



McGill



**Certificado Universitario de competencias específicas en Gestión
Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de Atención
Primaria de la Salud**

**Centro de Estudios Interdisciplinarios
Universidad Nacional de Rosario**

Cohorte: 2016

Tutora: Duarte Romina

Fecha de entrega: 11 de marzo de 2018

Estudiante: Cioffi Estefanía

Diseño de gestión situado y participativo para mejorar la accesibilidad a la atención médica a niños y niñas del área de referencia del CeSAC 24 de la CABA en el marco de la implementación de innovaciones desde la Secretaría de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria del Ministerio de Salud de la CABA durante el año 2018.

Resumen

Este trabajo presenta por un lado un análisis de las barreras a la accesibilidad y la continuidad de la atención en la dación de turnos de atención médica de niños y niñas del Centro de Salud y Acción Comunitaria N° 24 de la CABA y de las características, limitaciones y potencialidades de la propuesta de innovación en implementación de la Secretaría de atención primaria, ambulatoria y comunitaria del Ministerio de Salud de GCBA a partir de diciembre de 2015.

En este contexto se realiza una propuesta de cambio organizacional en la dación de turnos para contribuir a mejorar la accesibilidad y la continuidad en la atención médica de niños y niñas, desde una perspectiva de APS, con una propuesta de gestión desde una lógica de liderazgo colectivo, participativa y situada.

Palabras clave: accesibilidad, innovación, liderazgo colectivo, equipos de referencia.

Descripción del problema

Problema a abordar:

Falta de acceso a turnos de atención médica para niños y niñas en el CeSAC 24 de CABA en el marco de la implementación de la propuesta innovadora de la Secretaría de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria

Justificación:

Circula la noción entre los trabajadores y trabajadoras del centro de salud y en el barrio que no hay manera de responder a la demanda, que siempre sobrepasará la capacidad de respuesta, que no hay forma de evitar las largas colas desde las 3hs de la madrugada para lograr tener un turno para atención médica, incluso se conoce que se venden turnos, como servicio de gestoría.

El acceso a la atención médica de niños y niñas con médicas generalistas y pediatras de planta y de la residencia de medicina general se realiza a través de múltiples mecanismos. Las primeras cuentan con turnos para la atención en el día. El mecanismo consiste en sacar turno a las 7hs de la mañana y la atención se realiza ese mismo día por la mañana o por la tarde, la cantidad de turnos que se entregan figuran en un pizarrón en una de las entradas del CeSAC, esto es modificado todos los días por lo cual es muy difícil tener previsibilidad. Se clasifica en clínica médica, niño “sano”, niño “enfermo” y ginecología. Se entregan 15 turnos por médica por módulo de mañana o tarde. Esto implica que los turnos son de aproximadamente 15 minutos. Además, la enfermería atiende por demanda espontánea y resuelve la mayoría de estas, cuando no es posible se solicita la atención a las médicas que estén presentes. Por último, existe lo que se suele llamar demanda de “pasillo”, usuarios y usuarias que conocen a la médica la esperan en el pasillo y solicitan atención si no consiguieron turno.

La metodología descrita genera una tensión entre la dirección y el equipo de gestión del centro de salud con el equipo de salud ampliado, especialmente con profesionales médicas. Desde el equipo de gestión respaldan esta metodología con el argumento de negociaciones con referentes sociales que solicitan este tipo de

organización del acceso a la atención médica y con la necesidad de “rendir cuentas” en números de atención con la Secretaría de Atención Primaria. Por su parte, las médicas plantean una discusión sobre la calidad de atención que se brinda con turnos de 15 minutos y la imposibilidad de realizar seguimientos longitudinales. A su vez, no existen espacios de organización y encuentro como podrían ser reuniones de equipo por lo cual resulta dificultoso lograr un liderazgo colectivo que permita traccionar transformaciones.

Por otro lado, existen programas específicos que buscan facilitar el acceso y generalmente los equipos que los sostienen son interdisciplinarios. Los profesionales abocados a estas temáticas lo hacen como parte de sus tareas y no de manera exclusiva. La configuración de cada uno de los dispositivos se ha debido a distintos motivos como por ejemplo la alta prevalencia de un problema de salud (tuberculosis), como respuesta a una demanda (postas de salud), como respuesta a programas centrales (salud del escolar), como respuesta a la necesidad de abordar las etapas del crecimiento y crianza de forma colectiva (grupo de crianza (1 a 5 años), grupo de vínculo temprano (0 a 1 año) o como respuesta a problemáticas complejas (juegoteca de discapacidad).

Por último, el acceso a la atención con la residencia de medicina general tiene grandes diferencias ya que se considera a la residencia como formación en trabajo y por lo cual tiene espacios “cuidados”. Por un lado, cada residente tiene una determinada población a cargo con una lista de usuarios que se encuentra en administración, como usuario o usuaria al estar inscripto en esa lista se puede sacar turno programado con 1 o 2 semanas de anticipación con ese médico o médica residente. Actualmente para ser parte de esa lista alguna persona de la residencia tiene que haber realizado la inclusión, se prioriza a personas o familias con mayores niveles de vulnerabilidad y dificultades para el acceso estos criterios son evaluados por las jefas de residentes y por otro lado se da continuidad de atención en casos de mujeres que realizaron sus controles prenatales con la residencia y sus hijos e hijas. Además, existe un dispositivo de atención a pacientes con enfermedades o problemas crónicos y/o complejos que acceden con mayor facilidad a los turnos y se atienden 1 día a la semana con criterios de inclusión al dispositivo. Por último,

se realiza atención en domicilio con un equipo interdisciplinario al cual también se ingresa con determinados criterios.

Accesibilidad:

Según la ley Básica de Salud de CABA n°153/99 tiene por “objeto garantizar el derecho a la salud integral [...] rigen en el territorio de la Ciudad y alcanzan a todas las personas sin excepción, sean residentes o no residentes de la ciudad de Buenos Aires”¹. Según la misma ley “la garantía del derecho a la salud integral se sustenta en el principio de Cobertura universal de la población”. Sin embargo, entendiendo a la accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios y tanto unos como otros, contendrían en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse² vemos que la accesibilidad no se garantiza sólo con una ley.

Este vínculo se construye a partir de la una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.

En este sentido podemos encontrar algunas barreras al acceso a los servicios del centro de salud. En cuanto a la la dimensión geográfica podemos evidenciar una barrera para ciertos barrios o asentamientos más alejados o separados del centro de salud por una autopista³, o por una vía de premetro.

En cuanto a la económica, que hace referencia a la capacidad financiera para acceder a los servicios, las barreras se traducen en la pérdida de la jornada laboral o del pago de la misma al ausentarse de empleos no formales por la necesidad de concurrir al centro de salud en un horario restringido (8 a 16hs) y desde horas de la madrugada para

¹ Ley Básica de Salud n°153/99, Boletín Oficial 703, Buenos Aires, 1999.

² Comes, Yamila, Solitario, Romina, Garbus, Pamela, Mauro, Mirta, Czerniecki, Silvina, Vázquez, Andrea, Sotelo, Romelia, & Stolkiner, Alicia. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones, Disponible en* http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019&lng=es&tln g=es.

³ Brunetti, R; Cioffi, E; De Lellis, B; Escalante, L; Rubio C. Amanecida como un Querer, ASIS. Centro de Salud N°24, CABA 2014

conseguir un turno de atención en el día. Además, la dimensión económica se evidencia en la barrera al acceso de medicación que no forma parte de la canasta básica de fármacos que puede entregar el centro de salud, generando gasto directo de bolsillo (expresado como una de las principales barreras de la cobertura universal)⁴.

La barrera administrativa, que tiene que ver con los aspectos burocráticos que se ponen en juego para acceder, podemos verla reflejada en los horarios acotados de la entrega de turnos y la posibilidad de acceder sólo durante el día a la atención y no de forma programada.

Por último, podemos tomar la dimensión simbólica propuesta por Comes, aludiendo al universo simbólico construido por cada sujeto, considerando que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras.

Una barrera que resulta muy clara en el relato es la forma de adquisición de turnos a través de etiquetas que fragmentan la atención “niños sanos” “niños enfermos”, cuando todos los usuarios que solicitan atención pueden ser atendidos por la misma médica generalista de planta. Un ejemplo muy claro de esto se da en la atención de adultos, cuando una mujer saca un turno para la mañana por cefalea a “clínica médica” y otro para la tarde para consultar por un sangrado genital a “ginecología” y es atendida por la misma médica generalista en ambas ocasiones. Fragmentando la concepción de salud por problemáticas.

Es importante mantener la distinción entre acceso y uso de servicios de salud; acceso y continuidad del cuidado; y de acceso y efectividad de los cuidados prestados. El uso de servicios puede ser una medida de acceso, pero no se explica apenas por él⁵. El uso efectivo de los servicios de salud resulta de una multiplicidad de factores, la continuidad

⁴ Ase Ivan, Buriyovich Jacinta. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud colectiva [Internet]. 2009 Abr [citado 2017 Mar 07] ; 5(1): 27-47. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003&lng=es.

⁵ Comes Y; Stolkiner A. “Si pudiera pagaría”: estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. XII Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología. 2004; pág 137-143.

también depende de situaciones distintas de aquellas que definen la entrada al sistema, lo que indica la importancia de que sea analizada en sus particularidades.

La continuidad en la atención puede ser analizada en distintas dimensiones. En primer término la continuidad de relación, entendiéndose como la relación que se establece entre ambos el usuario o usuaria y el personal de salud, la que dependerá de la duración y del tipo de cuidado involucrado, en este aspecto resulta importante la estabilidad y consistencia del personal⁶. El acceso a la atención únicamente a través de la demanda espontánea en el día (7hs) para cualquier tipo de atención, ya sea por un padecimiento actual, para realizar controles de salud o el seguimiento de una enfermedad crónica dificulta la continuidad por una misma médica generalista o pediatra. Desde la perspectiva de los usuarios y usuarias “la carrera del enfermo” de E. Menendez⁷, son estos quienes encuentran sus propias estrategias para lograr una mayor continuidad, ya sea buscando turnos de la demanda espontánea o por “pasillo” sólo los días que trabaja esa profesional. Esto lo “aprenden” por sus propios medios porque no hay carteleras que indiquen qué días atiende cada profesional sino que la disponibilidad de turnos está expuesta con el número de turnos por etiquetas como “niño sano”, “niño enfermo”.

La continuidad en la información en el Centro de Salud se encuentra actualmente en un proceso de transición. Recientemente se inició el uso de la historia clínica electrónica la cual trae como beneficio un mejor acceso a la información, facilidad para la lectura, mejor comprensión de las evaluaciones de otros profesionales, menores trámites administrativos que facilitan su uso continuado y constante. Esta innovación propuesta por la Secretaría de APS genera igualmente tensiones al perder el uso de historias clínicas familiares históricas que reflejan procesos de atención de muchos años y permiten una visión integrada, familiar y, por otro lado, la desconfianza que genera el uso de información confidencial por el Ministerio de modernización del gobierno de la ciudad.

⁶ Estrategias de acción para el fortalecimiento de la Continuidad Asistencial Unidad I Mg. Miriam Pini

⁷ Menéndez, E (2010) “De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva”. Buenos Aires, Lugar Editorial.

Por último, el uso en el segundo nivel de otros sistemas de registro dificulta esta continuidad.

En cuanto a la continuidad en la gestión existe una desarticulación casi total entre los distintos niveles de atención sólo presentes a nivel de redes informales impidiendo garantizar la continuidad.

Esta metodología de acceso fomenta la llamada ley de cuidados inversos⁸ de Hart “cuantos más servicios se precisan, menos se reciben; y esto se cumple más cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario”. Por la falta de flexibilidad y de participación por parte de las profesionales y la comunidad no rige en la planificación de acceso a turnos el enfoque de vulnerabilidad de forma transversal. Entendiendo a este enfoque como se propone en el texto “Los aportes de la epidemiología a la gestión modelos de causalidad y vulnerabilidad” de Juan Herrmann, como aquel que recupera la dinámica del proceso de salud-enfermedad-cuidado, en un contexto social, político, cultural, que se modifica, que permite singularizar en familias o personas, que busca evidenciar procesos protectores o destructivos⁹, valorando los posibles recursos destinados a enfrentar la situación y que pone en relieve la susceptibilidad como un atributo colectivo, ya que todos los integrantes de un grupo comparten los mismos modos y condiciones de vida.

Desde la Secretaría de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria, creada en diciembre de 2015, la propuesta de innovación planteada es la conformación de equipos básicos de salud con población nominalizada a cargo con una base territorial. En este sentido se avanzó en la informatización de los centros de salud y la incorporación de nuevos profesionales para la conformación de equipos básicos con población adscripta, entre otras propuestas. Para la implementación se realizaron concursos de profesionales para conformar los nuevos equipos que se sumarían a los equipos ya conformados en los centros de salud, en el CeSAC n° 24 ingresaron 3 pediatras, 2 médicas y 1 médico

⁸ Tudor Hart, Julian (1971) “The inverse care law”. revista The Lancet , Volume 297 , Issue 7696 , 405 - 412

⁹ Breilh, J. “Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad”. CABA: Lugar Editorial, 2003.

generalista y 3 enfermeras. Quienes se incorporaron a la metodología de trabajo del centro de salud antes descrita sin realizar una adscripción territorial ni nominalizar población a cargo. Respecto a la informatización se instalaron computadoras en todos los consultorios, se instaló una red de internet móvil que resulta deficiente por la capacidad instalada en el barrio que no permite un funcionamiento eficiente de la red en las mismas condiciones que en otros centros de salud de la ciudad. Además, se realizaron capacitaciones para el uso de la herramienta con todos los profesionales (de 30-60 minutos con cada uno). Por último, la Secretaría está diseñando un plan de cuidados progresivos que permita una mejor articulación entre los niveles de atención.

Resulta evidente que no se realizó un adecuado análisis de las capacidades situadas para la formulación y la implementación de esta política pública innovadora.

Objetivos del trabajo

- Analizar las barreras a la accesibilidad y la continuidad de la atención en la dación de turnos de atención médica de niños y niñas del Centro de Salud y Acción Comunitaria n° 24.
- Analizar las características, limitaciones y potencialidades de la propuesta de innovación en implementación de la Secretaría de atención primaria, ambulatorias y comunitaria del Ministerio de Salud de GCBA.
- Elaborar una propuesta de cambio organizacional en la dación de turnos para contribuir a mejorar la accesibilidad y la continuidad en la atención médica de niños y niñas en el Centro de Salud y Acción Comunitaria n° 24.

Objetivo de gestión

- Proponer un cambio organizacional en la dación de turno para aumentar la accesibilidad y la continuidad en la atención médica de niños y niñas en el Centro de Salud y Acción Comunitaria n° 24.

Descripción de la organización:

Caracterización del espacio de trabajo:

El Centro de Salud y Acción Comunitaria n° 24 “María Eva Duarte de Perón” está localizado en el Barrio de Villa Soldati. Pertenece al sub-sistema público de salud, específicamente a la Secretaría de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria de la CABA y tiene al Hospital Piñero como hospital de segundo nivel de referencia.

Se encuentra en la Comuna 8, ubicada en el sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Presenta indicadores sociales que reflejan la situación de inequidad con respecto al general de la Ciudad.

Para el CeSAC se estima actualmente una población de referencia de 25.000 personas, siendo que en el año de su inauguración (1993) la misma era de alrededor de 3000 personas.

Existen 11 núcleos poblacionales de muy diversas características en el área de referencia del CeSAC. Estos son los barrios Ramón Carrillo, 26 de Junio, Las Palomas y San Francisco todos barrios construidos por el Instituto de Vivienda de la Ciudad (IVC), la villa¹⁰ urbanizada Los Piletones, las villas Fátima, La Esperanza, Los Pinos y Calacita, y el asentamiento La Veredita. Se detalla en anexos (tabla 1) los distintos núcleos poblacionales del área de referencia del CeSAC n° 24 y la población estimada en cada uno de ellos.

Caracterización epidemiológica:

¹⁰ Censo 2010. Situación y caracterización de los asentamientos precarios en la Ciudad de Buenos Aires. Año 2010 INDEC

Villa: asentamiento poblacional no planificado, de trazado irregular, surgido de la ocupación ilegal de terrenos fiscales, cuyas viviendas originalmente de materiales de desecho son mejoradas a lo largo del tiempo por sus habitantes y van incorporando servicios públicos y equipamiento comunitario por la acción del Estado, y/o de instituciones de la sociedad civil. Las villas de la CABA se encuentran, en su mayoría, en proyecto de urbanización e incorporación a la trama urbana y poseen saneamiento básico (provisión de agua potable, disposición de excretas y de residuos), sin las condiciones y calidad del servicio del resto de la ciudad.

Asentamiento: grupo de personas asentadas irregularmente sobre predios estatales o privados que no pueden ser urbanizados, ni destinados a un uso residencial. Se localizan, en su mayoría, debajo de un puente, a la vera de las vías del ferrocarril, en una plaza pública, en un predio baldío, en terrenos inundables, etc. Las construcciones son muy precarias y no cuentan con servicios urbanos. Las condiciones habitacionales son, de hecho, de absoluta transitoriedad.

Para describir en términos epidemiológicos a la población tomaré como referencia datos de la Comuna 8, que además de incluir Villa Soldati incluye al barrio de Villa Lugano y Villa Riachuelo.

Sociodemográficos¹¹

Según la Encuesta anual de hogares de la CABA (EAH 2016) en la Comuna 8 el grupo etario de menores de 19 años acumula un 37.3%, siendo el porcentaje de la ciudad un 25%. En el otro extremos los mayores de 70 años son el 6.3% en la comuna y el 10.8% en la ciudad. Caracterizando de esta forma a una población joven. La esperanza de vida es la más baja de la CABA llegando a 66.2 años en varones y 75 en mujeres comparado con 73.6 y 81 años del total de la ciudad.

En cuanto a la ocupación la EAH informa que en la Comuna el 65% de los jefes o jefas de hogar están ocupados y el 5,6% desocupado, en la ciudad esos porcentajes son del 72.1% y 2,9% respectivamente.

La población migrante de países limítrofes de la comuna es la más alta de la ciudad, llegando al 15.1%, el promedio en la ciudad es del 7.1%.

El promedio de ingreso per capita en mayores de 10 años es el menor de toda la ciudad, siendo de \$7.155 en 2015 (EAH). El 54% tiene ingresos menores a la canasta total, comparado con un 25% de toda la CABA.

En cuanto a las necesidades básicas insatisfechas (NBI) se puede observar en el mapa en anexos que en Villa Soldati el porcentaje es de los más altos de la CABA, superando el 50%. El nivel de hacinamiento de la Comuna 8 en su conjunto llega a ser el 2° más elevado de la ciudad con un 17.2% y hacinamiento crítico (más de 3 personas por habitación) del 3.8% comparado con el 8.7 y 1.3 % para el total de la ciudad.

Transporte público:

¹¹ Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA), Anuario Estadístico 2016, Ciudad de Buenos Aires, 2017.

Para acceder al barrio existen sólo dos medios de transporte público, colectivo línea 46 y premetro, ambos suspenden su servicio durante la noche y ninguno conecta el barrio con el Hospital de Referencia.

Sistema de Salud:

“El subsector público de salud de CABA constituye la única cobertura de salud para grupos poblacionales socioeconómicamente frágiles”¹² y su demanda se articula con los corredores sanitarios que la población realiza al tratar de satisfacer la misma según la accesibilidad a los servicios. En cuanto a la cobertura, de CABA, menos de un cuarto de su población (20%) se atiende exclusivamente en el subsector público. La población que reside en la Zona Sur (Comunas 4, 8, 9, 10) es la que más utiliza el sistema público de salud 31,4% en comparación con las comunas del norte (2, 13, 14) en donde sólo el 4,8% utiliza como único efector al sistema público. Específicamente en la Comuna 8 el 49.6%% de la población tiene sólo cobertura del sistema público. Teniendo en cuenta estos datos resulta paradójico que no exista en esta comuna un hospital de segundo nivel en funcionamiento.

Organización del espacio de trabajo

El equipo de trabajo del CeSAC está conformado por:

- Equipo de gestión del CeSAC 24: directora y profesionales de planta con larga trayectoria en el CeSAC (2 trabajadoras sociales, psicólogo, ginecóloga, lic. en educación, fonoaudióloga).
- Médico y médicas planta con contrataciones previas a las nuevas contrataciones en el marco de la propuesta de innovación por parte de la Secretaría de AP (4 generalistas, 2 pediatras, 1 psiquiatra infanto-juvenil).

¹² Pertino, Inés, and Mariela Rossen. *Los Caminos De La Salud En El área Metropolitana De Buenos Aires*. Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2008.

- Médico y médicas de planta con contratos en el marco de la propuesta de innovación por parte de la Secretaría de AP (3 generalistas y 3 pediatras).
- Enfermeras de planta con contrataciones previas a la propuesta de innovación por parte de la Secretaría de AP (2)
- Enfermeras de planta con contrataciones en el marco de la propuesta de innovación por parte de la Secretaría de AP (3)
- Trabajadoras sociales de planta (4)
- Otras disciplinas profesionales de planta: psicología (3), nutrición (1), kinesiología (1), terapia ocupacional (1), fonoaudiología (2), lic en educación (1), farmacia (1), odontología (3).
- Administración: 6 mujeres con formación como promotoras de salud que luego fueron contratadas para tareas de administración en ventanilla (5) y como auxiliar de farmacia (1).
- Residencia de medicina general y familia (12).
- Residencia de enfermería general, integral y comunitaria (8).
- Residencia de trabajo social (1 / 2).
- Residencia interdisciplinaria de educación y promoción de la salud (7)

Según datos¹³ ingresados por el sistema de informática del Centro de Salud, se realizaron alrededor de 90.000 consultas en un año (junio 2015-mayo 2016) incluyendo todas las disciplinas, tanto médicas como no médicas. A través del anuario estadístico¹⁴ del 2016 del Ministerio de Hacienda de la ciudad (ver anexos) se informa que el CeSAC 24 es el segundo en cantidad de consultas médicas de la ciudad en 2015, entre estas 12213 de medicina general familiar y 5779 de pediatría. Los datos otorgados no permiten la diferenciación entre adultos y niños en la atención de las médicas generalistas y de la residencia.

Si comparamos la oferta de atención por turnos para en el día (en términos de

¹³ Información de producción propia, Julio 2016

¹⁴ Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA), Anuario Estadístico 2016, Ciudad de Buenos Aires, 2017

número de consultas) con los turnos brindados por dispositivos como el grupo de crianzas, vínculo, etc, la primera supera ampliamente a la segunda. Sin embargo, los equipos interdisciplinarios por problemas de salud han buscado distintas estrategias para mejorar el acceso y el seguimiento de usuarios y familias con problemáticas complejas.

Perspectivas de APS:

En cuanto a las perspectivas de APS, tomando como marco teórico lo propuesto en el artículo: “La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?¹⁵”. por un lado se pueden encontrar características de APS como primer nivel de atención ya que desde el gobierno de la CABA la Secretaría de AP que nuclea a los centros de salud del primer nivel no incluye a hospitales de 2do y 3er nivel bajo su influencia, lo que refleja la concepción de APS como sinónimo de primer nivel de atención. Si bien se aplican y llevan adelante distintos planes y programas por núcleos problemáticos, no se organiza la atención en base a los mismos ni se centran las prácticas en ellos. Ejemplos de ellos son: tuberculosis (local), SSyR (CABA), discapacidad (local), remediar (Nación), etc. Por lo tanto a perspectiva de APS selectiva no se corresponde con el trabajo en el CeSAC.

Finalmente, desde el centro de salud en particular se puede decir guían el trabajo los valores, principios y elementos de la estrategia de APS e se intenta trabajar con una perspectiva de derechos acorde a la perspectiva de APS como filosofía, con acciones concretas en interdisciplina, intersectoriales y proponiendo la participación a nivel local.

Descripción de la intervención:

¹⁵ Ase Ivan, Burijovich Jacinta. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. Salud Colectiva [Internet]. 2009 Abr [citado 2017 Mar 06]; 5(1): 27-47. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1590/S1851-82652009000100003>.

La propuesta busca realizar un diseño de gestión situado y participativo de acceso a atención médica a niños y niñas del área de referencia del CeSAC 24. Los lineamientos principales son:

- Conformación de equipos de referencia con población nominalizada a cargo y adscripción territorial con turnos programados.
- Demanda espontánea a través de una estructura de acogimiento a cargo de enfermería, administración y promotoras de salud
- Continuidad de los programas para generar accesibilidad por problemas de salud.

Accesibilidad y continuidad de la atención

Como estrategia para el fortalecimiento de la continuidad asistencial, Pini¹⁶ propone diseños organizacionales matriciales con esquemas de responsabilidad geográfica o poblacional.

De Souza Campos¹⁷ plantea que cada servicio de salud debería, en función de sus capacidades y las características del contexto, elaborar una estrategia propia de conformación de equipos de referencia. Para el primer nivel de atención postula como modelo teórico un equipo conformado por un médico o médica generalista o pediatra con clínica, una enfermera y una promotora de salud para población adscripta de entre 1500 y 3000 personas. “Conforme con la disponibilidad de recursos, cada equipo mínimo, podría contar con médicos, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos, o, en caso de haber menor disponibilidad de profesionales, se ubicaría a estos profesionales más escasos en la línea de apoyo matricial. Es decir, estos profesionales integrarían el trabajo de un determinado número de equipos de referencia siempre que su trabajo fuese considerado

¹⁶ Pini Miriam A.- Estrategias de Fortalecimiento de la Continuidad de atención- Material elaborado para la Diplomatura en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de APS.2013

¹⁷De Souza Campos, Gastón W. Equipos matriciales de referencia y apoyoespecializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud. 1998. Disponible en <https://www.rosario.gov.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf>

prioritario o necesario.” Así mismo se plantea que un miembro de un equipo de referencia podrá a su vez llevar adelante una tarea matricial.

En primer término se propone la conformación de “equipos de referencia” compuestos por una pediatra, una generalista, una enfermera, una promotora de salud y una trabajadora social cada 2 equipos, con población a cargo de un territorio específico del área de referencia del centro de salud. Inicialmente se adscribirá esa población de forma progresiva priorizando a aquellos con mayor vulnerabilidad y al vínculo histórico de las profesionales con las familias y con el territorio específico asignado. Estos criterios y priorización se evaluarán y llevarán a cabo por el equipo de referencia en conjunto con referentes sociales y de las instituciones de ese territorio.

Como se describió previamente, la población que depende exclusivamente del sistema público en la Comuna 8 alcanza el 44% de la población, sin embargo en los últimos Análisis de Situación Integral de Salud hechos por el equipo de salud del CeSAC en los años 2017 y 2016 este número era de alrededor del 60%, se agrega además que la población que cuenta con obra social también puede hacer consultas en el subsector público. Sin embargo, no toda la población del área de referencia con cobertura por el sistema público utiliza el CESAC n°24 ya que existen otros efectores en la zona como el CeSAC n° 6, La “comunitaria” y la “salita” de Margarita Barrientos (referente barrial).

Con el recurso humano actual descripto previamente se formarían 6 equipos matriciales, uno de ellos conformado por dos generalistas (en reemplazo a pediatría), así mismo 2 trabajadoras sociales y una enfermera deberían tomar 2 equipos. Si tomamos el modelo de Rosario respecto del número de población por equipo de 1000 personas por equipo, con este esquema se cubriría sólo a un 23% de la población, que, como ya se expresó, es de aproximadamente 25000 personas.

Cada médica del equipo tendrá espacios de atención ambulatoria con turnos programados para las familias de la población a cargo, estos turnos serán entregados en la administración contando con un listado/fichero de población adscripta por equipo y por las mismas médicas para realizar recitaciones. Los turnos serán de 20 minutos y de 30

minutos para personas con problemas de mayor complejidad buscando espacios de mayor escucha, abordaje integral y mejor calidad de atención.

Para la implementación de los equipos de referencia es preciso contar con una organización matricial del resto de los profesionales del equipo que alberguen demandas disciplinares y que puedan constituir respuesta interdisciplinares en conjunto con los equipos de referencia ante problemáticas complejas que lo demanden. Así es que en esta propuesta de innovación se incluye la permanencia de programas por problemas de salud, que a la luz de la reconfiguración de la atención y las demandas de la población se irán evaluando y reestructurando.

Proceso de innovación situado

Resulta imperioso a la hora de implementar políticas públicas innovadoras como la propuesta de la Secretaría de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria la necesidad de una planificación situada en una serie de coordenadas históricas y culturales para poder comprender y explicar la esencia de los problemas sociales, la construcción de la demanda, el sentido de ésta, lo que se oculta detrás y lo que se naturaliza. En palabras de Carballada¹⁸ “en diálogo con la práctica cotidiana, especialmente si se pone el acento en los procesos discursivos que se dan en su interior y en las diferentes construcciones que genera, teniendo en cuenta, también, que a partir de estos procesos discursivos se presentan, emergen, desaparecen o quedan latentes determinados enunciados, categorías, marcos teóricos y corrientes de pensamiento.”

Los diferentes escenarios donde se desarrolla la práctica concreta y cotidiana se presentan como uno de los primeros espacios a observar y trabajar como proceso de análisis; allí donde lo macro social se entrecruza inexorablemente con lo micro, construyendo series singulares de inscripción tanto subjetivas como contextuales.

¹⁸ Carballada, AJM. “La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales” Trabajo Social UNAM VI Época • Número 1 diciembre 2010 Ciudad de México [p. 46 - 59].

Es necesario como expresa Débora Ferrandini ¹⁹“construir capacidades para reconocer necesidades heterogéneas y complejas y desarrollar con la gente respuestas peculiares a esas necesidades. De allí la permanente búsqueda de un modelo de gestión que permita la constitución de los trabajadores de salud como sujetos protagonistas, en permanente revisión y remoción de las barreras con que las instituciones obstruyen la participación de la gente en la construcción de su derecho a la salud.”

La conceptualización realizada por Merklen²⁰ sobre los barrios populares en donde existe un contexto de inestabilidad, principalmente ligado a la relación informal con el trabajo y con las instituciones públicas, que genera como consecuencia incertidumbre en lo cotidiano y se opone a la posibilidad de planificación, de organización de la vida nos permite pensar una intervención que tenga una flexibilidad tal que de cuenta de esta inestabilidad.

En este sentido se puede justificar la necesidad de la existencia de un diseño de acceso a la atención que incluya la demanda espontánea además de la atención programada. Para esta estrategia se propone formalizar la atención por demanda en enfermería realizando una adaptación del modo organizacional del acogimiento²¹, respecto a la conformación de los equipos de atención y la organización de la misma.

Se propone organizar equipos de acogimiento compuestos por una enfermera y una promotora de salud/administrativa. Este equipo evaluará el requerimiento de atención, por ejemplo de tratarse de una demanda por un control de salud, seguimiento de una enfermedad crónica, atención por trámite de déficit habitacional redireccionará la atención a un turno programado con el equipo de referencia que le corresponda. En cambio de tratarse de una demanda “aguda”, por ejemplo una crisis asmática o un dolor abdominal agudo el equipo de acogimiento realizará una evaluación inicial y de requerir

¹⁹ Ferrandini D, Documento utilizado para la discusión al interior de los equipos de APS de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario en el año 2003. En boletín Capacita Salud. Feb 2017.

²⁰ Merklen, D. “Pobres ciudadanos: las clases populares en la era democrática. 2ed. Buenos Aires. Ed. Gorla. Pág. 188-210.

²¹ Franco T, Merhy E, Bueno W. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):345- 353, abr-jun, 1999

atención médica o de otra disciplina la articulará con profesionales dedicadas en ese horario a la atención de la misma sin turnos programados.

Por otra parte, esta vida en los barrios populares encuentra estabilidad en las estructuras de lo relacional: la familia, el barrio, la religión, las organizaciones sociales. Este mundo de relaciones con base territorial se convierte en sostén del devenir de los sujetos y las familias y les brinda estabilidad. El centro de salud en el caso del área de referencia cumple un rol dual en este anclaje de institución que pone barreras a la accesibilidad y de institución con base territorial que da anclaje a la vida social.

El diseño del proyecto al tener equipos de referencia adscriptos a un territorio específico dentro del área de referencia permite planificar actividades de promoción y educación para la salud y prevención de enfermedades con esa población trabajando intersectorialmente con las instituciones presentes en ese recorte territorial. Pudiendo de esta forma promover el tejido territorial que pueda funcionar como sostén de los niños, niñas y familias y de las intervenciones que llevemos a cabo.

Liderazgo colectivo y gestión de las contradicciones

Resulta fundamental para la implementación de cualquier cambio organizacional tener una noción de procesos de cambio y de liderazgo colectivo. Como se describió en el problema situado, la propuesta de innovación llevada adelante de manera vertical por la Secretaría de AP encontró una limitación en su implementación al no haber contemplado el manejo de las contradicciones que ineludiblemente surgirían al intentar un cambio en un arreglo organizacional en una institución de 25 años con lógicas propias ya instituidas y con arraigo territorial.

Dice Báscolo²² "La consideración de "proceso" de cambio remite a reconocer diferentes lógicas de APS, con diferentes concepciones y prácticas de salud que se

²² Báscolo E, Yavich N. (2014) "Liderazgo colectivo y capacidades para producir lógicas de APS en los sistemas públicos de salud en América Latina. Un estudio de casos". Material elaborado para el módulo Innovaciones institucionales: liderazgo en el desarrollo de iniciativas de APS de la Diplomatura en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de APS.

sucedan durante el proceso de recomposición del sistema de servicios de salud. Esta perspectiva contrasta con una mirada de la APS como modelo único, acabado y excluyente en reemplazo dicotómico de las lógicas tradicionales ya embebidas en los sistemas de servicios de salud.”

El liderazgo que debe llevar la acción colectiva de transformación de los servicios de salud debe tener carácter colectivo; es decir incluir a todos los actores involucrados en la toma de decisiones; relacional, incorporando a estos actores desde distintos campos; y dinámico, teniendo flexibilidad para ir cambiando en función de las distintas lógicas de APS que pueden ir sucediéndose.

Para el caso de Rosario, descrito por Rovere²³, se constituyeron equipo de gestión local compuesto no sólo por quienes tenían funciones jerárquicas sino por todos los miembros del equipo que quieran involucrarse y se incluyeron y promovieron espacios de asamblea con la comunidad, incluso se pusieron en debate presupuestos participativos.

En este sentido se propone la conformación de asambleas barriales de salud en donde participen referentes de la secretaría, profesionales del centro de salud y de la comunidad. Para la conformación y convocatoria de estas asambleas se utilizarán los procesos cartográficos de 25 años de trabajo del CeSAC. Se buscará abordar en forma creativa y participativa el problema de accesibilidad y la implementación paulatina de la propuesta.

Resultados y análisis de la intervención

Al tratarse de un diseño de intervención se realizará la evaluación correspondiente luego de realizar la presentación de la propuesta al equipo de gestión y de ser aprobada, luego de su realización posterior.

Conclusiones del trabajo

²³ Idem 11.

Este trabajo es una propuesta de intervención situada, es decir en un contexto social y político específico, en un espacio de trabajo específico con una historia de 25 años de trabajo con una forma de organización específica. En este sentido se busca realizar una propuesta para llevar a cabo una intervención innovadora que tenga en cuenta todos estos aspectos, que los recupere, que los ponga en juego y busque construir las condiciones necesarias para que la propuesta sea realizable.

La organización actual de atención médica de niños y niñas por turnos entregados en el día y por programas tiene un fuerte arraigo tanto en el equipo de gestión del CeSAC como en el equipo de salud ampliado y en la comunidad, esta característica ha sido una limitación fuerte a la implementación de los equipos básicos propuesta desde la Secretaría de Atención Primaria Ambulatoria y Comunitaria del Ministerio de Salud de la CABA.

A su vez, el intento de implementación por parte de este organismo se realizó de forma vertical, con prácticamente nula participación por parte del equipo de gestión del CeSAC y de los trabajadores y trabajadoras y sin participación de la comunidad.

Por último, la falta de una propuesta situada que conciba el contexto social y político del territorio donde se realizará la propuesta pasa a ser una propuesta vacía, calco y copia de propuestas a otros centros de salud de otros territorios de la ciudad.

La propuesta detallada en este trabajo busca mejorar la accesibilidad a la atención médica de niños y niñas del área de referencia del centro de salud desde una perspectiva de APS, con una propuesta de gestión desde una lógica de liderazgo colectivo, participativa y situada.

Bibliografía

- Ley Básica de Salud n°153/99, Boletín Oficial 703, Buenos Aires, 1999.
- Comes, Yamila, Solitario, Romina, Garbus, Pamela, Mauro, Mirta, Czerniecki, Silvina, Vázquez, Andrea, Sotelo, Romelia, & Stolkiner, Alicia. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019&lng=es&tlng=es.
- Aranda, G. I.; De Santi, O.; Kotzarew, T. E.; Olaondo, A. I.; Strok, F.; Szlain, P. L.; Vulliez, J. M. "Los microbios son unas pobres causas: ASIS Carrillo II". Centro de Salud N°24, CABA: 2012.
- Brunetti, R; Cioffi, E; De Lellis, B; Escalante, L; Rubio C. Amanecida como un Querer, ASIS. Centro de Salud N°24, CABA 2014.
- Ase Ivan, Buriyovich Jacinta. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud colectiva* [Internet]. 2009 Abr [citado 2017 Mar 07]; 5(1):
- Comes Y; Stolkiner A. "Si pudiera pagaría": estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. XII Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología. 2004; pág 137-143.
- Menéndez, E "De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva". Buenos Aires, Lugar Editorial, 2010.
- Tudor Hart, Julian "The inverse care law". revista *The Lancet* , Volume 297 , Issue 7696 , 405 - 412, 1971.
- Breilh, J. "Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad". CABA: Lugar Editorial, 2003.
- Pertino, Inés, and Mariela Rossen. "Los Caminos De La Salud En El área Metropolitana De Buenos Aires". Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, 2008.

- Carballeda, AJM. "La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales" Trabajo Social UNAM VI Época, Número 1, [p. 46 - 59] diciembre Ciudad de México, 2010 .
- Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA), Anuario Estadístico 2016, Ciudad de Buenos Aires, 2017.
- Pini Miriam A.- Estrategias de Fortalecimiento de la Continuidad de atención- Material elaborado para la Diplomatura en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de APS.2013
- De Souza Campos, Gastón W. Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud. 1998. Disponible en <https://www.rosario.gov.ar/ArchivosWeb/desousacampos.pdf>
- Merklen, D. "Pobres ciudadanos: las clases populares en la era democrática. 2ed. Buenos Aires. Ed. Gorla. Pág. 188-210. 2005
- Franco T, Merhy E, Bueno W. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(2):345- 353, abr-jun, 1999.
- Ferrandini D, Documento utilizado para la discusión al interior de los equipos de APS de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario en el año 2003. En boletín Capacita Salud. Feb 2017.
- Báscolo E, Yavich N. "Liderazgo colectivo y capacidades para producir lógicas de APS en los sistemas públicos de salud en América Latina. Un estudio de casos". Material elaborado para el módulo Innovaciones institucionales: liderazgo en el desarrollo de iniciativas de APS de la Diplomatura en Gestión Interdisciplinaria de Servicios Latinoamericanos de APS, 2014

Anexos

Tabla 1: Población por núcleos poblacionales del área de referencia del CeSAC n°24.

Barrio	Tipo de barrio ²⁴	Población total	Fuente
Barrio Carrillo	Barrio IVC	5896	Censo 2010
Carrillo II - "Lateral Lacarra"	Barrio IVC	578	ASIS 2011
Villa Fátima	Villa	9914	Censo 2010
Barrio Los Piletones	Villa urbanizada	5225	Censo 2010
Barrio La Esperanza	Villa	806	ASIS 2014
Barrio Los Pinos	Villa	1155	Relevamiento 2012
Barrio 26 de Junio	Barrio IVC	201	ASIS 2017
Barrio Las Palomas	Barrio IVC	208	ASIS 2017
Asentamiento La veredita	Asentamiento	200	Relevamiento 2012
Barrio San Francisco	Barrio IVC	sin datos	
Villa Calacita	Villa	1722	Censo 2010
TOTAL área de referencia		25905	

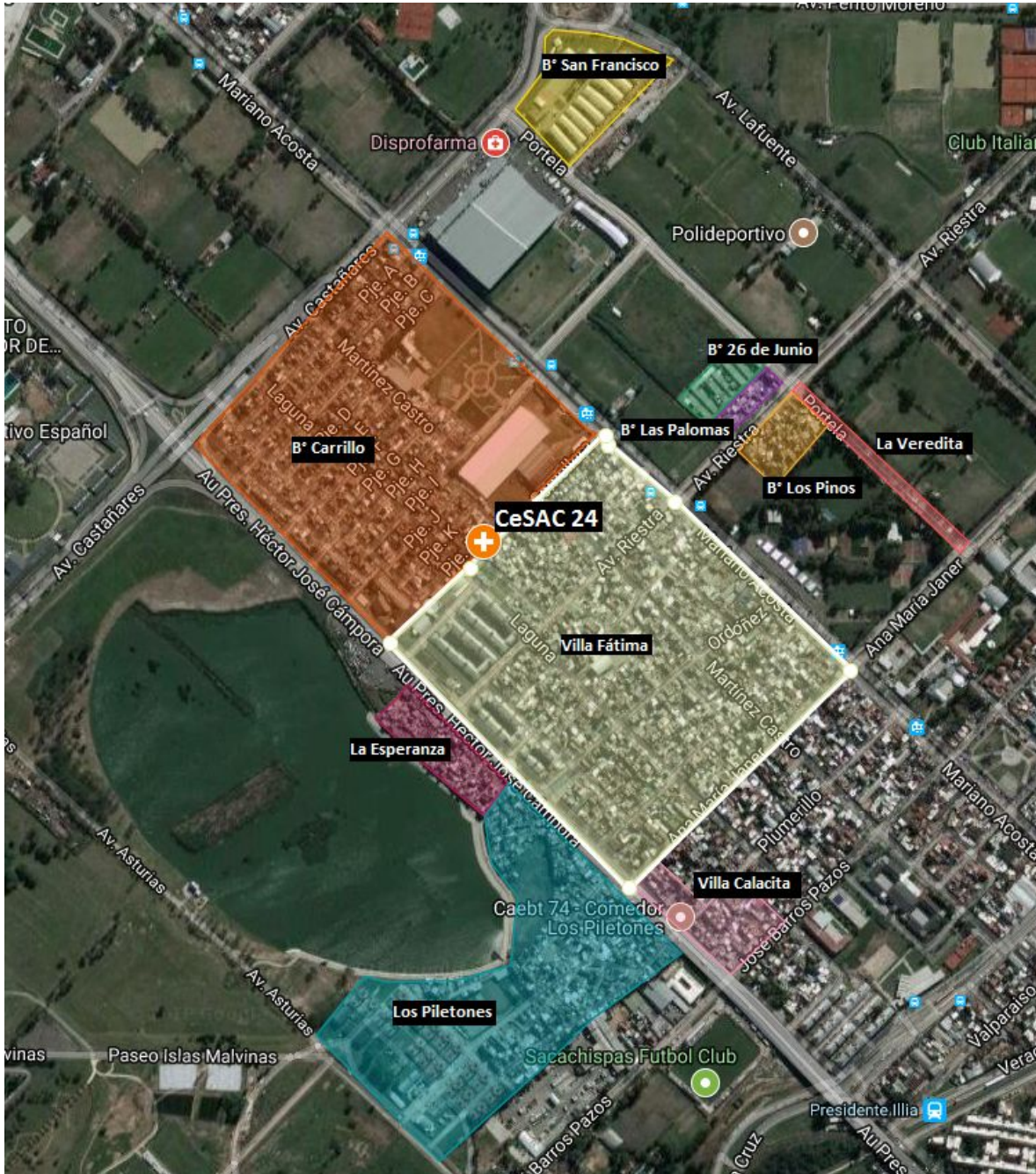
Fuente: Elaboración propia. 2018

²⁴ Censo 2010. Situación y caracterización de los asentamientos precarios en la Ciudad de Buenos Aires. Año 2010 INDEC

Villa: asentamiento poblacional no planificado, de trazado irregular, surgido de la ocupación ilegal de terrenos fiscales, cuyas viviendas originalmente de materiales de desecho son mejoradas a lo largo del tiempo por sus habitantes y van incorporando servicios públicos y equipamiento comunitario por la acción del Estado, y/o de instituciones de la sociedad civil. Las villas de la CABA se encuentran, en su mayoría, en proyecto de urbanización e incorporación a la trama urbana y poseen saneamiento básico (provisión de agua potable, disposición de excretas y de residuos), sin las condiciones y calidad del servicio del resto de la ciudad.

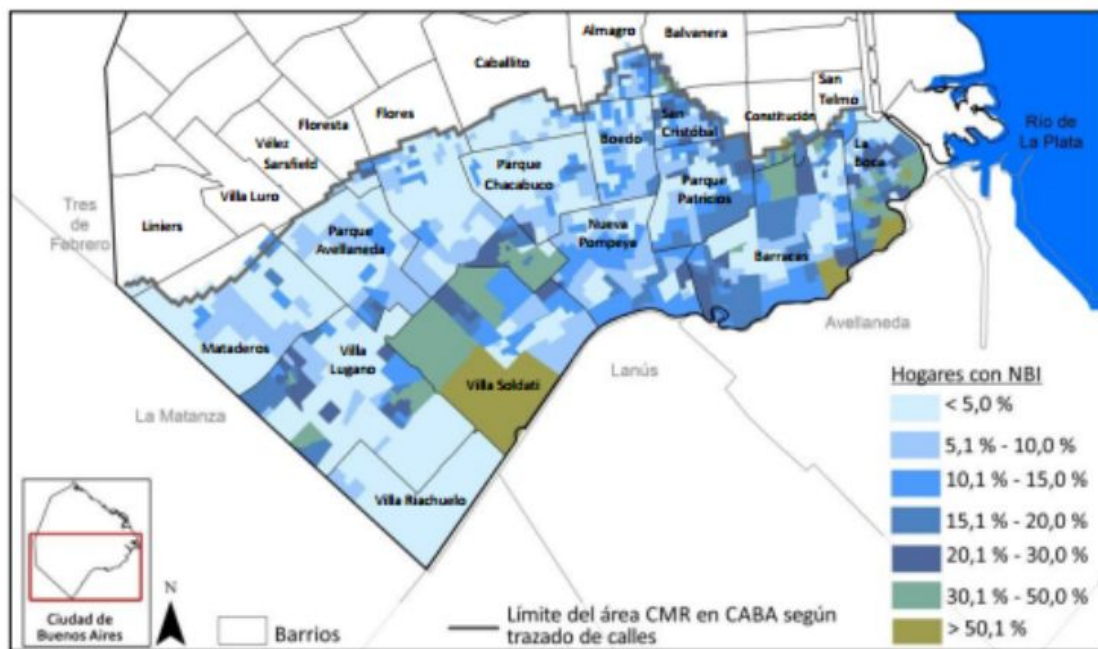
Asentamiento: grupo de personas asentadas irregularmente sobre predios estatales o privados que no pueden ser urbanizados, ni destinados a un uso residencial. Se localizan, en su mayoría, debajo de un puente, a la vera de las vías del ferrocarril, en una plaza pública, en un predio baldío, en terrenos inundables, etc. Las construcciones son muy precarias y no cuentan con servicios urbanos. Las condiciones habitacionales son, de hecho, de absoluta transitoriedad.

Mapa Área de referencia del CeSAC n° 24



Elaboración propia sobre imagen satelital Google maps® 2018

Mapa hogares con NBI cuenca Matanza - Riachuelo CABA, 2010.



Fuente: ACUMAR, Informe sociodemográfico y de salud de la ciudad autónoma de buenos aires, Observatorio unidad sanitaria ambiental de CABA, dirección general de Salud Ambiental, 2014.

Tabla 2: Consultas médicas realizadas en los Centros de Salud y Acción Comunitaria del GCBA por especialidad según centro. CABA 2015

Centro de Salud y Acción Comunitaria	Especialidad						
	Total	Clinica	Medicina general familiar	Pediatría	Psiquiatría	Tocoginecología	Otra ¹
Total	417.001	99.655	66.585	162.983	4.161	73.584	10.033
1	5.779	1.514	814	1.950	-	1.195	306
2	10.250	5.415	-	2.303	340	1.844	348
3	13.912	3.241	2.608	4.501	-	3.558	4
4	10.144	1.669	1.167	3.963	56	3.277	12
5	6.930	1.287	672	4.201	-	770	-
6	16.423	9.478	349	6.362	-	217	17
7	14.048	1.714	3.948	4.160	-	4.221	5
8	10.811	2.526	207	6.360	-	1.191	527
9	10.292	-	4.016	3.665	483	2.128	-
10	6.206	1.379	-	2.353	693	1.140	641
11	13.394	4.027	-	8.270	-	1.097	-
12	3.833	2.923	-	17	-	891	2
13	5.871	2.083	54	2.792	-	928	14
14	2.970	615	102	1.469	224	559	1
15	12.791	1.254	851	8.209	86	2.350	43
16	9.477	2.744	171	4.149	-	1.848	565
17	4.150	1.351	-	1.061	-	1.737	1
18	25.577	4.530	-	17.148	424	3.440	35
19	19.131	17.205	-	-	-	350	1.576
21	16.036	2.451	4.208	6.834	313	2.038	192
22	8.668	72	2.720	3.039	-	2.748	89
24	19.562	1	12.215	5.779	-	1.567	-
25	7.484	1.515	1.296	4.185	-	488	-
26	6.569	1.276	-	3.438	-	1.855	-
27	355	119	-	157	-	79	-
28	716	139	-	577	-	-	-
29	7.841	2	2.882	2.682	-	2.264	11
30	10.655	2.976	525	4.558	-	1.298	1.298
31	9.665	2.356	152	4.697	-	2.453	7
32	5.613	705	2.197	2.133	-	578	-
33	14.364	5.361	17	4.908	601	3.455	22
34	13.990	1.254	5.644	2.573	-	4.518	1
35	17.818	2.013	4.520	7.350	7	3.475	453
36	12.881	1.235	6.795	3.532	-	1.206	113
37	418	146	-	272	-	-	-
38	9.130	2.107	-	3.061	525	2.311	1.126
39	13.870	3.158	946	6.143	-	1.961	1.662
40	16.326	5.410	-	6.436	-	4.480	-
41	8.934	155	3.453	3.055	409	1.849	13
45	8.418	844	4.056	2.830	-	688	-
Grierson	5.699	1.405	-	1.813	-	1.532	949

¹Incluye: Cardiología, Deportología, Dermatología, Gerontología, Neumonología, Neurología, Nutrición, Oftalmología, Otorrinolaringología, Toxicología, Traumatología
Nota: sin información para los siguientes CESAC: enero: 5, 14, 20, 27, 44; febrero: 5, 14, 20, 27, 44; marzo: 5, 14, 20, 27, 44; abril: 14, 20, 27, 44; Grierson; mayo: 5, 12, 14, 20, 27, 44; Grierson; junio: 10, 12, 14, 20, 27, 44; Grierson; julio: 5, 12, 14, 20, 27, 44; Grierson; agosto: 12, 14, 20, 27, 44; Grierson; septiembre: 10, 12, 20, 27, 44; Grierson; octubre: 1, 10, 20, 27, 44; Grierson; noviembre: 1, 5, 10, 20, 27, 44; Grierson; diciembre: 1, 5, 10, 20, 27, 44; Grierson.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA), Anuario Estadístico 2016, Ciudad de Buenos Aires, 2017.