

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, marzo de 2009.
Código del Proyecto	3.08.02
Denominación del Proyecto	Efectores del Programa de Atención Primaria de la Salud en la zona sur de la Ciudad. Auditoría de Gestión
Período examinado	Año 2007
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos operativos.
Limitaciones al Alcance	No hubo
Aclaraciones previas	Campo de la Salud Niveles de prevención Atención Primaria de la Salud en la CABA Normativa Dinámica operativa Estrategia de Regionalización Factores condicionantes de la salud. Aspectos demográficos, Socioeconómicos, medioambientales, culturales y de escolaridad, aspectos epidemiológicos. Presupuesto. Áreas Programáticas: fueron evaluados en los efectores seleccionados los siguientes ítems • Planta física • Recursos materiales • Recursos humanos • Organización de la atención • Acciones de promoción, prevención y asistencia • Gestión y administración • Programas de prevención implementados Se efectuó el análisis comparado de las respuestas a las guías de evaluación de auditoría generadas y se elaboraron indicadores en relación a: A) Estructura: (planta física y recursos materiales) • En el 58% de los CeSAC no se ha eliminado el material con mercurio. Ninguno de ellos cuenta con kit de contingencia para derrames. • El 75% de los CeSAC tiene consultorios compartidos • El 75% de los efectores no participa en la red informática

	del hospital de referencia. • El 33% de los CeSAC no cuenta con rampa de acceso ni con espacio para disposición de residuos patogénicos. • El 25% no tiene vacunatorio. • El 50% tiene salas de espera con espacio y asientos insuficientes. • El 83% no cuenta con material educativo para distribución adecuado a la cultura de la comunidad. • El 67% de los CeSAC's no tiene equipo y tecnología audiovisual para actividades de educación y promoción de la salud. El 33% no realiza cursos por dicha causa. Recursos Humanos Las personas que desarrollan sus tareas en los CeSAC no han recibido en ningún caso atención profesional o realizado actividades de contención por la tarea de asistencia a individuos en situación de vulnerabilidad o riesgo social, ni incentivos de ninguna índole. Promotores de salud Un recurso fundamental para el desarrollo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud son las personas que perteneciendo a la comunidad se comprometen a difundir y profundizar los objetivos de la misma, para favorecer e incentivar la participación social y el autocuidado de la salud. La zona sur de la Ciudad cuenta con un total de 38 promotores de salud, en los siguientes CeSAC B) Proceso: Organización de la Atención • Laboratorio: excepto el CeSAC Nº 3 que ofrece el servicio tres veces, el resto lo hace sólo una vez por semana. • El 83% no realiza otorgamiento telefónico de turnos • El 67% no recibe el informe de internación por el sistema de referencia-contrareferencia con los hospitales. El 25% no tiene registro de derivaciones. • El 8% no tiene atención en turno vespertino. Acciones de promoción • El 42% de los centros médicos no dispone de material para divulgación de actividades. • El 33% no realiza cursos. • El 33% no realiza acciones para prevenir la drogodependencia.
--	---

	• El 25% no realiza visitas domiciliarias. El mismo porcentaje de centros no efectúa encuestas sobre factores de riesgo y vulnerabilidad social • El 25% no participa de campañas masivas de promoción y prevención Gestión y Administración • El 83% de los centros médicos no tiene vinculación con efectores de APS del conurbano. El 8% no tiene relación con otros centros del área. • El 50% refirió no tener normas de seguimiento para participantes en actividades extramuros, el 8% no sabe o no contesta este ítem. • El 42% no implementa el sistema formal de referencia y contra –referencia. • El 50% realiza evaluación periódica y monitoreo de indicadores. El 42% implementó medidas correctivas en el último año. • El 50% posee guías de atención clínicas. • El 8% de los CeSAC no cuenta con un estudio del perfil epidemiológico del área de cobertura. • El 8% refirió no tener un sistema de gestión de residuos patogénicos. C) Resultados Área Argerich: El PMC aporta el 12% de las consultas, el 33% los CeSAC, es decir que la Atención Primaria aporta el 45% de las consultas del área. Área Penna: la mayor cantidad de consultas periféricas la aportan los CeSAC’s (26%) mientras que los médicos de cabecera realizan el 10% de las mismas. Las consultas periféricas de APS representan el 36% de las consultas totales. Área Piñero: el 63% de los casos corresponden a la APS desconcentrada, mientras que el 37% se resuelven en el Hospital. Área Santojanni: el 56% de las consultas de APS se realizan en efectores desconcentrados (PMC y CeSAC) mientras que el 44% son aportadas por el Hospital.
--	--

Observaciones	GENERALES: 1. No se cumple con los criterios de organización del primer nivel de atención puntos a, b, d, f, g y h de la Ley básica de salud de la CABA. 2. La centralización en la previsión de los gastos por parte de la ex DGAAPS impide realizar un análisis particular de la ejecución presupuestaria del Programa en la zona Sur con la apertura de los CeSAC que componen las actuales Regiones I y II. 3. Se verificó un recorte presupuestario del 43% correspondiente al Inciso denominado “bienes de consumo” (aquellos bienes que son propios de la atención primaria) debido a la falta de una adecuada programación presupuestaria y la ex DGAAPS 4. No están formalizados los objetivos y metas de los efectores periféricos Recursos Humanos: 5. Los promotores de salud capacitados para fortalecer actividades de autocuidado de la salud, fueron reasignados al cumplimiento de tareas administrativas ante la falta de personal para tal fin. 6. Es elevada la proporción de responsables de la gestión de los CESAC que no han sido designados como Directores (superior al 80%) 7. La distribución de los recursos profesionales no responde adecuadamente al perfil de la demanda de cada Centro, así, existen algunos con mayor disponibilidad en especialidades de las que otros carecen (fonoaudiología, odontología, trabajadores sociales, técnicos) 8. El aumento de la demanda asistencial sin la modificación consecuente de los recursos impide jerarquizar las actividades de promoción y prevención, particularmente en lo referido a drogadependencia.
----------------------	--

	9. El aumento de la incidencia en el uso indebido de drogas y sus externalidades, exige un abordaje interdisciplinario que no todos los CESAC están en condiciones de asumir con la conformación actual de profesionales. 10. En la mayoría de los Centros, la población registrada, es predominantemente femenina y de menores de 5 años. No se evidencian acciones tendientes a cubrir la demanda designando profesionales con formación en Medicina Familiar, Pediatría y Tocoginecología. Ante la escasez de recursos se cubre la demanda con profesionales que realizan regularmente suplencias de guardia. 11. Es significativa la prestación profesional a través de horas como suplencias de guardia para cubrir las horas asistenciales necesarias. 12. Pese al aumento de la expectativa de vida y la mayor demanda de pacientes con patologías crónicas no transmisibles, no se evidencian el cumplimiento del programa de Adultos Mayores en todos los CESAC ni el fortalecimiento de la atención a este grupo etéreo. 13. La situación de vulnerabilidad y mayor riesgo psicológico para los profesionales que desarrollan sus tareas en el sistema de APS no está contemplada en lo que hace a la implementación de un modelo de contención y asistencia para el personal. Organización y administración: 14. La falta de logística para el registro de las actividades extramurales y no asistenciales de los Centros impide la elaboración de una base de datos para el seguimiento activo de los participantes. 15. No es uniforme el horario de atención de los CeSAC. Si bien deberían atender en el horario de 8 a 20 horas, en ocasiones debido, entre otras a la falta de seguridad, a la localización, la oferta de atención médica se ve limitada en horario vespertino.
--	--

	16. No está formalizado el Sistema de Referencia – Contrarreferencia. 17. Los CeSAC no tienen vinculación con los Centros de Salud del conurbano. Recursos Físicos y Materiales: 18. En la mayoría de los Centros auditados el espacio disponible es escaso, aún en los de reciente construcción. Faltan consultorios, salas de usos múltiples para talleres y lugar para la espera de pacientes. 19. Faltan ventiladores y equipos de calefacción en la mayoría de los CESAC auditados. De los existentes, muchos fueron provistos por el personal. 20. Es insuficiente el material provisto para la difusión de pautas de promoción y prevención de la salud, como también para estimular la participación en las campañas masivas organizadas al respecto. 21. Los CeSAC no tienen actualizado el equipo informático y no se encuentran conectados en red con el Hospital, lo que dificulta las actividades administrativas, el registro estadístico, el seguimiento de pacientes y la implementación de un sistema de referencia-contrarreferencia entre otras. Muchos no cuentan con acceso a Internet. 22. No cuentan con un espacio adecuado y seguro para la disposición intermedia de los residuos patogénicos. 23. No cuentan con kit de contingencia para derrame de Hg. PARTICULARES 24. CESAC N° 7: es precaria la construcción donde se localiza el Centro (debajo de un puente construido para un pasaje peatonal), con serios déficits estructurales (falta de espacio y de privacidad en la consulta,
--	--

	ventilación insuficiente, grietas en las paredes y otras. Ver 11.1.2 en el cuerpo del Informe) 25.CESAC N° 16: no reúne condiciones estructurales para su funcionamiento siendo elevado el riesgo laboral para su personal (ver V.11.2. 4). 26.CESAC N° 1: Pese a su construcción reciente los espacios para las actividades asistenciales y de promoción son insuficientes.
Recomenda- ciones	GENERALES: 1. Promover los cambios estructurales y organizativos que permitan dar cumplimiento a la normativa vigente. 2. Aumentar la participación de los CeSAC en el diseño presupuestario. 3. Idem recomendación 2. 4. Establecer objetivos y metas que permitan evaluación y monitoreo de las acciones para su corrección y optimización. Recursos Humanos: 5. Designar recursos administrativos suficientes desligando de estas responsabilidades a los componentes sanitarios de los equipos. 6. Regularizar la situación de revista de los Directores de los CESAC 7. Optimizar la distribución de horas y recursos priorizando las actividades de prevención primaria. Favorecer la rotación entre los mismos o el funcionamiento de una red. 8. Realizar los ajustes de recursos necesarios para descomprimir el nivel de asistencia, permitiendo fortalecer las actividades de promoción y prevención.

	9. Realizar un plan de reasignación de recursos que puedan dar respuesta a la demanda creciente de pacientes con drogadependencia. 10. Realizar un estudio de oferta profesional para ajustarla a la demanda de servicios del área. 11. Evaluar las necesidades de recursos humanos de los CeSAC dejando disponible el recurso de suplencia de guardia para el fin que ha sido creado. 12. Implementar el Programa de Adultos Mayores en todos los Centros. 13. Contemplar un sistema de incentivos para el personal, así como tomar medidas profilácticas para evitar patologías laborales relacionadas con el desarrollo de actividades en sitios hostiles. Organización y administración: 14. Favorecer la informatización de los CESAC y fortalecer los recursos en el área administrativa que permitan realizar un seguimiento de los participantes en las actividades no asistenciales desarrolladas en los Centros Médicos para lograr su incorporación como población activa. 15. Realizar un análisis de las condiciones en que se encuentran emplazados los Centros Médicos y asegurar protección para pacientes y trabajadores de manera que se extienda el horario vespertino de atención. 16. Fortalecer las acciones y la provisión de recursos tendientes a poner en práctica dicho sistema a fin de agilizar la derivación y seguimiento de los pacientes y su adherencia al Centro. 17. Dada la evidente interacción en la Región Metropolitana es importante agilizar e implementar acciones conjuntas.
--	---

	Recursos Físicos y Materiales: 18. Agilizar la ejecución de las obras de remodelación y construcción de las nuevas sedes de los CESAC licitadas y aprobadas para su traslado. 19. Proveer de elementos que permitan mejorar la calidad de la atención en un ambiente más confortable. 20. Asegurar la provisión de material requerido. 21. Dotar a los centros médicos de equipamiento informático que les permita facilitar sus actividades y la relación con otros efectores. 22. Arbitrar los mecanismos necesarios para asegurar una adecuada disposición de residuos patogénicos. 23. Tender a la eliminación de instrumental con Hg. Proveer del kit de contingencia para derrame en aquellos efectores que aún lo conservan. PARTICULARES: 24. Arbitrar los mecanismos para la construcción de la nueva sede que ya fuera adjudicada y cuyo espacio se encuentra intrusado. 25. Dar cumplimiento a la Resolución N° 696/08 y agilizar la construcción de la nueva sede. 26. Requerir el asesoramiento de un profesional especializado en infraestructura sanitaria para optimizar la distribución de las áreas y las modificaciones correspondientes. Aumentar la participación de los trabajadores del Centro en la definición de las necesidades edilicias.
Conclusión	El surgimiento de los CESAC y su distribución no obedeció a una adecuada planificación en respuesta a la demanda, de modo que su localización geográfica determina áreas de mayor

	concentración de recursos y otras con oferta insuficiente. Los cambios sociales, los movimientos migratorios, la mayor incidencia en el uso indebido de drogas, el incremento de la violencia, inducen la necesidad de adaptar y fortalecer esta estrategia de salud, extendiéndola a otras áreas de decisión relacionadas como desarrollo social, trabajo, educación, medio ambiente y deportes. Los graves déficits de infraestructura existentes -en algunos casos desde la creación misma del Centro-, condicionan la efectividad y eficiencia de las acciones. Las Regiones I y II concentran la mayor cantidad de población y hogares pobres, con los niveles más elevados de hacinamiento y menor acceso a la red pública de servicios. La confluencia y magnitud de estos índices determinan un alto grado de vulnerabilidad y exposición a factores de riesgo que comprometen la salud de sus habitantes como lo muestran el aumento del embarazo adolescente (el 65% de los hijos de madres adolescentes son de la zona sur), la mayor tasa de mortalidad infantil (se encuentra en un rango que va del 8.3 al 10.0 por mil nacimientos para una tasa promedio en la ciudad de 7.9 por cada mil nacidos) y dentro de esta, la mayor proporción de muertes reducibles. No obstante este aumento en la vulnerabilidad social, se comprueba el esfuerzo de los efectores de estas regiones en dar respuesta asistencial y participativa logrando los registros más elevados de población activa de la Ciudad, tanto en CeSAC (71.6%) como en PMC (55.6%). Es necesaria la jerarquización de la tarea desarrollada en los efectores descentralizados incrementando su participación en la planificación y asignación de los recursos, como modo de transformar el modelo asistencial predominante hacia uno preventivo determinante.
--	--