de atención primaria implantado por ésta desde el año 1980.

Creado por decreto nº 2991 de noviembre de ese año, tuvo como objetivo explícito brindar extensión de cobertura en atención médica integrada a poblaciones con mayor vulnerabilidad en el riesgo de enfermar y morir.

En nuestra ciudad la población a cargo del programa reside en 73 zonas de asentamientos irregulares. Los beneficiarios son 51.000 habitantes, distribuidos en 10.282 viviendas.

Las metas definidas son, en resumen, las siguientes: captar y controlar el 100% de las embarazadas, controlar el 100% de los niños sanos hasta dos años, detectar y controlar la población de desnutridos, detectar tuberculosis, lepra y venéreas, controlar el cumplimiento de los esquemas de vacunación y suministrar leche al 100% de los niños menores de cuatro años y a las embarazadas bajo control.

Las evaluaciones realizadas sobre la orientación y desarrollo del Programa provincial señalan deficiencias tanto en la concepción con que se implantó como en los resultados previstos en función de las metas establecidas. En efecto, se habla de atención médica integral, conforme a las definiciones establecidas por Alma Ata en 1980, pero la metodología aplicada responde a los métodos encuadrados como "selectivos", en tanto otorgan prioridad a determinados sectores de la población o enfermedades particularmente vulnerables. Se señala además que no se realizaron estudios epidemiológicos previos de la población a cubrir.

En lo relacionado con la aplicación del programa y en función de las metas definidas por el mismo, las deficiencias más evidentes

pasan por las dificultades en el seguimiento de los problemas que se detectan, en la aplicación de los mecanismos de referencia y contra-referencia, en el bajo nivel de captación de las embarazadas y las consiguientes deficiencias en el control prenatal, y la baja captación de los partos en el efector asignado.

Aún con sus límites, el programa provincial posibilita una mejor captación de la demanda potencial y posibilidades de canalización de la primer consulta hacia la atención periférica, evitando la sobrecarga de los efectores de mayor complejidad. Los mecanismos de referencia evitan el rechazo de la población que acude a tales efectores. En la órbita municipal sólo se aplicó un programa semejante en el Barrio Las Flores, ubicado al sur de la ciudad, y con una población estimada en 9.000 personas. El programa planteó problemas en la detección de patologías más complejas, dado que el Hospital Saenz Peña, que debería darles respuesta, no está suficientemente equipado para esa función.

Productividad de los efectores de salud del municipio

Internación

La información recogida por los Anuarios Estadísticos de la Municipalidad y por la Memoria Anual de la Zona de Salud VIII, en la jurisdicción provincial, permiten una primera evaluación de la productividad de los efectores de salud del municipio.

En lo relacionado con internación, el panorama es heterogéneo, con rendimientos que se muestran dispares cuando se analiza la productividad de cada efector. Esto puede deberse sólo en parte a las diferentes especialidades que cubren, en términos generales

puede pensarse que la excesiva capacidad ociosa y la prolongación de las estadias, detectadas en algunos lugares, están revelando fallas en algún nivel de dirección, y la falta de mecanismos de supervisión en el nivel central.

Para explicitar los fundamentos de estas afirmaciones se analizará efector por efector.

CUADRO Nro.2
Hospital Intendente Carrasco

Año	días estada	egresos	días cama	giro cama	porcent. ocupacional
1976	52	830	57.467	5.3	74.8
1983	41	851	48.300	s/d	73.02
1986	34	697	47.687	5.3	51.20
1987	31	887	47.688	6.77	57.44

Caracteriza a este hospital un tipo de patología que obliga a internaciones prolongadas, pero la secuencia histórica mostraría un cambio relacionado con la disminución de la demanda para este tipo de problema. Franca capacidad ociosa de alrededor del 50%.

CUADRO Nro.3
Hospital J.B. Alberdi

Año	días estada	egresos	días cama	giro cama	percent. ocupacional
1984	15	341	9.882	12.63	58.13
1985	21	306	9.856	11.33	59.76
1986	17	227	9.254	9.08	45.88
1987	14	277	9.843	10.26	39.23

Se tomo la información a partir de 1984 porque anteriormente estaba a cargo de PAMI que lo utilizaba como geriátrico. Hospital con pocas camas con bajo perfil en cuanto a productividad (alto promedio de días de estada con bajo porcentaje ocupacional). A esto se agrega carencia de recursos físicos, en particular equipamiento, en condiciones que no justifican que se siga utilizando como hospital de referencia.

CUADRO Nro.4

Hospital de Niños V.J. Vilela

Año	días estada	egresos	días cama	giro cama	porcent. ocupacional
1976	10	2.950	38.378	26.5	74
1983	10	2.699	37.240	26.46	66.08
1986	8	2.191	35.028	22.82	48.63
1987	9	2.182	31.091	25.67	58.62

Para explicar la excesiva capacidad ociosa revelada por los porcentajes globales se hace necesario analizar el comportamiento de las diferentes salas. La sala de epidemiología con 29 camas, tiene un porcentaje ocupacional de sólo el 34%, con un promedio de estada de 10 días. No presenta una mejor utilización del recurso cama la Sala II con un 47% de porcentaje ocupacional, sólo UTI se acerca a una aceptable utilización de sus camas (63%), pero todavía con posibilidades de incrementar su productividad. (Datos 1986)

CUADRO Nro.5
Hospital Roque Saenz Peña

Año	dias estada	egresos	dias cama	giro cama	porcent. ocupacional
1979	4	2.860	16.482	64	64.77
1983	5	3.595	25.800	50.63	50.63
1986	4	3.679	24.815	54.10	64.84
1987	5	3.301	24.895	48.54	67.99

Nuevamente aquí se hace necesario diferenciar el movimiento interno, considerando en particular el movimiento de las 25 camas dedicadas a Clínica Médica. Este sector muestra un bajo porcentaje ocupacional, de alrededor del 55% con un número total de egresos para el año 1986 de 444 y un promedio de días de estada relativamente alto (12) para patología adulta. La maternidad y la unidad de cuidados neonatales presenta niveles estandar de utilización, aceptables en función de las pautas corrientes en la materia.

CUADRO Nro.6
Maternidad Martin

Año	días estada	egresos	días cama	giro cama	porcent. ocupacional
1976	4	3.566	20.450	63.7	67.8
1983	3	3.335	15.028	81	73.18
1986	3	3.607	13.968	94.92	76.13
1987	3	3.780	15.166	92.19	86.73

Niveles adecuados de utilización de recurso cama.

CUADRO Nro.7
Hospital Clemente Alvarez

Año	días estada	egresos	días cama	giro cama	porcent. ocupacional
1979	12	3.470	44.194	28	93.71
1983	13	3.521	53.668	23.95	86.42
1986	10	3.594	52.822	24.79	76.83
1987	(sin datos)				

Niveles adecuados de utilización.

Para los efectores provinciales carecemos de datos históricos, debiendo limitar la observación a la estadística correspondiente a 1986 y 1987.

CUADRO Nro.8
Hospital Eva Peron

Año	días estada	egresos	días cama	giro cama	porcentaj. ocupacional
1986	6.1	4.468	35.530	45.9	77.3
1987	5.9	4.665	35.134	48.5	80.6

La observación por especialidades, aún cuando muestra diferencias, revela en términos generales correcta utilización de los recursos disponibles.

CUADRO Nro.9
Hospital Centenario

Año	días estada	egresos	días cama	giro cama	porcentaj. ocupacional
1986	8.4	5.180	67.740	27.9	63.8
1987	8.9	5.205	64.154	30.5	72.4

El relativamente bajo porcentaje ocupacional deviene de comportamientos muy particulares de especialidades como pediatría, con un 48.7 y neonatología, con un 28.9% de utilización de las camas disponibles.

El Hospital Provincial teniendo en general un bajo porcentaje

CUADRO N.º. 10
HOSPITAL PROVINCIAL

	días/estado		egresos		días/comas		giro/como		% ocupacional	
	'86	'87	'86	'87	'86	'87	'86	'87	'86	'87
Total	8.5	8.5	4.209	4.764	62.509	64.746	24.6	26.9	57.3	63.5
Clin. Med. H.	12.8	12.6	399	400	7.131	6.334	20.5	23.1		79.4
Clin. Med. M.	12	10.9	388	219	7.623	4.770	18.6	11.3	61.1	50.2
Un. Coronar.	19.9	14.3	42	73	1.236	1.356	12.4	19.6	67.5	77.1
Cardiología	17.4	11.8	212	337	7.263	6.883	10.7	17.9	40.7	57.8
Pediatría	5.5	6.6	250	465	3.833	5.491	23.8	30.9	35.6	55.9
Prematuros	6.5	5.8	177	346	2.263	5.173	28.6	24.4	50.8	38.8
Ciruj. genl. y Flebol.	10.6	15.2	131	255	4.608	4.994	10.4	18.6	30	77.8
Ciruj. genl. Mixto	15.2	--	334	--	8.618	--	14.2	--	59.1	--
Cir. y Gin.	9.4	--	595	--	8.860	--	24.5	--	62.9	--
Maternidad	2.6	2.8	1.500	1.438	5.105	6.570	89.8	79.9	62.6	61.6
Traumatología	17.5	15.5	181	144	4.969	4.516	13.3	11.6	63.8	49.3
Cir. Hombres	--	14.8	--	435	--	9.282	--	17.1	--	69.3
Cir. Mujeres	--	10.7	--	652	--	8.647	--	27.5	--	80.8

ocupacional y adecuada duración de la estadía, la observación por especialidades muestra comportamientos muy dispares. El bajo porcentaje ocupacional de las camas pediátricas condice con el fenómeno observado en otros efectores del municipio. (ver cuadro nro.10)

En el siguiente cuadro hemos sintetizado la productividad de las camas pediátricas y de maternidad de la ciudad de Rosario, sin tomar en cuenta la jurisdicción de los efectores.

CUADRO Nro.11

	días estada	egresos	días cama	giro cama	porcent. ocupacional	camas
c/pediátricas	7.47	4.244	66.678	23.23	47.50	181
c/neonatólog.	7.55	1.178	13.482	30.41	81.29	36
c/maternidad	2.77	11.636	45.576	93.19	70.77	123

El cuadro no hace más que ratificar la observación deducida de la información por efector: escasa utilización de las camas pediátricas. En cuanto a las maternidades, el promedio resulta aceptable, con fuerte disparidad entre efectores, como puede constatarse en los cuadros respectivos. Sólo la Maternidad Martín y el Hospital Eva Perón, 78.65 y 75.6% respectivamente, dan pie para una hipótesis de necesidad de apertura de nuevas camas.

La atención polivalente de adultos, resumida en el cuadro siguiente, ha sido calculada sin tener en cuenta los dos hospitales cuyo desempeño ha sido calificado como adecuado: el H. Clemente

Alvarez y el Eva Perón. Los datos se resumen así:

CUADRO Nro.12

	días estada	egresos	días cama	giro cama	porcent. camas ocupac.	camas
c/adultos	15.54	6.157	165.062	13.61	57.95	450

El diagnóstico es relativamente claro: excesivo promedio de estada, bajo porcentaje ocupacional.

Consultorios externos

Los efectores públicos provinciales y municipales producen anualmente en Rosario (cifras de 1986) 943.023 consultas corrientes y 229.293 consultas en guardias, en total algo más de un millón cien mil consultas distribuidas prácticamente por mitades entre ambas jurisdicciones. El excesivo peso de las guardias en el total (19.55%) puede ser una señal de inadecuación en la satisfacción de la demanda.

De este total de consultas un 43% son pediátricas, un 15% clínicas, un 6% obstétricas y el resto se relaciona con otras especialidades. En los efectores municipales la incidencia de las consultas pediátricas sobre el total es aún mayor, un 49% de las consultas municipales tienen ese destino, y las obstétricas sólo cubren un 5.42%. En los hospitales y estaciones sanitarias del municipio se realizaron en 1986 24.238 consultas obstétricas, y en el Hospital Roque Saenz Peña y Maternidad Martín, un total de 4.560 partos. Si se

considera la proporción de 10 consultas por parto, deberían esperarse alrededor 50.000. Parece posible concluir que la prioridad otorgada a los programas materno-infantiles en ambas jurisdicciones no se condice con la escasa importancia de la atención obstétrica.

Del total de consultas corrientes efectuadas en efectores municipales, un 69.55% se hace en hospitales, en la jurisdicción provincial ese porcentaje es sólo levemente menor: 65.94%.

Si se toman en cuenta solamente las consultas pediátricas, el 68% de las consultas municipales se hace en hospitales y sólo el 46% de las provinciales. Del total de consultas pediátricas hospitalarias municipales, un porcentaje muy alto corresponde al Hospital Vilela: el 81.22%. En este hospital se realizan 30.02% de las consultas pediátricas totales cumplimentadas en el municipio.

La concentración se repite también en las estaciones sanitarias. En tres instituciones - Las Flores, San Martín, H. Dunant - se realiza el 68.51% del total de consultas pediátricas municipales.

En los efectores de la jurisdicción provincial se registra una mejor distribución, el 54.34% de las consultas pediátricas se realiza en Centros Comunitarios, y entre éstos la distribución es relativamente regular.

La misma relación se verifica en las consultas de obstetricia. Los hospitales municipales realizan el 78% del total de consultas obstétricas de efectores municipales, en la Provincia la proporción respectiva es del 43.82%. La jurisdicción municipal presenta un mejor comportamiento en las consultas clínicas: sólo el 36% de las mismas se realiza en hospitales, un 44% en estaciones sanitarias y un 20% en unidades vecinales. La concentración se repite, sin embargo, en el interior de los efectores de menor complejidad: cuatro estaciones sanitarias absorben el 64% de las consultas clínicas

realizadas en este tipo de institución, tres unidades vecinales el 43% de las que corresponden a ese grupo.

CUADRO Nro.13

DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS AMBULATORIAS

EN EL MUNICIPIO ROSARIO

CONSULTAS CORRIENTES		CONSULTAS TOTALES	
Pediatría	408.023 (43.27%)	Consult.ctes.	943.023 (80.45%)
Clinica	148.257 (15.72%)	Consult.guard.	229.193 (19.55%)
Obstetric.	56.912 (6.03%)		
Otras	329.831 (34.98%)		
TOTAL	943.023 (100%)	TOTAL	1.172.216 (100%)
CONSULTAS MUNICIPALES		CONSULTAS PROVINCIALES	
Cons.ctes.	446.855 (76.59%)	Cons.ctes.	496.168 (84.27%)
Cons.guard.	136.546 (23.39%)	Cons.guard.	92.647 (15.73%)
TOTAL	583.404 (100%)	TOTAL	588.815 (100%)
C./pediátr.	219.071 (49.02%)	C./pediátr.	189.016 (38.09%)
C./clínicas	75.816 (16.96%)	C./clínicas	72.441 (14.60%)
C./obstetr.	24.238 (5.42%)	C./obstetr.	32.674 (6.58%)
TOTAL CONS.		TOTAL CONS.	
CORRIENTES	446.855 (100%)	CORRIENTES	496.168 (100%)
Cons.hosp.	310.783 (69.55%)	Cons.hosp.	327.164 (65.94%)
C./Est.San.	104.663 (23.42%)	C./Cen.Com.	169.004 (34.06%)
C./Un.Vec.	31.412 (7.03%)		
TOTAL CONS.		TOTAL CONS.	
CORRIENTES	446.855 (100%)	CORRIENTES	496.168 (100%)

CUADRO Nro.14
DISTRIBUCION DE LAS CONSULTAS AMBULATORIAS EN EL
MUNICIPIO ROSARIO SEGUN ESPECIALIDAD

MUNICIPALES		PROVINCIALES	
Guard.hosp.	104.982 (76.88%)	Guard.hosp.	92.647 (100%)
Guard.Est.			
Sanitarias	31.564 (23.12%)		
TOTAL	136.546 (100%)	TOTAL	92.647 (100%)
HOSPITALES		HOSPITALES	
Cons.ped.	150.817 (48.53%)	Cons.ped.	86.304 (26.38%)
Cons.clin.	27.826 (8.95%)	Cons.clin.	28.298 (8.65%)
Cons.obst.	18.971 (6.10%)	Cons.obst.	14.317 (4.37%)
Otras	113.169 (36.42%)	Otras	198.245 (60.60%)
TOTAL CONS.		TOTAL CONS.	
CORRIENTES	310.783 (100%)	CORRIENTES	327.164 (100%)
Cons.corr.	310.783 (74.75%)	Cons.corr.	327.164 (77.93%)
Cons.guard.	104.982 (25.25%)	Cons.guard.	92.647 (22.07%)
TOTAL CONS.	415.765 (100%)	TOTAL CONS.	419.811 (100%)
ESTACIONES SANITARIAS		CENTROS COMUNITARIOS	
Cons.ped.	51.520 (49.22%)	Cons.ped.	102.712 (60.77%)
Cons.clin.	33.312 (31.82%)	Cons.clin.	44.143 (26.12%)
Cons.obst.	5.267 (5.03%)	Cons.obst.	18.357 (10.86%)
Otras	14.564 (13.91%)		
TOTAL CONS.		TOTAL CONS.	
CORRIENTES	104.663 (100%)	CORRIENTES	169.004 (100%)

Cons.corr. 104.663 (76.83%)

Cons.guard. 31.564 (23.17%)

TOTAL CONS. 136.227 (100%)

UNIDADES VECINALES

Cons.ped. 16.734 (53.27%)

Cons.clinic. 14.678 (46.73%)

TOTAL CONS.

CORRIENTES 31.412 (100%)

CUADRO Nro. 15

CONSULTAS PEDIATRICAS AMBULATORIAS - CONCENTRACION -

CONSULTAS MUNICIPALES
219.071 (100%)

Hospitales 150.817 (68.84%)
H. Vilela 122.503 (81.22%)
Otros 28.314 (18.78%)
TOTAL 150.817 (100%)

Estaciones Sanitarias 51.520 (23.52%)
3 Est. San. 35.300 (68.51%)
Otros est. 15.220 (31.49%)
TOTAL 51.520 (100%)

Las Flores 16.414 consult.
San Martín 10.371 consult.
Dunant 8.515 consult.

Unidades Vecinales 16.734 (7.64%)
4 Unid. Vec. 10.682 (63.83%)
Otras Unidad. 5.052 (36.17%)
TOTAL 16.734 (100%)

TOTAL CONSULTAS PEDIATRICAS 219.071 (100%)

CONSULTAS PROVINCIALES
189.016 (100%)

Hospitales 86.304 (45.66%)
H. Centenario 26.416 (30.60%)
Otros 59.888 (69.40%)
TOTAL 86.304 (100%)

Centros Comunitarios 102.712 (54.34%)
9 Centros 57.478 (55.96%)
Otros centros 45.234 (44.04%)
TOTAL 102.712 (100%)

TOTAL CONSULTAS PEDIATRICAS 189.016 (100%)

CURSO Nro. 15

CONSULTAS OBSTETRICAS AMBULATORIAS - CONCENTRACION -

CONSULTAS MUNICIPALES
24.238 (100%)CONSULTAS PROVINCIALES
32.674 (100%)

Hospitales 18.971 (78,25%)

H. S. Pano	8.955	(47,25%)
H. S. To	2.340	(12,32%)
H. S. P. S.	1.966	(10,36%)
TOTAL	18.971	(100%)

Hospitales 14.317 (43,82%)

H. Eva Peron	5.235	(36,56%)
H. Centenario	3.493	(24,40%)
H. Provincial	3.589	(25,07%)
TOTAL	14.317	(100%)

Centros Comunitarios 5.267 (21,74%)

Los Flores	2.717	(51,58%)
Otros	2.550	(48,42%)
TOTAL	5.267	(100%)

Centros Comunitarios 18.357 (56,18%)

3 Centros	5.502	(29,97%)
Otros	12.855	(70,03%)
TOTAL	18.357	(100%)

C. C. Nro. 19	1.570	consultas
C. C. Nro. 4	2.415	consultas
C. C. Nro. 10	1.517	consultas

TOTAL CONSULTAS OBSTETRICAS 24.238 (100%)

TOTAL CONSULTAS OBSTETRICAS 32.674 (100%)

CURROD Nro. 17

CONSULTAS CLINICAS AMBULATORIAS - CONCENTRACION -

CONSULTAS MUNICIPALES

27.826 (100%)

Hospitales 27.826 (36.70%)

H. S. Penn. 19.424 (48.24%)
 H. P. 14.900 (51.76%)
 TOTAL 27.826 (100%)

Exámenes Ambulatorios 33.812 (48.93%)

W. Est. Soc. 21.515 (63.98%)
 Amb. Est 11.947 (36.02%)
 TOTAL 33.812 (100%)

C. C. Nros. 4.657 consultas
 Charney 3.241 consultas
 W. Est. Soc. 4.352 consultas
 Amb. Est 4.057 consultas

Unidades Vecinales 14.678 (19.37%)

3 Un. Vec. 6.375 (43.43%)
 Otras 8.303 (56.57%)
 TOTAL 14.678 (100%)

Roselle 2.017 consultas
 S. V. Paul 2.242 consultas
 Fisherton
 Z. N. 2.116 consultas

TOTAL CONSULTAS CLINICAS 27.826 (100%)

CONSULTAS PROVINCIALES

72.441 (100%)

Hospitales 28.298 (39.06%)

H. Provincial 15.523 (54.85%)
 Otros 12.775 (45.15%)
 TOTAL 28.298 (100%)

Exámenes Comunitarios 44.143 (60.94%)

3 Unidades 15.729 (35.63%)
 Otros 28.414 (64.37%)
 TOTAL 44.143 (100%)

C. C. Nros. 12 3.351 consultas
 C. C. Nros. 15 5.865 consultas
 C. C. Nros. 23 5.913 consultas

TOTAL CONSULTAS CLINICAS 72.441 (100%)

III. Propuesta de reorganización

Situación del Sector

Un análisis así sea superficial de los servicios estatales de la ciudad, muestra que no responden, ni por su calidad, ni por su distribución y organización a las necesidades de salud de una población que genera cada vez mayores demandas.

La crisis económica actual incide en los ingresos familiares a lo que se agrega las restricciones en el presupuesto destinado a la salud de la población y a los programas y servicios de atención que deben enfrentar problemas cada vez más complejos con recursos relativamente más escasos.

El problema de la planificación y administración de los sistemas públicos de atención de la salud se ha transformado en un desafío para la superación de los obstáculos que plantea la necesidad del uso más racional y eficiente de los recursos para alcanzar, pese a las dificultades planteadas, un sistema de atención de la salud más equitativo y eficaz.

En la provincia de Santa Fe y particularmente en Rosario y su zona de influencia pese a la incorporación de las propuestas internacionales de S.P.T. 2.000 con la estrategia de A.P.S. como "conjunto de actividades planificadas de atención integral de salud, con el objetivo de alcanzar un mayor nivel de salud en el individuo y en la comunidad, aplicando la metodología científica con la óptima utilización de los recursos disponibles y la participación activa de la comunidad", persiste un bajo rendimiento de los servicios; falta de coordinación entre distintos subsistemas dentro del sistema público y entre los distintos niveles de atención al interior de cada uno de ellos; escasa capacidad resolutive del nivel primario a lo que se agrega contradictoriamente, junto al deterioro de los

hospitales de mayor complejidad, la inversión selectiva en equipamiento de algún servicio de alta complejidad con bajo rendimiento.

Finalmente, la falta de una evaluación permanente -en función de objetivos- es un obstáculo importante frente a una perspectiva dinámica del sistema de atención, comprendido en él la A.P.S. en términos de los niveles de salud logrados y no sólo del cumplimiento de actividades previamente definidas.

La información analizada en un intento de diagnóstico de la situación del sector en el municipio de Rosario, muestra problemas estructurales y de funcionamiento de los componentes del sistema público de atención de la salud, que demandan cambios que inciden más sobre aspectos organizativos y de calidad que sobre los exclusivamente cuantitativos.

Los evidentes cambios del perfil patológico que se traduce en las estructuras de la mortalidad y de la morbilidad a nivel general y en grupos particulares de la población como la patología perinatal, la salud del adolescente y de la población económicamente activa, así como los problemas que plantea el aumento del grupo que conforma la tercera edad, exigen cambios importantes en la organización y funcionamiento de los servicios de salud.

Una de las propuestas que se han formulado en muchos países y que parece tener consenso a nivel internacional es la reorganización y reorientación político-técnico-administrativa de los sistemas locales de salud para la descentralización y desarrollo de los mismos como instrumentos del proceso de democratización y mayor participación y justicia social, así como también para lograr equidad y eficacia en la gestión administrativa.

Desde la perspectiva del sector salud, el sistema local de un área urbana con amplia zona de influencia como es Rosario, es una

parte integrante del sector con las características de descentralización definidas desde el Estado pero con posibilidades de coordinación de la totalidad de los recursos existentes integrando una red de servicios en un espacio-población determinados en función de las necesidades de salud y de los objetivos y metas propuestos.

En este sentido la organización que se proponga deberá ser tal que permita el desarrollo de nuevas formas de acción orientadas a la creación de redes de atención integral de la salud con la participación de todos los sectores comprometidos, en especial con la efectiva y activa participación de la comunidad beneficiaria del sistema y comenzando por una integración funcional de los diferentes efectores estatales.

Lineamientos básicos para la elaboración de una propuesta de sistema regionalizado de salud para Rosario. -Circunscripto al sector público como primer momento de un proceso de mediano plazo.-

El sistema de salud estatal de Rosario y su zona de influencia para constituirse como tal exige, en primer lugar, su reconocimiento como una institución regionalizada. Esto es la definición de un espacio-población y la caracterización del mismo tanto desde el punto de vista de los procesos de salud enfermedad como de los recursos de atención existentes; identificación del sistema de relaciones entre sus componentes teniendo en cuenta la presencia simultánea de las dos administraciones: provincial y municipal, sin olvidar la presencia, aunque con mucho menor peso, para algunos problemas puntuales de la dependencia administrativa de la Universidad.

A nivel conceptual la regionalización implica un conjunto de definiciones dentro de cada campo de la actividad social. En salud, significa la identificación de unidades estructurales y funcionales

cuyo conjunto conforma una unidad mayor en un sistema interrelacionado e interdependiente, hasta conformar una entidad provincial y luego nacional plenamente articulada bajo la normativa del nivel en que se formulen las políticas globales.

Desde el punto de vista de la planificación, una región es un conjunto autosuficiente en recursos humanos y materiales para atender la salud de la población de un área geográfica. Dichos recursos, organizados según niveles de complejidad creciente funcionando con un flujo de doble vía de trabajo integral y continuo, mediante actividades programadas con base epidemiológica y social.

En el caso de Rosario la regionalización deberá contemplar la existencia de una amplia zona de influencia que abarca al menos, Granadero Baigorria al norte y Villa Gobernador Gálvez al sur y los recursos de las dos administraciones antes mencionadas. Gobierno de la provincia de Santa Fe y del Municipio de Rosario, ambas con una organización importante de hospitales de mediana y alta complejidad y un número de centros de salud, estaciones sanitarias y unidades vecinales en los que trabaja personal de salud dependiente de la administración estatal.

La transformación de este sistema para dar respuesta a las necesidades de salud de la población acorde con los principios antes señalados de regionalización e integración funcional, implica el estudio y análisis pormenorizado de la situación actual, de la que constituye una primera aproximación el informe en el que se basa la propuesta.

En segundo lugar y sobre la base de la constitución de una red de servicios interrelacionados por niveles de complejidad y capacidad resolutive con base en un programa de atención primaria integral de la salud, construir un modelo cuyo núcleo central se encuentre en

el centro de salud de la comunidad (centro periférico, comunitario, estación sanitaria, etc., distintas denominaciones del sistema actual). De manera que lo que actualmente se considera periférico pasa a ser central y el centro de salud la unidad representativa del sector salud en un área -población donde el hospital es un elemento más del sistema, un recurso técnicamente complejo para el diagnóstico y tratamiento de casos que no pueden ser atendidos en forma adecuada en niveles con menor poder resolutivo.

El modelo básico sobre el que se construye la propuesta de integración funcional entre efectores de distinta dependencia administrativa, está sustentado en los conceptos de regionalización, área programática y A.P.S. Desde esta perspectiva, una forma de pensar la distribución de los recursos es a partir del concepto de módulos según divisiones del espacio-población en región, área, sector, etc. De esta forma la región (Rosario y zona de influencia) abarca varias áreas, cada una de las cuales, a su vez, comprende sectores, constituyendo al mismo tiempo niveles de complejidad creciente.

Un componente esencial del sistema y del que depende en mayor medida el éxito o fracaso de cualquier plan, es el Recurso Humano, es decir el conjunto de personal profesional, técnico y auxiliar responsable de la atención y que debe participar activamente, junto con la población en el desarrollo de los programas desde su elaboración, control de gestión y evaluación.

En la bibliografía disponible se encuentran bastante desarrollados los aspectos organizativos y los recursos físicos necesarios para una regionalización, pero hasta ahora, los aspectos correspondientes a los recursos humanos han sido estudiados en forma muy limitada y referida principalmente a la preparación de personal

auxiliar. Sin embargo, es indudable que para que funcione un sistema regionalizado se necesita un personal con características muy particulares. En cada nivel se desempeñan equipos de salud diferentes pero se supone que la regionalización permitirá desarrollar mecanismos de comunicación suficientes como para convertirse en vehículo y soporte organizativo de un proceso de educación continua para el desarrollo de los recursos humanos.

Un sistema regionalizado con énfasis en la atención primaria y participación de la comunidad genera la necesidad de redefinir los roles de cada una de las profesiones y personas que conformarán el equipo de salud. Uno de los más importantes será definir claramente el papel que juegan tanto los médicos como las enfermeras dado que son las dos profesiones que verán más afectada su imagen tradicional de actividades centradas en el consultorio y el hospital al pasar a jerarquizarse las tareas en y con la comunidad.

La transformación de una región de salud en una región docente-asistencial, que asegure la formación y educación continua del personal necesario para la región, agregaría un criterio de validez al concepto ya que la región también sería autosuficiente en materia de personal de salud y reforzaría el proceso de descentralización.

Una propuesta de organización. -Considerando las particularidades del sistema de atención de la salud de Rosario.-

De acuerdo con una primera aproximación diagnóstica (ver productividad) el sistema estatal de atención médica de la ciudad de Rosario cuenta con un número de camas hospitalarias cuyo funcionamiento muestra un cuadro general de subutilización expresado en alto promedio de estancia y bajo porcentaje ocupacional, con la única excepción de los Hospitales Eva Perón de Granadero Baigorria (pro-

vincial) y Clemente Alvarez (municipal).

El análisis en particular de las camas pediátricas y de maternidad (ver cuadro nro. 11) confirma el cuadro general en lo referente a Pediatría, no así en cuanto a las maternidades que con fuerte disparidad entre efectores se destaca la Maternidad Martín con un porcentaje ocupacional cercano al 80%.

Estas camas están distribuidas en hospitales (ver mapa), pertenecientes a diferente administración, provincial y municipal, distintos en nivel de complejidad y número de camas. Algunos, como los tres hospitales provinciales (Eva Perón, Centenario y Provincial) pueden ser clasificados como hospitales generales de agudos de complejidad entre 7 y 9.

Los otros, los cinco municipales, con características diferenciales bastante marcadas: el Hosp. de Emergencia Clemente Alvarez, el Carrasco con persistencia de algunos rasgos de su antigua historia de hospital de infecciosos y el Alberdi y Roque Saenz Peña, cerrados durante varios años y reabiertos en la última década con muy pocas camas y limitaciones de todo tipo en los servicios generales y auxiliares de diagnóstico y tratamiento; por último el hospital de niños que junto con las dos maternidades Martín y Roque Saenz Peña constituyen parte importante del área programática materno-infantil de salud municipal.

Como puede observarse en el mapa, existen, además en Rosario una cantidad de unidades de atención ambulatoria distribuidas por toda la ciudad sin un aparente criterio rector. Los centros comunitarios provinciales tienen una distribución similar a la de los municipales, incluso coexisten a veces en el mismo edificio o muy cercanos, sin ninguna relación de coordinación o complementariedad. Por otra parte se agregan las vecinales que surgen como expresión

de organizaciones propias de los barrios tienen servicios mínimos de atención de salud, algunas con médico dependiente de la administración municipal.

Nuevamente aquí los servicios municipales tienen características diferenciales llamativas en cuanto a su complejidad y productividad (ver informe). Se destacan algunas estaciones sanitarias: San Martín, Henri Dunant, L. Pasteur, Las Flores y Casiano Casas que a partir del nivel que actualmente detentan estarían en condiciones de desarrollar actividades que amplíen las que tradicionalmente se realizan a través de los programas de atención primaria; las demás si bien cuentan con médico (clínico y/o pediatra) no alcanzan un nivel mínimo que permita suponer tengan capacidad para desarrollar actividades programadas de A.P.S.

Si se comparan los recursos de infraestructura y la capacidad resolutoria potencial de los distintos efectores surge como una respuesta lógica y plausible, sobre la base de la integración funcional antes señalada, una organización en cuatro niveles de complejidad creciente: un primer nivel de centros comunitarios, eje del programa de A.P.S.; un segundo nivel intermedio formado por policlínicos sin internación pero con todas las especialidades básicas y críticas, un tercer nivel el de los hospitales generales polivalentes de agudos que responderá con mayor capacidad de resolución para el diagnóstico y tratamiento de casos de mayor complejidad técnica y un cuarto nivel de hospitales especializados de ámbito regional.

Estos cuatro niveles formarán la trama de la red de servicios de salud que integrados funcionalmente formarán un sistema con ámbito de acción regional más allá de los límites de Rosario y su zona de influencia.

La estructuración para Rosario de un sistema de salud regionalizado a través de la integración funcional del conjunto de los efectores bajo los lineamientos político-administrativos de un plan de salud para la región con sus correspondientes programas y actividades significa en primer lugar la identificación de las características particulares de cada nivel de complejidad que constituirán los nodos de la red de efectores.

Se propone:

1er. nivel: centros de salud comunitarios, constituyen el efector eje de un conjunto poblacional (sector sanitario) bajo programa definido por criterios socio-epidemiológicos.

Este nivel, comprenderá los actuales centros periféricos del P.A.P.S. provincial y las estaciones sanitarias municipales que de acuerdo con los datos disponibles pueden ser reciclados en su estructura física y provistos de los recursos necesarios para dar cobertura de A.P.S. a la población a cargo con programas de prevención y recuperación de la salud de las familias que la componen. Para ello cada centro contará con un área de administración y estadística y un mínimo de cuatro consultorios (funcionales) de enfermería, clínica de adultos, tocoginecología y pediatría, equipados para dar atención continuada desde las 8 de la mañana hasta las 20 hs.

Se estima que con los recursos de personal provincial y municipal podrá alcanzarse esta meta reubicando los cargos actualmente desperdigados en unidades mínimas de muy bajo rendimiento.

El plano muestra los posibles sectores sanitarios con los centros de salud comunitarios de la red simbolizados por triángulos (verde los provinciales, rojo los municipales). De esta manera la región Rosario comprendería 24 distritos con sus centros respecti-

VOS.

2do. nivel : constituido por la transformación de los siguientes efectores : Hospital Alberdi, Estación Sanitaria San Martín y Hospital Roque Saenz Peña, en policlínicos con capacidad para dar respuesta de diagnóstico y tratamiento ambulatorio en especialidades y la interconsulta y derivación de casos que el nivel primario no pueda resolver. Teniendo en cuenta la distribución de los sectores y la densidad de población en la secciones policiales 4ta., 15ta. y 16ta., se estima necesario establecer un policlínico en un lugar estratégico de la seccional 15ta. para lo que será necesario estudiar su ubicación y el cálculo del costo de inversión en recursos físicos y materiales.

Una sugerencia podría ser la recuperación para Salud del edificio del antiguo oncológico ubicado en la calle Sarmiento y Rueda.

Se propone como modelo base la actual estructura de la Estación Sanitaria San Martín que debe ser provista del equipo y el personal necesarios para su funcionamiento a pleno durante las mismas horas de atención en los centros de salud comunitarios, más una guardia médica y de enfermería de 12 horas de manera de mantener la atención durante las 24 horas.

Cada policlínico deberá contar con 10 consultorios funcionales, además de las unidades de enfermería, radiología, laboratorio y farmacia. Comprende las especialidades de Clínica Médica, Tocoginecología, Pediatría, Traumatología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Cardiología, Dermatología, Odontología y Psicología.

El área administrativa en este nivel comprenderá, además de la administración propiamente dicha, un servicio de estadística y una

unidad de Epidemiología a cargo de los programas de investigación socioepidemiológica.

Cada policlínico será el punto de referencia de un área de salud formada por los sectores sanitarios más cercanos por su ubicación geográfica y/o por los medios de comunicación habitual. Las unidades de estadística y epidemiología abarcarán además del área del Policlínico sede, una de las próximas. De esta manera la Dirección de Epidemiología regional contará con 3 unidades descentralizadas en los policlínicos.

En el plano se dibujan las posibles áreas con los sectores y centros de salud. En ellas el policlínico aparece como un cuadrado coloreado en rojo.

De la misma manera que para los sectores, a nivel de área se deberán definir el número y características de los cargos a cubrir, debiendo luego redistribuir aquellos de las especialidades actualmente concentradas en hospitales y respondiendo a los objetivos de descentralización y conformación de una red de servicios dinámicamente interrelacionados.

3er. nivel : Constituido por hospitales referenciales de área programática. En principio y manteniendo el criterio de respetar al máximo lo existente pero iniciando un proceso de transformación para adecuarlo a las necesidades de la regionalización, pueden identificarse como hospitales referenciales los hospitales generales de agudos provinciales y municipales el Hospital Eva Perón de Granadero Baigorria, Centenario, Carrasco y Provincial de Rosario.

Cada uno de estos hospitales estaría conectado funcionalmente con los respectivos policlínicos y centros de salud comunitarios a través de las actividades programadas para su nivel.

Por supuesto que esto significa remodelación de infraestructura para algunos, reorganización de servicios y redistribución de recursos con el equipamiento necesario para un funcionamiento eficiente y eficaz de acuerdo con las necesidades y demandas de la población cubierta.

La maternidad Martín y el hospital de Niños Zona Norte serían servicios correspondientes de un programa materno-infantil pero interconectados con el hospital referencial de área más cercano. Por ejemplo Martín con Centenario y Zona Norte integrado funcionalmente con Eva Perón.

Los hospitales Albardi y Roque Saenz Peña, que se propone sean transformados en Policlínicos (2do. nivel) con área programática, merecen una consideración particular debido a que actualmente cuentan con dos salas generales una para hombres y la otra para mujeres ambas con un número de alrededor de 12 camas. El Roque Saenz Peña, además, tiene la maternidad con amplia demanda espontánea en toda la zona sur del municipio y de la localidad vecina de Villa Gobernador Gálvez. Por otra parte en este hospital se forman especialistas en tocoginecología bajo el régimen de residencia.

Teniendo en cuenta la información sobre la productividad de los hospitales generales de agudos y las dificultades presupuestarias bajo las que desarrollan sus actividades, parece ilógico en un área urbana de la dimensión de Rosario con buenos medios de comunicación, mantener 2 hospitales que por su tamaño y equipamiento puede afirmarse sin demasiado margen de error, son ineficientes. De todas maneras su transformación en policlínicos deberá considerar esta

realidad para no cometer errores en la implementación de la propuesta.

Una sugerencia para una etapa de transición, sería transformar las actuales salas generales en un servicio para internaciones breves, de horas de observación para luego decidir la conducta definitiva: alta o derivación.

En el Roque Saenz Peña mantener y perfeccionar el actual servicio de tocoginecología integrándolo a la red de servicios del programa materno-infantil regional y transformar la sala de hombres, al igual que las del Alberdi en camas de observación.

4to. nivel: Este nivel, de ámbito regional deberá organizarse para dar respuesta tanto a la demanda derivada de los hospitales referenciales como de la población de la región Rosario y de otras regiones de la provincia de Santa Fe. En él estarían incluidos el hospital de Niños Victor J. Vilela y el de emergencia Clemente Alvarez.

El caso del hospital Clemente Alvarez plantea otro tipo de problemas relacionados con su doble perfil, por un lado hospital regional de emergencia y por otro la persistencia del antiguo hospital general de agudos con servicios de clínica y cirugía, a lo que se agregan algunos servicios especializados de alta complejidad como el de Neurocirugía y el de Hemodiálisis. Por ello para su transformación en hospital regional de mayor complejidad merecerá un estudio en particular.

Otra institución importante que correspondería incorporar a este nivel de complejidad es el Instituto de Rehabilitación, antiguamente dedicado a la lucha antipoliomielítica (ILAR). En un proceso de cambio para alcanzar la estructura propuesta, habrá que considerar este caso desde la perspectiva de su integración funcio-

nal al sistema, y como un componente del programa de rehabilitación regional con servicios descentralizados hacia los otros niveles de la red.

Criterios básicos de programación

Se entiende la programación como un proceso continuo ascendente y descendente desde el sector salud con el centro comunitario hasta la organización central de gobierno del sistema siguiendo los distintos niveles y de retorno para concretarse en una serie de pasos claramente definidos en términos de normas y procedimientos para la implementación y evaluación.

Un primer criterio rector es la necesaria identificación de la población para elaborar información sobre mortalidad y cobertura que permita transformar la población abstracta original en población objetivo.

El segundo criterio o momento programático es la definición de las normas técnicas adecuadas a los problemas identificados, transformados en programas específicos: salud materno-infantil, salud del adulto, salud mental, etc.

Una vez decididas las normas, su aplicación a la población objetivo permite el cálculo de los recursos necesarios, que al compararlos con los recursos existentes sirven de sustento para la toma de decisión en base a una definición de prioridades. Sin olvidar que éstas surgen del interjuego de criterios políticos, técnico-científicos y administrativo organizacionales, en el que muchas veces el que predomina es el primero.

En tercer lugar, partiendo del concepto de programación como proceso continuo, es evidente que en cada nivel se elaboran diagnósticos, se normatiza, programan actividades y se evalúa, en forma

continua.

El proceso deberá tomar en consideración al menos los siguientes programas específicos: salud materno-infantil, atención integral del adulto, salud mental, salud oral, epidemiología y desarrollo de recursos humanos.

La puesta en práctica de la reorganización del sector de acuerdo a la propuesta obliga a un profundo cambio del actual organograma de la Secretaría de Salud Municipal. En la nueva organización deberá contemplarse la creación de una unidad responsable de la coordinación de los trabajos de planificación y programación del nuevo modelo de atención de la Salud en Rosario.