

## Capítulo I:

### Introducción

- **La aparición del Hospital:**

Un Municipio, es considerado por algunos autores como un fenómeno natural, dice Tocqueville “Allá donde hay hombres reunidos se forma por si mismo un Municipio” (Tocqueville, 1833: 77 - 78) La idea de reunirse en poblaciones estables nace con la intención de agruparse en urbes para afrontar las contingencias y determinaciones de la naturaleza, prever el aprovisionamiento y regular los recursos para la supervivencia.

Esta reunión de una cantidad de personas en un territorio circunscrito para la resolución de una serie de problemas sociales de forma comunitaria -entre los que resaltan las relaciones sociales, el intercambio político-económico-cultural, la construcción de ciudadanos mediante la educación, la atención de los enfermos, lo religioso y, fue dando origen a las instituciones que las regulan: la policía, las escuelas, las iglesias, los hospitales; creándose así un espacio público que se dio un marco legal para legitimarse y que le otorga un poder mayor. Es desde este espacio público, denominado gobierno local, que se erige el gobierno como unidad de gestión político administrativa, actuando como regulador de intereses diversos, muchas veces en conflicto; donde se intenta alcanzar un grado de unión tal que posibilite la reproducción de la misma sociedad.

Como órgano administrativo el gobierno local, recauda y moviliza (distribuye) los recursos según las políticas sociales formuladas, para prestar servicios, realizar obras en pos de los objetivos que se hubiere marcado, significando, a veces la respuesta a los requerimientos o problemas que surgen en la sociedad, otras regulando las tensiones sociales del momento, que suelen convertirse en proyectos formulados por autoridades en la materia.

Entre ellos, uno de los problemas de gran peso social -que las poblaciones debieron y aún deben enfrentar desde que se constituyeron en comunidades organizadas- es la atención de las enfermedades. Cada comunidad ha buscado, planteado, según su forma de organización, su cultura y en los diferentes momentos históricos, soluciones diversas con resultados dispares, renovándose las explicaciones teóricas y prácticas que han acumulado importantes cuerpos teóricos, apareciendo ramas, especializaciones, divisiones.

Así podemos remontarnos a los sumerios (Año 430 A. C.) que entre otras prácticas dejaban a sus enfermos en las puertas de las casas a la espera de algún transeúnte, que habiendo padecido los mismos problemas, acercara alguna solución (Douglas Guthrie, 1947: 155). El cuidado de los enfermos pobres fue un deber para los cristianos desde los primeros tiempos, por lo que es fácil comprender que los primeros hospitales fuesen de fundación eclesiástica. Hecho ocurrido en Europa en el siglo XI de Cristo (Douglas Guthrie 1947: 158)

El surgimiento de la medicina Hospitalaria y del Hospital como espacio de cura, de medicalización, surge a partir del siglo XVIII, hasta ese momento era un lugar de asistencia para los pobres que concurrían al mismo para morir. “Con anterioridad al siglo XVIII el hospital era esencialmente una institución de asistencia a los pobres, pero al mismo tiempo era una Institución de separación y exclusión. El pobre como tal necesitaba asistencia y como enfermo, era portador de enfermedades y posible propagador de estas. En resumen, era peligroso. De ahí la necesidad de la existencia del Hospital, tanto para recogerlo como para proteger a los demás contra el peligro que entrañaba”. (Foucault Michel, 1970: 109).

No era una institución médica, ni la medicina era una profesión hospitalaria; en la formación médica no estaba incluida la experiencia o pasantía hospitalaria.

El hospital cumplía una función humanitaria de hospedar, acoger, pero además era una institución de separación y exclusión.

En el año 1789 se creó la conciencia que el hospital podía y debía ser un instrumento terapéutico, iniciándose un programa de funcionamiento hospitalario tendiente a corregir los efectos patológicos que él mismo producía. La primera intervención se registró en el Hospital Marítimo del ejército con el objeto de contrarrestar el desorden que en él existía. Al respecto Michel Foucault, (1970: 113) decía: “Con frecuencia se habla de las intervenciones técnicas del siglo XVII – la tecnología química, metalúrgica, etc.- y sin embargo no se menciona la intervención técnica de esta forma de gobernar al hombre, de controlar sus múltiples capacidades, utilizarlas al máximo y mejorar el efecto útil que produce el trabajo y sus actividades, gracias a un sistema de poder que permite controlarlo”

En los grandes talleres que comenzaron a crearse, en el ejército, en las escuelas, cuando se observa en Europa un gran progreso de la alfabetización, aparecen esas nuevas técnicas que hoy reconocemos como los grandes inventos del siglo XVIII que para implementarse instituyeron una nueva forma de denominación de las personas. Esta forma de disciplinamiento se reprodujo en los hospitales. La disciplina se revela como una técnica de individuación por el espacio que ocupan, expresada entre otros hechos por la colocación de los cuerpos en un lugar determinado, hecho que además permite la clasificación. La disciplina aparece como una técnica de poder que encierra una vigilancia perpetua y constante de los padecientes y supone un registro continuo de la información que pueda llegar en escala ascendente hasta la cúspide de la pirámide jerárquica. Foucault (1970: 114) considera que “La disciplina es el conjunto de técnicas en virtud de las cuales los sistemas de poder tienen por objetivo y resultado los individuos singularizados”. Y ese poder se ejecuta y es posible observarlo en el proceso de trabajo de los hospitales. Es en el examen donde la “vigilancia permanente, clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y por lo tanto utilizarlos al máximo”. [...]

“Donde la individualidad se convierte en un elemento para el ejercicio del poder.”

Es el individuo el que es observado, vigilado, conocido y curado, surge así el individuo como objeto del saber y de la práctica médica. También este conocimiento de los individuos puede hacerse extensivo a los “fenómenos comunes a toda la población” y por ello la disciplina se transforma en una técnica de control social, “todo en ella se individualiza: la cama del enfermo, la tumba en el cementerio”, Foucault Michel, (1970: 115)

En virtud del proceso de urbanización, la atención de la enfermedad se planteó como una necesidad que desde la introducción de la disciplina en el hospital posibilitó como un espacio de “limpieza” de la ciudad. Así hay que situar al hospital en un ámbito tal que favorece la pureza ciudadana, la limpieza, de los territorios habitados encerrando a los contaminantes. Aislado a los considerados contagiosos (Leprosarios, Sanatorios) y si es posible curarlos. Asimismo es preciso colocar a los enfermos en un espacio funcional individualizado, estableciendo el principio que sostiene que las camas “no deben estar ocupadas por más de un paciente” y por lo tanto se suprime al igual que en las fábricas el lecho dormitorio, en los que se llegaban a amontonar hasta seis enfermos.

Posteriormente se produce un cambio en la conducción de los hospitales, son los médicos quienes asumen la responsabilidad principal de la organización hospitalaria, reemplazando también al personal religioso que tradicionalmente había asumido el poder hospitalario al quedar encargado del control.

Así se crea el personaje del médico de hospital que hasta el momento no existía. “De hecho hasta el siglo XVIII, los grandes médicos no aparecían por el hospital, el médico al que recurrían las órdenes religiosas era generalmente el peor de la profesión”. Michel Foucault, (1970: 118)

Otro paso más en la transformación de la organización hospitalaria fue la instauración de un sistema de registro de todo lo que ocurría dentro del hospital, se identificaba al enfermo con una etiqueta colocada en su muñeca- hecho que hoy se reproduce en los recién nacidos y las madres y en algunos hospitales privados de la Argentina- se confeccionaba una ficha en la que constaba el nombre, la afección, el cuadro térmico y el cumplimiento de las indicaciones en la cabecera de la cama, paralelamente se instituyó la historia clínica de cada paciente.

Por último entre 1780 y 1790 el hospital se transformó en el lugar de formación médica. Como ahora, es considerado el lugar de capacitación y transmisión del saber. Al respecto afirma Foucault que (1970:119) “La Institución hospitalaria es sede de un contrato tácito, la burguesía acepta cuidar en él a los pobres, los hospitalizados dan su cuerpo y su vida a la experiencia terapéutica, modos de observación y métodos de tratamiento de los que la clase rica espera beneficiarse. La institución proporciona el marco de significación de las enfermedades, orienta la lógica del clasificador, el impacto de la nosografía y produce mas allá de toda reflexión categorial original, los términos de un <<episteme médico>>”, ayer como hoy todos los pobres que llegan al hospital público resultan objeto de la formación médica, aunque se hayan escrito incontables tratados sobre el tema.

Jean Claude Polack, (1971: 2) sostiene que “El hospital debe, en adelante, reunir, juzgar comparar a los enfermos, permitir tomar nota por medio de la presencia de auxiliares en la cabecera del paciente, registrar la evolución del mal. Lo que se expresa como singularidad en el corte horizontal de los elementos sintomáticos se expande en síndromes diferenciados, estadísticamente repetidos que se completan diacrónicamente”

Intentando otorgar un sentido más humano al accionar de las instituciones hospitalarias, desde los organismos internacionales se han ido dictando normas y

procedimientos tendientes a prevenir, conservar o restaurar la salud de las comunidades, tales como imposición de las normas de control de las poblaciones indígenas para garantizar la producción, se crean organismos internacionales (OPS, OMS) desde los que los científicos norman las formas de organización de la atención, crean Programas de control de las enfermedades (infecto contagiosas, crónicas, etc.). En 1978 se logra consenso para institucionalizar una política internacional que “garantice la Salud para Todos”· (Alma Ata, 1978) La propuesta surge como una nueva forma de atención que reclama:

- Reconocimiento de la población, sus necesidades, las forma de expresarlo y reclamarlos.
- La institucionalización de una forma de organización de esas demandas explícitas e implícitas.
- La normatización de una organización de la oferta desde la constitución de un sistema de atención con funciones diferenciadas según su complejidad tecnológica.
- Concentración de la aparatología. (Alma – Ata, 1978)

Luego de este consenso y su puesta en práctica por diferentes países, con modalidades particulares según su idiosincrasia, Se han reconocido avances en la salud general de las poblaciones, aunque no puede hablarse de haber alcanzado la meta universal de una garantía de “Salud para Todos”

- **El Hospital en Argentina:**

En Argentina a diferencia de otras colonias españolas las primeras instituciones hospitalarias tuvieron origen comunal, con la particularidad de haberse originado en el interior del país, constituyendo los antecedentes de los hospitales públicos con participación comunitaria. Las comunidades religiosas y benevolentes fundaron y sustentaron -basadas en la caridad- un conjunto de espacios que concluyeron con la creación del Protomedicato en 1780. Reproduciendo la institución corporativa creada en España, antes del

descubrimiento de América que cumplía tres funciones: dirigir la enseñanza en cuestiones de medicina, cirugía y farmacia; administrar justicia constituyendo un tribunal para castigar las faltas cometidas por los facultativos y los curanderos, por último fijar aranceles para exámenes y visitas de boticas.

Los primeros hospitales sustentados por el Estado fueron destinados a brindar asistencia a los militares. Bajo el gobierno criollo entre 1810 y 1815 se inauguró el Hospital Militar en Santa Fe, que aunque apoyado y parcialmente sustentado por el Ejército, continuaba siendo operado por hombres de la comunidad local.

El primer paso para desplazar a los hospitales de administración comunitaria a estatal fue tomado por Rivadavia quién durante el directorio de Álvarez Thomas y bajo su comando estableció el 11 de septiembre de 1815 un reglamento de hospitales, expropiando los hospitales religiosos y comunitarios, estableciendo las juntas hospitalarias.

El segundo paso se estableció con la Primera Ley de Arreglo de la Medicina en 1822, mediante la cual se establecieron los criterios para nombramiento de los médicos. Apareció entonces la figura del profesional contratado por el Estado, con cargos rentados y responsabilidades públicas. Como continuación con esta línea ideológica durante el gobierno de Urquiza, el hospital general de Hombres fue pasado a la esfera de la Municipalidad de Buenos Aires. También se contemplaba la participación de hermanas de caridad para hacerse cargo del cuidado de los enfermos, hecho que no se planteó desde la comunidad local, sino que el propio gobierno mandó importar hermanas de Francia capaces de imponer la autoridad, dada su experiencia en el tema.

Es en este momento en el que se consolidó uno de los rasgos distintivos de las relaciones intergubernamentales en el país; aquello que en otro contexto José Ortega y Gasset denominara la “redención de las provincias” (Tobar Federico, 2005:17) que reflejara también con respecto a las funciones que el Estado toma

con respecto a la Salud. Mientras en Buenos Aires se operaba una descentralización del Hospital, desplazando la titularidad y responsabilidad desde los hombres hacia el gobierno local; en las provincias ese desplazamiento se realizaba también desde las Juntas de Vecinos hacia la sociedad de Damas de Beneficencia (Santa Fe y Rosario). (Tobar Federico, 2005: 17)

Tras la epidemia de Fiebre Amarilla (1870-1871) y con la consolidación de las ideas liberales de la Generación del Ochenta se inauguró en 1806 el primer Hospital Nacional. Desde entonces hasta 1825 se construyeron 16 hospitales nacionales con la misión de constituirse en referentes regionales. Se trataba en su mayoría de hospitales de aislamiento o de concentración de crónicos que no escapaban a la concepción de la policía médica.

En la memoria del Consejo Superior de Higiene de la Provincia de Buenos Aires se expresaba con claridad el modelo intergubernamental de división del trabajo sanitario imperante entonces “El Estado debe costear la asistencia sanitaria de los padecimientos generales que en la provincia tienen una morbilidad grande y que son un peligro para la sociedad, dejando a los municipios el cuidado especial de los enfermos agudos de su radio” (Tobar Federico, 2005: 17)

A nivel provincial se repetía el mismo esquema, los organismos provinciales se dedicaban preferentemente a obras públicas de saneamiento y control de la higiene mientras dejaban libradas a las iniciativas vecinales el desarrollo y la sustentación de la asistencia médica hospitalaria. El punto de inflexión de este modelo surgió con el estado de compromiso afirmado por el Peronismo. Hasta 1944 el máximo organismo del modelo liberal había sido el departamento Nacional de Higiene, una dependencia del Ministerio del Interior con funciones precisas de Policía Médica. Al asumir Perón lo transformó en Dirección Nacional de Salud Pública expandiendo sus funciones de forma continua.

Mas tarde, al designar a Ramón Carillo al frente de este organismo, el mismo adquiere importancia en la agenda del gobierno: se convierte primero en secretaría y en 1949 pasa a ser Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Carrillo proponía un modelo de atención que comprendía un único seguro de salud para toda la población, donde la puerta de entrada al sistema estaría integrada por consultorios médicos independientes pero contratados por el Estado, luego habría Centros de Salud que además de la atención ambulatoria en diferentes especialidades desarrollarían actividades de prevención, educación y serían agentes de los programas de salud pública, por último se llegaría a los Hospitales que integrarían los mayores recursos y tecnología disponible. El modelo Carrillo en su conjunto no llegó a conquistar la hegemonía necesaria para transformar al sistema en su conjunto, sin embargo, dejó huellas indelebles en los servicios de salud del país. Entre 1946 y 1954 se duplica la cantidad de camas públicas (pasando de 66.400 a 134.218). Todas ellas bajo la jurisdicción del Estado Nacional. (Tobar F. 2001:7)

Desde entonces el Hospital, es uno de los pilares del sistema de salud, pasando a ser una institución que es constantemente redefinida según las tendencias políticas reinantes. Resta lo que debería constituirse en una preocupación constante: la evaluación de la calidad de su gestión, para direccionar esas planificaciones en función de los perfiles de las poblaciones a las que se asisten y a las necesidades y demandas que plantean.

## Capítulo II:

### La Formulación del Problema

El hospital, fue desde sus inicios, el lugar destinado para brindar atención a los pobres y de aislamiento de todos aquellos potencialmente peligrosos para la comunidad, no sólo en términos de enfermedad (Leprosos, locos, presos políticos entre otros). Desde entonces las políticas internacionales han propiciado que la salud - enfermedad se convierta en una responsabilidad exclusiva de los Estados. En Alma Ata se anuncia la estrategia de la construcción de sistemas de salud que busquen la ansiada utopía de “Salud para Todos”. Sin embargo la organización de los espacios y sistemas ha sido dispar entre los países.

En Sud América la organización de los servicios de salud se presenta fragmentada según la capacidad de pago de las personas. Esto es, servicios para ricos, para asalariados o sectores medios y para pobres con Instituciones y mecanismos de financiamiento claramente diferenciados. Al respecto opina Mario Hernández Álvarez (2004:35) “Los aportes estatales distintos para su reglamentación o administración definen las distancias entre los sectores sociales, aunque las personas pasaren de uno a otro según su capacidad económica o conveniencia”.

En nuestro país se encuentra organizada en Privada, Obras Sociales, Seguros Prepagos para los pudientes y a cargo del Estado para los pobres. En concordancia, Milton Terris (1990:2) propone una definición contemporánea de Salud Pública, que considera la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad, de los cuales deben hacerse cargo grupos o Instituciones pues estos no pueden ser resueltos a nivel individual. Como consecuencia el Estado debe enfrentar el compromiso de asistir a un grupo de población pobre, siempre creciente en correlato con las sucesivas crisis económicas que ha sufrido el país y

la que hoy afecta al mundo, que además, presenta perfiles socioculturales y de salud-enfermedad diversos y complejos, implementándose así una APS selectiva (OPS, 2005) .

Las modernas concepciones consideran los hospitales como sistemas sociales complejos con componentes burocráticos y profesionales de carácter abierto. Organizativamente son un conjunto de elementos interrelacionados: recursos humanos, tecnología, información que se orientan para satisfacer metas comunes: la recuperación de la salud, la prevención de la enfermedad y satisfacción de las necesidades de los pacientes y su comunidad con recursos exigüos, situación que lleva a preguntarse como lograr una mejor respuesta otorgando mayor eficacia a las acciones previstas.

A pesar de los discursos e intentos de contener a los pobres allí dónde viven (Testa, 1985: 68), mediante la implementación de los denominados “Centros de salud”, la población orienta sus demandas atención según la percepción y valoración de sus problemas, dirigiéndose en forma directa a los hospitales, considerando que es allí donde puede satisfacer su necesidad de atención porque cuenta con todos los recursos tecnológicos y de insumos adecuados para la atención que espera. (Enria, Gómez, Delepiane, 1984; mimeo)

Este escenario plantea la urgencia de resolver con coherencia la asignación de los recursos disponibles adecuándolos a las necesidades de la comunidad. Para ello es imperioso contar en primer término con un conocimiento exhaustivo de la población que se asiste, de sus diferentes perfiles y patrones epidemiológicos. Replantear la oferta para utilizar de forma eficiente los recursos disponibles, adecuando los servicios brindados a las demandas de la población, repensando la planificación de las acciones sanitarias y de atención de las enfermedades ampliando las funciones del sistema de salud, capacitando permanentemente a los profesionales de modos que se logren estándares de salud que permitan alcanzar la “salud para todos en el año 2015” (OPS).

*Por ello la decisión de centrar el trabajo en analizar la adecuación entre las necesidades y demandas de atención en temas de salud-enfermedad de la población de la zona sur del Rosario con la oferta que brinda el Estado Municipal a las poblaciones para satisfacerlas.*

Este tema ha sido preocupación de numerosos autores, que han hecho aportes que permiten un acercamiento al problema desde diferentes perspectivas. (Donabedian, 1984:113) Construye los siete pilares de la calidad, que comprenden la Eficacia, Efectividad, Eficiencia, Oportunidad, Aceptación, Legitimidad, y Equidad, planteando que *la accesibilidad* considerada como el grado de ajuste entre las necesidades de la población y la oferta de los servicios Implica el grado de ajuste entre las necesidades de los pacientes y los recursos de los servicios utilizados, así como la forma en que estos se adecuan a las necesidades de los pacientes.

Esta situación es también considerada por Borrás, J. (1994: 30 - 49) al plantear que entre los factores determinantes de la utilización de los servicios sanitarios se destacan además de las variables de necesidad, factores demográficos y socioeconómicos, el acceso y la organización de dichos servicios, en definitiva, variables de oferta.

Testa, M. (1990:74) hace referencia a la necesidad de atención, interpretando que estas pueden ser o no percibidas y/o ser o no expresadas, puntualizando que un paciente demanda de un servicio cuando hay existencia de una necesidad percibida que se concreta en una prestación independientemente de su estado real de salud, afirmando que solo se puede demandar lo que se ofrece desde un servicio de salud, poniéndolo a disposición de quién lo necesite, generando en el usuario una percepción de lo que se ofrece.

Margulies, (1999:13) destaca que las necesidades expresadas en demandas modelan la organización de los servicios y por lo tanto la oferta institucional, porque son las actividades de los sujetos convertidos en pacientes las que relacionan de alguna manera a los servicios entre sí y son ellos en su “carrera de enfermo” con “sus estrategias de supervivencia” dentro de la institución, los que establecen en los hechos la RED de relaciones entre los servicios al interior de una misma institución y al exterior de ella con los otros efectores.

Situado en el territorio del Municipio de Rosario, en el ámbito organizativo de la Municipalidad, y su órgano ejecutor la Secretaría de Salud Pública, espacio en el que me desempeño desde hace años, me propongo interpretar a la luz de los conceptos de los autores la adecuación de la oferta y las demandas de atención, en el espacio delimitando por el área de servicios del hospital “Dr. Roque Sáenz Peña” de larga historia en la zona sur de ciudad. Estudiando su historia, las funciones y transformaciones ocurridas, las situaciones actuales, sus adecuaciones y limitaciones, intentando hacer aportes para las planificaciones mirando al futuro; como punto de partida para hacer aportes que posibiliten direccionamientos, aportando conocimiento sobre la población que asiste, definiendo sus prioridades.

## Capítulo III:

### Objetivos, Propósitos, Metodología, Marco Teórico

#### **OBJETIVO GENERAL:**

- Contrastar la oferta de servicios que se ofrecen desde el del “Hospital Dr. Roque Sáenz Peña” (Secretaría de Salud Pública. Municipalidad Rosario) con las necesidades de la población que demanda asistencia.

#### **Objetivos específicos:**

- 1- Describir la oferta de servicios que hace desde el del “Hospital Dr. Roque Sáenz Peña” (Secretaría de Salud Pública. Municipalidad Rosario)
  - 1.1 Analizar la propuesta política de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad Rosario para el Hospital Dr. Roque Sáenz Peña.
  - 1.2 Describir la oferta de Servicios del Hospital Dr. Roque Sáenz Peña.
  
- 2- Caracterizar la población que consulta al Hospital Dr. Roque Sáenz Peña.
  - 2.1 Construir los perfiles poblacionales y de salud - enfermedad de la Población.
  - 2.2 Reconocer la demanda que hace la población al efector, los modos y el tipo de servicios que se utilizan.
  - 2.3 Describir los trayectos de utilización de los demandantes y las posibilidades de atención.

#### **PROPÓSITO:**

- Aportar información que permita a los planificadores adecuar la oferta de servicios a la demanda de la población que se asiste en el HRSP.

## **Metodología**

En correspondencia con los objetivos planteados, la propuesta involucra un proceso de trabajo que incorpora la búsqueda, análisis de datos desde fuentes secundarias y la recolección e análisis de datos primarios, los que serán interpretados mediante metodologías cuantitativas y cualitativas.

La oferta de atención requiere del análisis contextual de las políticas propuestas desde el ejecutivo Municipal, sus cambios y formas de implementación, para situar dentro de ellas al Hospital Dr. Roque Sáenz Peña. Este proceso se hará mediante la interpretación de fuentes secundarias provenientes de datos históricos que hacen a la creación del Hospital, al análisis de las diferentes propuestas políticas por las que atravesara su existencia, así como de la atribución diversa de funciones a las que fue destinado, hasta las mas recientes en las que se lo incorpora como parte de una Red. Recogiendo tanto el basamento teórico de funcionamiento planificado, la Red de servicios que conforma, la propuesta sobre la manera en la deben ser incorporados los usuarios al sistema (su forma de ingreso), los efectores que son parte de la Red de atención, como la descripción de las acciones que se despliegan efectivamente en el Hospital Roque Sáenz Peña y su modalidad de atención.

El análisis de la oferta de servicios se sirvió de los aportes producidos por la Dirección de Estadística de la Secretaría de Salud Pública, que divulga informes periódicos sobre la producción de los efectores de salud municipales. En este estudio se recogen como variables relevantes las actividades finales por efector, el promedio anual de consultas delimitándolas a las áreas de guardia, consultorio externo, obstetricia, indicándose además el área de influencia y procedencia de la población que concurre al hospital.

También se tomaron en consideración los proyectos y la planificación que se hace desde la Dirección General de Servicios de Salud, como desde el hospital, las descripciones de los Recursos Humanos con que cuenta cada servicio, su formación y carga horaria.

Esta recolección se complementó con entrevistas a los responsables de los servicios considerados como referentes para el estudio, Guardia de Niños y Adultos, Consultorios Externos ambulatorios de Pediatría, Adultos y Maternidad, para ello se realizó un cuestionario construido por preguntas abiertas que les fueron realizadas a los jefes de los cuatro servicios ambulatorios y fueron realizadas dentro del ámbito natural de trabajo de cada uno de los entrevistados. Se hizo especial hincapié en los aportes sobre el promedio diario de pacientes atendidos, el conocimiento de su procedencia en términos de lugar de residencia considerado dentro de la ciudad o localidades vecinas, el peso del sexo (masculino / femenino) dentro de la consulta no específica, el conocimiento sobre el circuito de atención que se impone desde el efector, las patologías más frecuentes, las características y dificultades de las derivaciones, la relación que, desde su mirada, los pacientes establecen con los centros de Salud y/o su consulta directa con el Hospital.

Para la caracterización de la población, así como los perfiles se utilizaron fuentes de datos secundarias provenientes de los informes finales por efector realizados por la Dirección de estadística de la Secretaría de Salud Pública y los informes estadísticos provenientes de la oficina correspondiente en el HRSP. A través de ellos se construyó la descripción de los consultantes, su análisis por sexo, zona de procedencia, características socio-comunitaria, servicios consultados con mayor frecuencia y las patologías recurrentes al momento de solicitar la atención, estableciéndose así el área de influencia del hospital, que por razones metodológicas fue la adoptada por este estudio.

Con relación a los procesos ocurridos dentro del hospital se construyeron los trayectos que deben realizar los demandantes dentro del mismo hasta lograr su atención y posterior solución de los problemas que los llevaron a reclamar atención, para ello se considera necesario reconstruir la “Carrera Curativa” (Mariana Gómez, 2004:85), es decir todas aquellas actividades que despliega la población desde que perciben un malestar, lo reconocen, valoran y en consecuencia deciden demandar atención, en este caso en el Hospital Roque Sáenz Peña, involucrando los pasos que deben dar para alcanzar el diagnóstico (Ingreso, exámenes complementarios, derivaciones), obtener el tratamiento hasta ser dado de alta, incluyendo el grado de satisfacción alcanzado durante este proceso. Consistió en el seguimiento de las personas que demandaron atención en búsqueda de solución a los problemas sentidos, utilizando como fuentes, la demanda en las guardias (informe de consultorio externo) espacio en el que se levantaron los casos, la asignación de un tratamiento, la derivación a otros servicios, siguiendo los reclamos que quedaron inscriptos en los informes de consultorio externo y en las historias clínicas, recogiendo motivos de consulta, diagnósticos, exámenes complementarios, tiempos de resolución. El grupo, constituido por 40 casos, y fue cerrado cuando se saturaron las variables reconocidas.

La palabra de la población fue recogida mediante una entrevista semiestructurada que consideró a los demandantes desde diversas características:

Residencia: considerado como indicador de las distancias recorridas para acceder a la atención y los posibles accesos establecidos, no considerados como posibilidad en la búsqueda de soluciones (Centros de Salud cercanos).

Atención recibida: reconociendo como variables descriptivas las dificultades: obtención de los turnos, los tiempos de espera, la comodidad de las instalaciones, el servicio que se le prestó, el respetado del horario otorgado, el

interés mostrado por el personal que lo atendió ante el problema manifestado, la situación y complejidad del examen físico, las explicaciones que recibió sobre su problema.

Conformidad con la atención: así como la satisfacción que manifiestan sobre la atención recibida expresada en la elección de volver a ser atendido por el mismo médico.

También se evaluaron la atención de los servicios complementarios de personal administrativo, enfermería, laboratorio, farmacia, rayos.

En las entrevistas, que fueron recogidas por escrito mientras el entrevistado hablaba, se permitió que cada informante se expresara además libremente, dejándolo expresarse específicamente sobre todo aquello que hubiera quedado fuera de su relato y que considerase relevante, incorporándolo como nuevas categorías. Se desarrollaron en un sector aislado del hospital cuyas condiciones facilitaron la conversación y fueron realizadas luego de la consulta. Previamente se solicitó un consentimiento informado que facilitó su participación sin limitaciones ni condicionantes en el momento de su atención.

Dadas las características de lo que se intenta estudiar se delimitó la población a las personas que concurren en demanda de atención a las guardias de urgencias tanto de adultos como de niños, así como a los consultorios ambulatorios y externos del hospital destinados a clínica general y las diversas especialidades médicas.

Uno de los criterios para dejar de lado la población internada fue el sesgo que impone al habla el encontrarse dentro de una institución de la que se esperan prácticas destinadas a la solución de los problemas personales, hecho que imposibilita la revelación de cualquier crítica por parte de los informantes.

Para la muestra fueron consideradas las consultas promedios anuales, tomada una serie de 10 años (1995 – 2005), la cual arroja un total de 162.916 consultas, se aplicó la fórmula:  $Z_{196} \times \text{variabilidad} / \text{coeficiente de confianza}$  (.95%) arrojando una total de 400 entrevistas, las mismas tomadas considerando los diversos horarios en los que se realizan las consultas.

Para el análisis se tomó como base la propuesta de Donabedian en los “Siete pilares de la calidad”, en una perspectiva que guarda una estrecha relación con la teoría de sistemas, permitiendo hacer un paralelo con el trayecto del paciente dentro de la institución, remitiendo el análisis a la Estructura, el Proceso y el Resultado, visto desde las preferencias del paciente y de las valoraciones existentes en la comunidad al respecto.

En el proceso de confrontación se trianguló la información sobre la oferta de servicios del HRSP proveniente de tres orígenes: a) Datos proveniente de los registros gubernamentales: Boletín de Bioestadística. Actividades Finales por Efector. SSP. Municipalidad de Rosario (varias ediciones). Anuario Estadístico de la Ciudad de Rosario. Dirección General de Estadística. Municipalidad de Rosario. Edición 2008. Oficina de estadística del HRSP b) Descripción de los procesos de trabajo en los principales servicios del HRSP a través de sus protagonistas, Jefes de Guardias y Consultorios Externos. c) Encuesta realizada a los usuarios de los Servicios Ambulatorios del HRSP. Considerando para todos los casos aquellas variables que se refieren a la producción y procesos de trabajo registrada en los principales servicios, Guardia Adultos y Pediatría – Consultorios externos Adultos y Niños.

Para este proceso fue necesario compatibilizar la diversidad de unidades de análisis de las diferentes fuentes de las que se recogieron los datos.

En el caso de la fuente de información (a) la unidad de análisis se corresponde con la producción por efector tomando como unidad de producción

“la Consulta Médica”. Siendo las variables analizadas los diferentes números de consultas realizadas por los distintos servicios hospitalarios.

La segunda fuente de información (b) proviene del análisis de las entrevistas realizadas a los jefes de los cuatro servicios considerados referentes para el hospital: Guardias Adultos y Pediatría – Consultorios Externos Adultos y Niños. Considerando las variables de producción (Consultas) realizadas por los diferentes servicios.

La tercera fuente de información (c) procede de la exploración de las expresiones de los usuarios de los servicios ambulatorios del HRSP, recolectadas a través de una encuesta después de la concreción de la consulta.

## **Marco Teórico**

Las Actuales concepciones consideran a los hospitales como un “Sistema abierto”<sup>1</sup>, ya que son un conjunto de elementos interrelacionados (recursos humanos, tecnología e información) que están orientados a metas comunes: la recuperación de la salud, la prevención de la enfermedad y satisfacción de las necesidades de los pacientes y su comunidad, así como de otras actividades afines a la salud, como la enseñanza y la investigación.

El elemento mas importante de entrada y salida del sistema hospitalario es la población que solicita y recibe atención, mientras que la estructura del sistema de atención se relaciona con la población doliente (elemento de entrada del sistema) produciendo los procesos de atención, lo cual se orienta hacia un cambio particular en el estado de salud del individuo o de su comunidad, es decir los resultados o elementos de salida del sistema. (Paganini J. 1995: 6)

Partiendo de esta caracterización del hospital y reconociendo que históricamente los hospitales estaban destinados a los indigentes o a los sectores de mas bajos recursos, con una concepción de atención destinada a un determinado grupo poblacional y que con el transcurso del tiempo se instaló una visión universal de la atención, llevando a algunos países a resolver desde el estado la atención de toda la población, mientras que otros lo dejaron a cargo del propio ciudadano.

En nuestro país, la organización divide a la población en la que accede al sistema privado (ya sea directamente o a través de las Obras Sociales, Prepagas, Mutuales) y la que no tiene elección que debe recurrir a la oferta estatal, donde convergen los nuevos pobres, los precarizados, los aún con trabajo pero con mala o escasa cobertura de la seguridad social, generando una creciente demanda

---

<sup>1</sup> Un sistema es un conjunto de elementos interrelacionados orientados a metas comunes (Bertalanffy 1968, Chávez 1970 en Paganini, J. 1995 Pág. 6)

sobre los servicios de salud estatales, situación que lleva a los mismos a preguntarse como mejorar el nivel de salud de la población.

Al realizar la evaluación de cada propuesta de atención sanitaria o de un tratamiento, se realiza un juicio de valor, basado en la valoración de los acontecimientos, que siempre es subjetiva, ya que quién evalúe, propone con anterioridad una escala de medida basada en su concepción de la satisfacción, no obstante ello, diversos autores (Donabedian, Chorny) han hecho aportes que permiten un acercamiento al problema desde diferentes perspectivas.

Así, Avedis Donabedian (tomado de Paganini J., 1984: 7) en “Siete pilares de la calidad”, aborda una perspectiva en la que puntualiza el valor de las preferencias del paciente, tanto como las valoraciones sociales al evaluar y construir indicadores de calidad<sup>2</sup> de los servicios de salud, definiendo a la calidad de atención, como el grado con que esta se encuentra acorde con criterios previos de buena atención, enfocando la evaluación desde una perspectiva que guarda una estrecha relación con la teoría de sistema y utilizando como planos de análisis la estructura, el proceso y los resultados.

Otro aporte de Donabedian, se refiere a la estructura, definiéndola como las “...características relativamente estables de quienes suministran atención, de los medios o herramientas y recursos con que cuentan, y el marco físico y organizativo dentro del cual trabajan (...) incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para suministrar atención médica y que comprende

---

<sup>2</sup> Los indicadores de acuerdo con la OMS, son un índice de una situación determinada, deben ser entendidos como “variables que sirven para medir los cambios”.

Chorny (2000, mimeo) define a los indicadores de salud...”como todo atributo (cuantitativo o no) que varía a lo largo del tiempo y refleja específica y sensiblemente variaciones en el estado de un problema o condición...” destaca que para que sean efectivamente adecuados es necesario al seleccionarlos considerar los criterios de utilidad, factibilidad y selectividad. Marracino y Col. (2000) describen indicadores para monitoreo de sistema de atención de la salud constituidos por razones (cuando los hechos incluidos en los términos del cociente son de diferente naturaleza), proporciones (cuando el numerador está incluido en el denominador) y tasas (cuando el numerador contabiliza hechos de riesgo en relación a un denominador conformado por la población expuesta a ese riesgo durante un período especificado)

el número distribución, capacidades y experiencia del personal profesional y también el equipo de los hospitales y otras instalaciones...”(Paganini 1995: 7)

En cuanto al proceso, fue definido por Donabedian (1996) y Starfield (1992) en (Paganini J. 1995: 8) “Como un conjunto de actividades que ocurren entre profesionales de la salud y pacientes, como sería un examen médico y el cumplimiento de prácticas satisfactorias. Los procesos incluyen el reconocimiento de problemas, métodos diagnósticos, diagnóstico, tratamiento y asistencia [...] y los resultados de los servicios de atención, se definen como los cambios en el estado de salud que puedan atribuirse a la atención recibida, incluyendo la satisfacción del paciente...”

Al referirse a los resultados, Donabedian destaca: “...Si bien los resultados constituyen un índice adecuado de la calidad de la atención médica, se necesitan evaluaciones simultáneas de las estructuras y los procesos para conocer las razones de las diferencias encontradas, y para planear inversiones que no solamente los mejoren sino también alcancen eficiencia y equidad en la organización y el suministro de servicios de salud...” (Paganini 1995: 9)

Otro aporte a la gestión de servicios de salud es el realizado por Nogueira R, quién señala que “.....la calidad, no es algo presupuesto en los agentes debido a sus nivel de formación o de calificación, sino algo que los participantes en los actos de salud estarán preocupados en alcanzar y perfeccionar para dar mayor satisfacción de los que necesitan de esos servicios [...] y que la calidad de atención en salud no debe ser vista como una sustancia o una cosa en si, sino como una resultante de las formas de cómo se da el proceso de producción de los servicios....”(Nogueira R,1994: 32)

En otra visión, Paganini J. M. Ha reconocido que “...la falta de conocimientos empíricos en cuanto a la forma en que funcionan los procesos de atención médica, plantea un dilema real para los políticos, administradores, líderes

de la comunidad y personas encargadas de decisiones, siendo por lo tanto uno de los temas actuales mas importantes en la investigación de los servicios de salud....” (Paganini 1995: 13)

Palmer R. Define la calidad de la atención como “...la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario...” (Palmer 1989: 10)

Completando la visión dentro del campo de la salud, Chorny destaca por sus reflexiones relativas a la calidad de los servicios a Vuori, quién considera que esta puede ser categorizada en dos grandes atributos: la calidad lógica, que contempla la eficiencia con que la información es empleada para tomar decisiones al interior de los servicios de salud y la calidad óptima, que engloba todos los procesos que están destinados a optimizar el resultado de los servicios, teniendo en consideración las relaciones costo beneficio, las relaciones entre los beneficios recibidos y el total de los recursos para que esto sea posible. (Chorny A. 1996: 54)

A su vez identifica una serie de elementos que componen la calidad, los cuales también han sido tratados por Donabedian, elementos que ayudan a expresar la calidad de los procesos de atención:

Un primer punto a considerar es la *Efectividad* de los procesos de atención, es decir la medida en que una determinada práctica o atención mejora el estado de salud del individuo o de la población que es atendida. Chorny la define como la relación del impacto real versus el impacto ideal. Asociado a este primero se puede considerar la *Eficacia*, es decir la medida en que fueron alcanzados los resultados propuestos para cada intervención. El tercer término muy relacionado a los dos anteriores es la *Eficiencia*, que relaciona los resultados de un servicio con su costo, se trata de proveer un determinado nivel de calidad al menor costo posible. Un elemento no menos importante es la *Equidad*, que define la distribución de recursos en función de las necesidades reales o percibidas por un grupo poblacional determinado. Otro elemento tenido en cuenta es la

*Aceptabilidad*, que hace referencia a los valores culturales que hacen que un grupo poblacional acepte o no una determinada práctica o atención. El sexto elemento componente de la calidad de un servicio es la *Accesibilidad*, entendiéndose por la misma no solo la geográfica sino con la facilidad que los usuarios pueden obtener los servicios de salud incluyendo las barreras organizativas (distancia, horarios) económicas y culturales. Conjuntamente al punto anterior se considera la *Adecuación de los Servicios Ofrecidos*, termino que relaciona la cantidad ofrecida con relación a las necesidades reales o potenciales de la población. Por último se considera la *Calidad Técnico Científica*, entendida como la capacidad de utilización por los profesionales del mas avanzado nivel de conocimiento existente para abordar los problemas de salud y satisfacción en la población atendida, incluye los aspectos científico técnicos y el trato interpersonal en la relación con el paciente.

Testa, (1977: 97) cuando se refiere a las necesidades de atención, sostiene que éstas pueden ser o no percibidas y ser o no expresadas. Puntualizando que un paciente, demanda de un servicio cuando hay existencia de una necesidad percibida, que se concretiza en una prestación, independientemente de su estado real de salud. Sólo se puede demandar lo que se ofrece, entendiendo por oferta lo que se ofrece de desde un servicio de salud, poniéndolo a disposición de quién lo necesita. Mientras, Margulies(1999: 47) destaca que las necesidades expresadas en demandas, modelan la organización de los servicios y por lo tanto la oferta institucional, porque son las actividades de los sujetos convertidos en pacientes las que relacionan de alguna manera determinada a los servicios entre sí, y son ellos, su “carrera de enfermo”, “sus estrategias de supervivencia” dentro de la institución, las que establecen en los hechos, la red de relaciones entre los servicios al interior de una misma institución.

Entre los factores determinantes de la utilización de los servicios sanitarios se destacan además de las variables de necesidad, factores demográficos y socioeconómicos, el acceso y la organización de dichos servicios, en definitiva,

variables de oferta (Borras, 1994: 39 - 40). Frenk (1992: 8), tomando conceptos de Donabedian refiere la accesibilidad como el grado de ajuste entre las características de los recursos para la salud y las características de la población en el proceso de búsqueda y obtención de servicios.

Donabedian, refiere que la disponibilidad de recursos representa un extremo en el proceso de búsqueda y obtención de la atención, y la utilización el final del proceso. Según Frenk, la disponibilidad no implica necesariamente utilización sino la capacidad efectiva de producir servicios. Basado en lo anterior, disponibilidad, es entendida como las características de los recursos de la atención, teniendo en cuenta los elementos favorecedores (Poder de utilización) y los obstáculos (resistencia) al proceso de búsqueda y obtención de atención.

La resistencia se originaría en los “recursos para la Salud” y el poder de utilización constituiría el conjunto de características de la población que van a permitirle esa búsqueda y obtención. En este sentido cuando se hace referencia a las necesidades de atención de la gente con relación a un problema de salud, se adopta el concepto de Pichón Riviere, Quiroga A. (1990: 140) “en el que las necesidades cumplen su destino social de gratificación o frustración” “Esta necesidad interna al sujeto, promueve la relación con el mundo externo, así la necesidad aparece como fundamento motivacional de toda experiencia de contacto, de vínculo y aprendizaje”

# **LA OFERTA**

## **Capítulo IV:**

### **La Atención de la Salud en la Ciudad de Rosario**

- **Antecedentes:**

En la descripción de los servicios de atención de la salud de la ciudad de Rosario es posible considerar la organización de tres grandes sectores: Público, Privado y de Seguro dentro del cual se considera a las Obras Sociales que funcionan independientemente y conforman un espectro de posibilidades que muestran las diferencias sociales de acceso a la satisfacción de las necesidades ante la enfermedad.

En el sector privado se asiste un reducido número de personas, las que pueden enfrentar el alto costo de los servicios de atención, estudios y tratamiento que se ofrecen. En el Seguro de Salud se constituyen las denominadas “obras sociales” que presentan organizaciones y ofertas diversas: las que son administradas por los sindicatos, desde la Ley Onganía, (Ley Nº 18.610 de 1970) y constituyen un atributo del trabajo bajo relación de dependencia y las organizadas por ramas de actividad que adquieren el nombre de Mutual con adherencia voluntaria en las que se asiste una población con fuerte identificación con el trabajo que desempeña. Más recientemente las prepagas, que convocan a diversos grupos poblacionales a prever la atención mediante el pago de una cuota (seguro) mensual. Si bien todas comparten conceptualmente la idea de asegurar la atención, abren una disímil gama de ofertas de servicio y costos.

El sector público, a cargo del Estado, cuya financiación proviene de los impuestos, en los hechos asiste a todos aquellos que no tienen cobertura (pobres,

desocupados, más recientemente a los nuevos pobres<sup>3</sup>), ampliando el tamaño de la población demandante a todos aquellos cuyos ingresos no son suficientes como para cubrir los costos suplementarios (co-seguros), o deben enfrentar enfermedades graves o crónicas que requieren tecnologías no reconocidas dentro de los convenios, como así también las denominadas patologías cubiertas por Programas (Sida, Cáncer, DBT) y ciertas otras no consideradas en el Programa Médico Obligatorio (PMO)<sup>4</sup> o la población de Adultos Mayores que habitualmente quedan fuera de los seguros, siendo englobados por el Instituto Nacional de Servicios Sociales de Jubilaciones y Pensiones cuyo Programa de atención de la enfermedad es el conocido Pami<sup>5</sup>.

Un importante grupo poblacional, que está estimado en más del 50% de la población total, quedan bajo la asistencia del estado (nacional, provincial o municipal); constituyéndose en el servidor responsable de los denominados, por Carlos Bloch (1992: 18), indigentes médicos. Aunque, en teoría y acorde con los postulados políticos declamados desde la APS, el Estado debería adecuarse para brindar acceso a *toda* la población, sin ningún tipo de restricciones.

Estos tres sectores se desarrollan con administraciones, recursos físicos, humanos y financieros propios e independientes uno de otro y prácticamente sin ninguna interacción y/o coordinación entre ellos, constituyendo una “oferta de servicios, que no es equitativa ni uniforme, y no asegura cobertura a toda la población, crea una suerte de anarquía con superposición en algunas áreas y déficit marcado en otras” (Bloch y Cols. 1992: 17)

- **La atención de la Salud – Enfermedad en el Municipio de Rosario:**

En la ciudad de Rosario, la organización histórica del sector público, ha llevado a la construcción de dos espacios paralelos para responder a la demanda

---

<sup>3</sup> aquellos que teniendo obra social no logran cubrir los tickets moderadores

<sup>4</sup> Programa Médico Obligatorio, corresponde a la resolución N° 939/00 del Ministerio de Salud de la Nación, establece el piso prestacional con el cual deben cumplir todos los prestadores de seguros de salud, el mismo es de cumplimiento obligatorio.

<sup>5</sup> Programa de Atención Médica Integral, creado por ley N° 19.032 del 13 de mayo de 1971 en la gestión del Ministro de Bienestar Social Francisco Manrique.

poblacional, uno a cargo del estado provincial y otro a cargo del municipal, que a pesar de los intentos, trabajan mas en competencia que en sintonía. El relato histórico muestra las intenciones para transformarlo en un sistema de atención unificado. Las disputas se plantearon ya en la época de la Villa del Rosario con la puesta en marcha del primer efector de salud.

A solo dos años de la ley promulgada por el Gobernador Crespo, el 5 de Agosto de 1852 que transformara la Villa en ciudad de Rosario, se funda el 25 de junio de 1854 por las gestiones de Federico de la Barra y Nicasio Oroño, la Sociedad de Beneficencia de Rosario, quienes haciendo uso de su poder político y social lograron el apoyo del gobernador Crespo y del presidente de la Confederación, Justo José de Urquiza quienes facilitaron los aportes para la construcción de un Hospital.

La sociedad, que contó con el máximo apoyo político de la época, tuvo como principal finalidad la creación de un Hospital de Caridad, para lo cual se llevó a cabo una contribución popular que gozó de un gran éxito. El señor José Soaje donó el terreno donde se levanta, actualmente, el Hospital Provincial, que tiene su acta fundamental el 4 de octubre de 1855, siendo nombrado como padrino del edificio el gobernador José María Cullen. El hospital comenzó su actividad en una época con grandes necesidades de asistencia médica; por aquellos tiempos se libraban las batallas de Pavón y Cepeda, a las cuales se sumó la guerra con el Paraguay, constituyéndose el hospital de Caridad que contaba con 24 camas en uno de los más importantes centros para la atención de los heridos en esos tiempos de guerra. Este efector sufrió modificaciones y ampliaciones según las necesidades y el contexto económico social de cada época, en 1863 duplicó su número de camas, en 1902 atendía 500 camas y se habían ampliado sus servicios, para el año 1943 se inaugura el sector de monoblock sobre calle 1º de mayo que se mantiene en la actualidad.

Concomitantemente y con los argumentos del importante crecimiento demográfico, por causas vegetativas e inmigratorias, sumadas a las epidemias y

crisis epidemiológicas que sobrepasaron la capacidad de los medios asistenciales existentes en el municipio, se creó la Oficina de Higiene Municipal con el objetivo de centralizar el aspecto sanitario de la población. Desde el 1º de abril de 1886, fecha de ordenanza de creación, que brindaba asistencia médica a domicilio y en consultorios, destinada a las clases humildes de la creciente urbe. Este servicio pasó, mas tarde, a llamarse “Asistencia Pública” -en la Intendencia de Don Alberto J. Paz- que incorporaron las campañas de vacunación, la botica (farmacia) municipal, el control y verificación de defunciones. Este servicio que adquiriera renombre por ser el receptor de toda la accidentología de la ciudad fue cerrado durante la dictadura militar, (año 1978).

Continuando con la idea de brindar servicios de atención médica dependientes del estado municipal se crearon los primeros hospitales pertenecientes a la administración municipal; el primero de ellos fue el hoy llamado Hospital “Intendente Gabriel Carrasco”, inaugurado el 3 de octubre de 1897. (El 28 de abril de 1896 el señor Alberto J. Paz, como Intendente Municipal y los señores Echesortu y Casas firman la compraventa de dos manzanas, comprendidas entre las calles 3 de Febrero, General López – hoy Estanislao Zeballos, Boulevard Avellaneda y Río de Janeiro). En sus comienzos se le asignó la denominación de “Casa de Aislamiento”, sucesora del “Lazareto<sup>6</sup>”. Se trataba de instalaciones precarias habilitadas por el municipio para aislar y dar atención a las personas que padecían de males epidémicos y que necesitaban de cuidados especiales. Esta Casa de Aislamiento fue considerada, según los conceptos de aquellos años, “lugar del buen morir”, sus servicios fueron utilizados por el Departamento Rosario y zonas aledañas. Fue esta la primera institución municipal permanente, implementada para dar solución eficaz al problema de la lepra, tuberculosis, tifus, cólera, difteria, viruela, y otras enfermedades infectocontagiosas. (Esta casa con el tiempo llegó a ser un prestigioso referente de enfermedades infecciosas en toda América Latina).

---

<sup>6</sup> Establecimiento sanitario para aislar a los infectados o sospechosos de enfermedades contagiosas

La Dirección, el gobierno administrativo, la asistencia y el cuidado a los enfermos internados, la concentraba la Congregación de las Hermanas de la Caridad Hijas de María del Huerto mediante un contrato firmado el 27 de julio de 1897 por la Hermana María Modesta Drago. Por ese entonces, el personal de esta casa estaba conformado por un médico director, un médico de sala, las hermanas de la Caridad, cinco enfermeros, un farmacéutico, un cocinero, un ayudante y dos lavanderas. La denominación de Casa de Aislamiento que indicaba su función la acompañó hasta Abril de 1914, donde a través del Decreto N° 6 se le asigna el nombre de Hospital Intendente Gabriel Carrasco, nombre que ostenta hasta el presente, hoy ocupa el lugar de hospital de segundo nivel de atención para la zona oeste de la ciudad.

El segundo hospital dependiente de la Municipalidad de Rosario inicia su historia el 2 de Julio de 1897, con la compra por parte de la municipalidad de la manzana comprendida entre las calles Libertad (actual Sarmiento), Progreso (actual Mitre), América (actual Rueda) y Virasoro, cubriendo una superficie total de 12.756,80 m<sup>2</sup>., por la suma de \$ 9.567,60 m/n., autorizándose la construcción del edificio destinado a el Hospital Rosario, (donde hasta el 2008 existiera el hospital de emergencia Dr. Clemente Álvarez). Destinado a Maternidad y Hospital de Niños. La estructura contaría con un Pabellón de Maternidad, dos Salas de Niños, Lavadero y Desinfección, destinándose \$ 15.000 m/n. para la obra. El 24 de octubre de 1897 se coloca la piedra fundamental, siendo Presidente de la Nación el Dr. José Evaristo Uriburu, Gobernador de la Provincia de Santa Fe el Dr. Luciano Leiva e Intendente de la Ciudad de Rosario Don Alberto J. Paz. El 24 de Junio de 1898 se inaugura el establecimiento, abriendo sus puertas al público durante la intendencia del Sr. Lamas. El Dr. Ignacio Firmat fue el primer Director del Hospital Rosario, encargado además, de la Sala de Maternidad y Cirugía de Mujeres. El Dr. Camilo Aldao comienza como médico encargado de Medicina y Cirugía de Niños, renunciando en Diciembre de 1898 y se nombra en su lugar al Dr.

Clemente Álvarez. En sus comienzos solo atendía a Mujeres y Niños, pero luego habilitó el departamento para hombres.

Este hospital, con motivo del mundial de fútbol realizado en 1978, es refaccionado, con un sector destinado puntualmente a las emergencias, llamándose a partir de ese momento Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez”, el cual es re-funcionalizado en un nuevo edificio situado en la avenida Pellegrini al 3200 de la ciudad de Rosario, a partir del mes de marzo de 2008.

Estos hospitales municipales a partir de 1904 son destinados a atender a los enfermos pobres (quienes debían presentar certificado de pobreza) y a todas las personas que lo solicitaren en calidad de pensionistas, estos últimos debiendo abonar un adicional por día, resolución que toma el Sr. Intendente Don Santiago Pinasco a través de la ordenanza N° 5 del año 1904.

En el siglo XX, continúa esta tendencia de desarrollo paralelo de las dos administraciones prestadoras de servicios de salud, así el Hospital del Centenario que nace en 1910 como parte de la Facultad de Ciencias Médicas, dependiendo de la administración nacional para luego a partir del año 1980 pasar a la órbita del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe, a este efector dentro del ámbito provincial se le suman el Hospital Escuela “Eva Perón” instalado al borde del municipio de Rosario en la ciudad de Granadero Baigorria, inaugurado en el año 1948, que nace nacional, siendo incorporado al ministerio de salud provincial en 1991, al cual se le agrega desde el año 1985 el Hospital de Niños Zona Norte ubicado en el parque Alem, en el distrito norte de la ciudad de Rosario, con la finalidad atender la población pediátrica de la zona.

Además en el ámbito de la salud pública de la municipalidad de Rosario durante el siglo pasado ampliando la oferta de atención médica, son creados e incorporados a su sistema de salud los hospitales Roque Sáenz Peña en el año 1936 en la zona sur de la ciudad, el Hospital de niños Víctor J. Vilela en 1930, El Hospital Juan B. Alberdi, en la zona norte, cuyo origen se remonta al 2 de

octubre de 1919 y la Maternidad Martín que inicia su funcionamiento el 8 de Julio de 1939.

Los Centros de Salud que actualmente son parte de la oferta de atención médica, tanto de la provincia como municipalidad, tienen también su desarrollo paralelo dentro de la ciudad, en la década del 50' en el ámbito de la municipalidad de Rosario estando el Dr. Jorge Celoria a cargo de la Secretaría de salud Pública se implementan tres dispensarios, los cuales atendían exclusivamente por demanda, ubicados en los barrios San Francisquito, Belgrano y Pasteur, transformándose en los antiguos vacunatorios de la ciudad.

Después de la reunión de Alma Ata, a la que la República Argentina adhiere en su acta fundacional, la administración de la ciudad de Rosario instituye la política postulada implementando la creación de "Centros Periféricos", en este caso destinados al *Barrio de las Flores*, lugar al que se trasladó la población mas pobre de la ciudad; acciones que se extendieron luego a otros barrios.

Mientras tanto desde la gestión provincial se implementó un plan destinado a las poblaciones de los asentamientos irregulares<sup>7</sup> existentes en la ciudad. En 1986 estos centros de salud provinciales pasan a llamarse Centro Comunitarios de Salud y Acción Social descentralizando la atención médica de los Hospitales hacia los nuevos centros<sup>8</sup>, en la práctica implementar este sistema significó, primero, jerarquizar los primitivos dispensarios (servicios de la lucha contra la TBC) ubicados en los diferentes barrios de la ciudad, los que a partir de ese momento pasaron a llamarse "*Centros de Salud*"<sup>9</sup>, ampliando la oferta de servicios

---

<sup>7</sup> Poder ejecutivo de la Provincia de Santa Fe, Decreto 3991 / 1980, en los considerandos cita, que se hace necesario extender la cobertura del Actual Programa de Salud Rural a las áreas urbanas y suburbanas de Rosario y Santa Fe. El actual programa de salud rural pasa a convertirse en Programa de Atención Primaria de la Salud y en la parte resolutive; crease el Programa de APS incorporándose a este las acciones que hasta la fecha venía desarrollando el Programa de Salud Rural.

<sup>8</sup> Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social. Provincia de Santa fe, Resolución 3053 / 1986.

<sup>9</sup> Intendencia Municipal, Consejo Deliberante, Diario de Sesiones. 1992, Decreto 1895

ya existente (Médicos Obstetra, Generalista y Pediatra) a la promoción de la salud y el control de patologías crónicas.

En el sector municipal también fue organizándose el sistema desde una perspectiva diferente, interpretando los postulados de APS como sistemas paralelos, idea que alcanza su momento pleno a partir de 1989, momento en el que se reorganizan las funciones de los diferentes efectores municipales y se abren la mayor parte de los Centros de Salud, algunos en lugares propios y otros en convenio con Vecinales y otras organizaciones comunitarias.

- **Oferta actual de Servicios del sector de Salud Dependiente de la Municipalidad de Rosario:**

En la actualidad el sector Municipal esta conformado por cincuenta y cuatro Centros de Salud, tres Hospitales de Segundo Nivel, dos Hospitales de Alta Complejidad, una Maternidad, un Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias, un Instituto de Rehabilitación y un Instituto del Alimento. Estructura que se presenta como dividida en tres niveles:

**Primer Nivel de Atención**, conformado por los centros de salud<sup>10</sup> que están ubicados junto a la población pobre del Municipio de Rosario, en áreas adyacentes a los asentamientos irregulares de los diferentes distritos, constan de una estructura edilicia básica, con capacidad para albergar una recepción - sala de espera y los consultorios de atención al usuario, su estructura funcional esta integradas por médicos generalistas y enfermeros, en algunos también se encuentran pediatras y tocoginecólogos, además suelen tener servicio de odontología y salud mental. Las prestaciones se complementan con toma de muestras para la realización de análisis clínicos y la entrega de medicamentos a los pacientes. El horario de atención al usuario normalmente es de 8 o 12 horas,

---

<sup>10</sup> Atención Primaria de la Salud, Una estrategia para la construcción de ciudadanía. Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario, año 2000

con la excepción del policlínico San Martín que posee un consultorio de guardia con médico y enfermero durante las 24 Horas del día. Son considerados por la Gestión de Salud Municipal como la puerta de entrada al sistema de salud para el paciente, (Tessi, 1995:62) además de resolver los problemas de salud ambulatorios de baja complejidad, también realizan la evolución de tratamientos de enfermedades agudas o crónicas y tareas de prevención que incluyen la vacunación, la realización controles para detección precoz del cáncer genital femenino y el control de los niños sanos, (tareas que se llevan a cabo como intercambio con la entrega mensual de leche). Este nivel tiene dependencia directa de la Dirección de Atención Primaria de la Salud.

**El Segundo Nivel de Atención:** esta conformado por los denominados Hospitales de II nivel que se ubican en puntos extremos de la ciudad: Hospitales Roque Sáenz Peña al sur del municipio; el Hospital Intendente Carrasco al este y el hospital de Alberdi al norte; los que cobijan bajo un mismo edificio: guardias médicas de urgencia, salas de internación, servicios de diagnóstico, tratamiento y salas de cirugía de diferente complejidad. Además ofrecen consultorios ambulatorios de clínica y especialidades médicas, tanto para los pacientes derivados del primer nivel de atención como los propios. Brindan atención a través de su guardia de urgencia las 24 horas del día, mientras que para las especialidades poseen horarios matutinos o vespertinos de atención. En este nivel de complejidad es incluido el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR) ubicado en el centro de la ciudad, que brinda atención ambulatoria en consultorios de las diferentes especialidades médicas, servicios de diagnósticos y tratamiento, cirugía ambulatoria y enfermería.

**El tercer nivel de atención:** es el último nivel de referencia de la red asistencial, esta conformado por dos Hospitales con un perfil bien determinado, el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez (HECA) destinado a cubrir la demanda en medicina de Urgencia y Emergencia en las especialidades médico quirúrgicas, además posee quirófanos para cirugías programadas y servicios de internación, complementando sus prestaciones con los servicios de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad y el Hospital de Niños Víctor J. Vilela (HNVJV),

configurado para brindar atención pediátrica desde guardia de urgencia – emergencia hasta las prestaciones de alta complejidad, incluyendo también los consultorios de las diferentes especialidades pediátricas y los correspondientes servicios de diagnósticos y tratamiento.

Dentro de este nivel se encuentra el Instituto de Lucha Antipoliomielítica y Rehabilitación del Lisiado (ILAR), es un centro de rehabilitación neuromotriz integra el tercer nivel de complejidad en relación a la rehabilitación. Brinda atención especializada a patologías complejas como accidentes cerebrovasculares, lesiones neurológicas, pediátricas y enfermedades musculares, entre otras.

Posee una sala de internación con un promedio de 25 camas disponibles, Consultorios Externos que abarcan diferentes especialidades; actuando interdisciplinariamente con el fin de concretar el proceso de rehabilitación de los distintos pacientes según sus necesidades específicas. Posee Gimnasio, Pileta Climatizada y Transporte propios para los pacientes.

Estos tres niveles se interrelacionan entre sí conformando una RED de prestadores y prestaciones, en la cual los Centros de Salud tienen definida desde la gestión un área de influencia dentro de la cual focalizan sus servicios, a su vez los Centros de Salud según su ubicación geográfica dentro de la ciudad, tienen un hospital de segundo nivel con el cual articulan la derivación de los pacientes, por último completando la RED tanto los efectores de I y II nivel derivan sus pacientes a los dos efectores de III nivel según sean adultos o pediátricos.

Para ordenar el movimiento de pacientes dentro de la RED, desde la Secretaría de Salud Pública Municipal se adoptaron dos estrategias, la *adscripción* de pacientes y el *sistema de referencia y contra referencia*. Definiendo *adscripción* de pacientes la acción de registrar y otorgar a los usuarios ubicados en el área de influencia o territorio correspondiente a un determinado efector de salud cercano a su domicilio un equipo compuesto por médico y enfermero que debe encargarse de su atención.

Desde la misma gestión con la finalidad de ordenar la *trayectoria* de los pacientes entre efectores y la comunicación pertinente a su salud instituye un sistema de registro siguiendo las normas de un sistema de referencia y contrarreferencia<sup>11</sup>. El funcionamiento de este sistema ideal, muestra a pesar de los esfuerzos, diversos obstáculos para lograr su implementación, que repercuten en la población asistida de distintas maneras, que hacen a la superposición de la demanda y a la concurrencia directa de los padecientes a los hospitales.

- **Políticas, Modelo de Atención:**

Desde los años ´90 las políticas municipales abrazaron conceptualmente los postulados dictados en el acuerdo de Alma Ata. En ellos se enuncian que Atención Primaria de la Salud es la estrategia para alcanzar la Salud para Todos en el año 2000. Entre sus postulados básicos es posible reconocer que es necesario desarrollar una “Asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por los medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del sistema nacional de salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad” (Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978). Reafirmada en la reflexión ocurrida en la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 que reconocen como

---

<sup>11</sup> definiendo como REFERENCIA la derivación de un paciente desde un efector de menor capacidad de resolución hacia otro de mayor o igual capacidad de asistencia, complementación diagnóstica o terapéutica, como CONTRAREFERENCIA definen la derivación del paciente en sentido inverso, en el cual se reenvía al establecimiento que refiere, la información sobre los servicios prestados y las respuestas e indicaciones a las solicitudes de apoyo asistencial, criterio que también se interpreta como referencia cuando desde un nivel de alta complejidad se remite al enfermo a uno de menor nivel en función de necesitar cuidados mínimos para su recuperación ante la naturaleza no compleja de su patología.

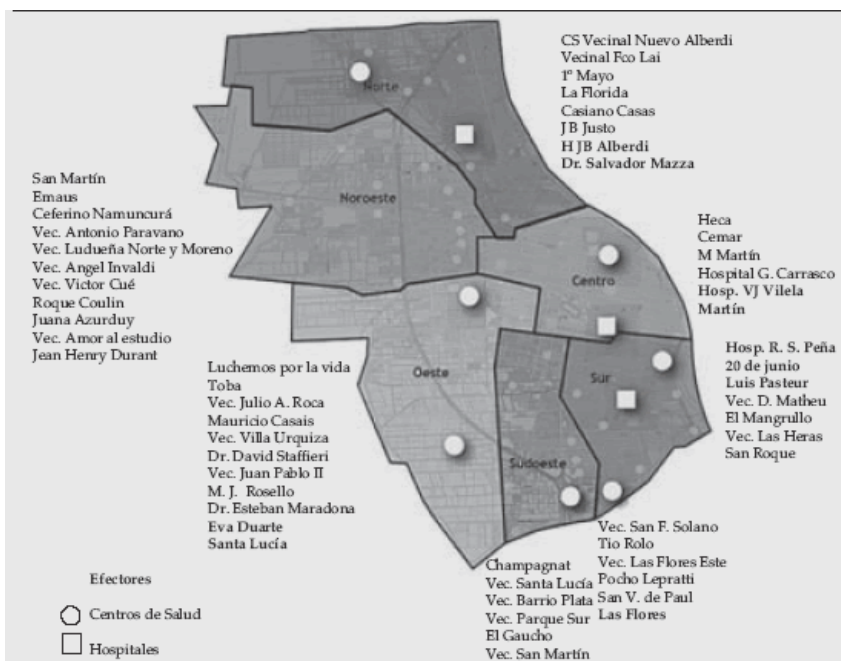
prerrequisitos para la salud “Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.”

Desde estos enunciados se desprenden que es imprescindible la transformación del medio ambiente en espacios saludables que posibiliten en desarrollo de la vida humana, que incluyen la provisión de agua potable, la eliminación de excretas, la eliminación de basurales, la vivienda adecuada, el trabajo, la educación como satisfactores de las reconocidas necesidades básicas que constituyen el espacio de la promoción de la salud, así como la prevención y la atención de las enfermedades. Todo ello abordado interdisciplinariamente y con la participación efectiva de la comunidad. No obstante ello, en el municipio, las áreas se organizan en forma independientes: atención de las enfermedades (nominada salud), promoción social, medio ambiente, aguas, eliminación de excretas, etc., como si no debieran actuar conjuntamente y fueran todas aportantes a un solo fin, la vida saludable de las poblaciones.

En la correspondiente a la Secretaría de Salud Municipal, se desarrolla una modalidad de organización de los servicios que adquiere la particularidad de ser llamado, Programa de Atención Primaria de Salud. Es así como en el año 1981, se implementa un espacio de atención con un plan dirigido a la población materno-infantil y a las enfermedades infecto- contagiosas (Víctor H. Tessi, 1995:62) en el complejo territorio del Barrio de Las Flores. Esta experiencia, que intenta evitar la llegada de una población desposeída a las zonas céntricas de la ciudad, se profundiza con la implementación de diversos programas que son propiciados desde diferentes niveles de organización (internacional, nacional y local), permitiendo ampliar la cobertura de atención a las zonas “periféricas”, permitiendo “tener cerca de la población” un obstetra, un pediatra o un médico clínico, para ser atendidos allí donde las cosas ocurren, hace del Hospital Roque Sáenz Peña el primer hospital de derivación.

En el año 1989 las autoridades de la Secretaría de Salud Pública Municipal postulan un cambio en la organización de sistema: creando la Dirección de Atención Primaria, dependiente de la Dirección General de Atención Médica, con la misma categoría que los hospitales y con independencia presupuestaria. Decreto Municipal N° 0769, (Rovere 2005:15) cuya propuesta programática es “brindar una salud integral en los Centros de salud que dependen de ella, decimos integral pero no solamente dirigida a la madre y el niño sino también dirigida al adulto” (Tessi, 1995: 63) Creando un espacio paralelo que pone un tinte local a la organización de la APS.

Las sucesivas administraciones municipales continuaron con esta modalidad llegando hasta la actualidad en cuyo transcurso se crearon el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (año 1999) y numerosos Centros de Salud que actualmente llegan al número de 54.



Este modelo de atención impulsado por la secretaría de Salud de la Municipalidad de Rosario, se basa en la RED de Servicios, (Testa, 1997: 161-163)

es un sistema mediante el cual las personas no acceden a un servicio de atención aislado sino a un conjunto de servicios articulados según su nivel de complejidad, los cuales interactúan en función de las necesidades de los usuarios.

Esto implica una red de establecimientos organizados según 3 niveles de complejidad:

**Un primer nivel**, conformado por los Centros de Salud los cuales están distribuidos en las zonas donde habitan las poblaciones desposeídas del municipio, ahora organizados por distrito.

**Un segundo nivel**, integrado por tres hospitales: “Dr. Roque Sáenz Peña” (HRSP), “Intendente Gabriel Carrasco” (HIC) y “Juan Bautista Alberdi” (HJBA), un servicio de Internación Domiciliaria, dos Maternidades: Martín y la ubicada en el HRSP y el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario (CEMAR)

**Un tercer nivel**, constituido por los dos hospitales de mayor complejidad y tecnología: Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Álvarez” (HECA) y el de niños “Víctor J. Vilela” (HNVJV) y un instituto de rehabilitación al Lisiado ILAR.

Esta RED se complementa con el Servicio Integrado de Emergencia Sanitaria (SIES) el cual consta de ambulancias para traslados y emergencias.

Los establecimientos están interconectados por procedimientos administrativos de referencia y contrarreferencia que ordenan la circulación interna de los usuarios del sistema, también implica un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue mas o menos disciplinado las normas internas de ingreso y circulación.(Concejo Deliberante, 1993)

Complementando este sistema de referencia – contrarreferencia las políticas municipales implementaron el sistema de adscripción de pacientes,

consistente en un equipo conformado por médico y enfermero pertenecientes a un Centro de Salud a los que se les designa un número determinado de pacientes para su control y tratamiento en el primer nivel de atención. Definido desde la gestión como: “La adscripción de pacientes a equipos de referencia”, es asumida en nuestro modelo como un contrato entre el Estado y los ciudadanos que se suscribe a través de los trabajadores de la salud, de modo que “cada equipo de referencia compuesto por un médico y un enfermero, asume en relación a su población adscripta la responsabilidad por el cuidado de la salud y actúa como su agente en la RED de servicios a fin de asegurar que se logren todas las intervenciones necesarias para garantizar procesos terapéuticos integrales y efectivos” (Jorge Elder – Carlos Toni, 2004: 2)

Actualmente, la gestión de salud Municipal, desde su Página Web, redefine su política de Salud, expresando para el público general:

- La política de salud promueve la construcción de entornos saludables donde las personas se relacionan y participan en ejercicio pleno de su ciudadanía.
- Salud y calidad de vida guardan una estrecha relación con el medio ambiente físico, social, laboral y con los factores socioeconómicos y culturales. Desde esta mirada nos proponemos un trabajo integrador para la construcción de opciones y entornos saludables.
- En el marco de las políticas generales del municipio, estamos trabajando en la construcción de los distritos sanitarios que pretenden recuperar la idea de territorialidad que guía la gestión municipal para plasmarla en la red de salud. De este modo, cada equipo de gestión del distrito tendrá autonomía para tomar decisiones, integrando en sus propuestas de trabajo el protagonismo de la comunidad en la definición de prioridades, estrategias para abordarlas y la evaluación de las acciones.

- En el nivel local, el trabajo en los distritos se construye de forma intersectorial, articulando acciones con las demás secretarías de la Municipalidad desde una perspectiva integral de las problemáticas de la salud.
- Las directrices que guían este proceso son la equidad, el protagonismo de la comunidad, la eficacia social y la contextualización de las prácticas de los trabajadores de la salud.
- La acción basada en la estrategia de atención primaria y en este marco, el modelo de promoción de la salud aporta una visión dinámica, donde la salud se entiende como un recurso para la vida cotidiana más que una meta final. Esto implica trabajar cotidianamente en un proceso que permite a las personas tener mayor autonomía sobre su propia vida y al mismo tiempo mejorarla.

## Capítulo V:

### EL HOSPITAL “DR. ROQUE SÁENZ PEÑA”

- **Su Historia:**

En los albores del siglo XX el barrio Sáenz Peña estaba conformado por una población de características obrera, que trabajaba en las empresas de la zona: frigorífica, de ferrocarril, los astilleros. Los residentes, en su mayoría inmigrantes europeos llegados en búsqueda de un mejor futuro, compartían una ideología de protección social a cargo del estado. Es así que reconociendo sus necesidades y los derechos que los asistían, el grupo de vecinos reunidos en la Liga Patriótica Argentina (Brigada del barrio Roque Sáenz Peña), reclamaron la instalación de una Estación Sanitaria y Sala de Primeros Auxilios para asistir las necesidades de la creciente población. Su solicitud logra concreción el 24 de octubre de 1921, cuando el Intendente Municipal Don Cecilio Juanto firma el decreto que “autoriza a la Liga Patriótica Argentina, Brigada Sáenz Peña a instalar por su cuenta en la Av. Del Rosario 595 de dicho barrio una Estación Sanitaria y Sala de Primeros Auxilios Nocturnos”, que es incorporada a la Dirección General de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública de la Ciudad, (Digesto municipal, 1921) que comprendía en esa época tres secciones: Asistencia Pública, Profilaxis e Higiene Social.

- **Los servicios prestados:**

Para la primera sección, la asistencia hospitalaria; asistencia médica en los consultorios externos de los hospitales, Casa Central y Estaciones Sanitarias, asistencia médica a domicilio, de urgencia y primeros auxilios; provisión de medicamentos a los enfermos que justifiquen ser pobres; servicios de necropsias y transporte de enfermos y heridos.

Para la sección de “Profilaxis” que brindaba servicios mediante la Oficina de Educación Sanitaria Popular; la Escuela de Enfermeras Visitantes a Domicilio; Inspección Veterinaria; Oficina de vacunas antivariólica y demás enfermedades infecciosas; Instituto de vacuna antirrábica; Dispensarios antituberculosos; Dispensario antivenéreo (policía sanitaria de la prostitución); Estación de desinfección; Inspección de establecimientos considerados insalubres, peligrosos; Inspección de fábricas, talleres, cementerios; Vigilancia de los productos alimenticios; Inspección de hoteles, restaurante, fondas, etc.; Inspección higiénica de los hospitales, sanatorios, asilos, establecimientos similares; profilaxis antialcohólicas.

Para la sección de “Higiene Social” que comprendía la asistencia del obrero, la protección de la madre y el niño, la protección legal de la maternidad en menores de edad y represión del aborto (Pignetto, 1925: 39 - 40) mostrando los espacios de incongruencias para quienes ejercían el poder en esas épocas históricas y los modos de gestión, planificación e intervención.

En 1924 la Municipalidad de Rosario acepta la donación del predio ubicado en las intersecciones de las calles Casado y Ayacucho que hace la Sociedad Anónima “El Saladillo” destinado a la construcción de un edificio para la asistencia Pública (Consejo Deliberante, 1924). Un año mas tarde, el 29 de septiembre de 1925 se aprueba la propuesta de los Sres. Luis J. Garelo y José Novello para la edificación en ese predio de la nueva Estación Sanitaria del barrio Roque Sáenz Peña (Consejo Deliberante, 1925), constituyéndose en 1932 la mejor equipada y mas higiénica de la ciudad; constaba con dos consultorios externos y dos salas independientes con seis camas en total. Sin embargo, se encuentran escritos que hablan del colapsado de los servicios, por no crecer la oferta al mismo ritmo que la demanda de la población en la década del '30. Se podía decir que la situación sanitaria municipal enfrentaba las dificultades de falta de recursos ante el “ritmo vertiginoso con el que arribaban a estos puertos la inmigración llamada por los gobiernos locales” (Morcillo, 1933: 167 - 172).

Esta compleja situación influyó en las autoridades municipales de la época para la creación de un Hospital en el barrio Roque Sáenz Peña, cuya finalidad según palabras del Intendente Esteban Morcillo “Es Albergar a los pacientes en un lugar digno donde puedan terminar sus días”. (Morcillo, 1933: 167 - 172)

Finalmente el Hospital de Crónicos fue fundado el 28 de agosto de 1933, sito en el Colegio de Monjas de la esquina de Av. Del Lucero (ex Av. del Rosario) y Laprida bajo la dirección del Dr. Marcelino Campana, contaba con un servicio de maternidad, de ginecología y venéreas, asistencia a niños y primeros auxilios. La construcción constaba de una superficie cubierta de 2200 metros cuadrados en dos plantas y bajo conceptos arquitectónicos de la época. En el pabellón A: se ubicaron la dirección, la administración, la farmacia y cuatro consultorios para servicios externos. En la planta alta se alojaban los médicos y practicantes. El pabellón B: estaba destinado a los enfermos, con cinco salas divididas en Boxes con capacidad para 200 camas. Allí estaba también el comedor, alojamiento para enfermeras, la cocina, el lavadero, los servicios de guardia, horno incinerador de residuos, la morgue y el garaje para ambulancias.

Acompañando los diversos sucesos políticos, sociales e históricos de la época, el Hospital fue desarrollando características propias que le permitieron alcanzar pertenencia en la zona geográfica en la que se asienta, así como un fuerte reconocimiento social. En el año 1934, en una discutida sesión del Consejo Deliberante, se aceptó la denominación “Hospital Dr. Roque Sáenz Peña”, para el Hospital de Crónicos, nombre que aún hoy conserva. (Consejo Deliberante, 1934). Contó durante los años comprendidos entre 1949 al 1970 con la asistencia de las Hermanas Franciscanas de María con actividades de enfermería, economato y ropería. También se destacó el rol de la Asociación Cooperadora creada por decreto del Poder Ejecutivo del 30 de marzo del mismo año (La Capital, 1949).

Durante el año 1952 resistió un intento de desmantelamiento mediante el que se pretende convertirlo en Gerontocomio, este proyecto fue finalmente archivado (La Capital, 1999). Desde allí comenzó una etapa de remodelación en el que se realizaron la ampliación de salas de internación y el incremento de su equipamiento. Crecimiento que fue sostenido en el tiempo tanto en la infraestructura como en lo concerniente a la formación académica, creándose la escuela municipal de post-grado a cargo de los Dres. Rafael Babini y el Dr. José Martínez.

A partir del decreto N° 41524 del 6 -11-1970, durante la Intendencia del Sr. Beltramo, realizó la primera de las tres etapas de remodelación de la estructura de hormigón armado, en el decreto se menciona que tiene una superficie de 6000 metros cuadrados, 3 pisos, 180 camas y dos salas de Cirugía.

En 1976, época de la Dictadura Militar durante la intendencia de el Tte. de Navío Félix Cristiani, son cerrados varios servicios, quedando reducido el hospital a la Maternidad Roque Sáenz Peña, que acorde a las necesidades y avances tecnológicos adiciona neonatología y retiene una guardia general de 24 horas.

Hacia fines de la dictadura (año 1981), como respuesta a los reclamos de la población, se reabren las salas de clínica médica. Con el advenimiento de la democracia, en 1983, son llevadas a cabo tareas de recuperación, ampliándose la oferta a los servicios de ginecología, internación de clínica general para hombres y mujeres (16 camas cada una) y consultorios externos de clínica, cardiología y otorrinolaringología. Posteriormente se incorporó los consultorios de pediatría, se ampliaron los consultorios externos para adultos más una oficina de Registro civil para el área de maternidad a partir de 1988 y se abrió el aula para la docencia de pre y posgrado.

A mediados de la década del 90 se produjeron varios adelantos edilicios, entre ellos la remodelación del servicio de clínica médica habiendo 14 camas en cada sala general y 6 en la de cuidados intermedios. Se construyó seguidamente

el Aula Auditorio y el Comedor para uso del personal, se amplió la sala de Rayos, se abrió la guardia de pediatría con internación transitoria de 24 Hs.

Todas estas reformas dejaron como resultado un camino muy sinuoso que sólo los habitantes habituales podían recorrer sin dificultades, por ello se reformuló la circulación interna, adicionando un parque y área de estacionamiento para el personal estableciéndose el control para el ingreso.

- **El Hospital Hoy:**

Actualmente el hospital Dr. "Roque Sáenz Peña", cuenta con una superficie de 4500 m<sup>2</sup>, dentro de la cuál se distribuyen los siguientes servicios asistenciales: Internación de Clínica Médica, 28 camas generales y 6 de cuidados intermedios; Maternidad, 31 camas; Neonatología 20 unidades; Internación transitoria pediátrica, 2 camas; Internación transitoria de adultos, 4 camas; Consultorios externos de clínica médica y especialidades, consultorios externos de clínica pediátrica, Salud Mental, Fonoaudiología, Odontología, Hemoterapia, Laboratorio bioquímico y bacteriológico, Diagnósticos por Imágenes, Trabajo Social, Nutrición, Farmacia, Guardia de 24 Hs. (General, pediátrica, radiología, laboratorio, hemoterapia, obstetricia, anestesia) y los llamados Servicios generales: Bioingeniería, Mantenimiento Edificio, Economato, Ropería, Vigilancia, Cocina, Central Telefónica, Administración General, Estadística, Arquitectura, Asesoría Legal, Dirección Asociada Administrativa.

Se lo reconoce desde la política sanitaria como un hospital de segundo nivel que recibe la demanda derivada desde los Centros de salud de la zona sur y directa a sus consultorios externos.

## Capítulo VI:

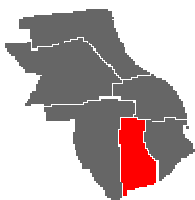
### **OFERTA DE SERVICIOS DESDE EL HOSPITAL ROQUE SÁENZ PEÑA**

Construir un el conocimiento ajustado de la oferta de servicios de un efector, requiere analizarlo desde variadas fuentes de información posibilitando el abordaje tanto desde la producción Institucional –recogida a través de los registros estadísticos que reflejan lo hecho, cuantificado en este caso por la “Consulta Médica” y por otra la versión de sus protagonistas directos, “las personas que trabajan todos los días en los servicios. En este capítulo se reflexiona sobre la organización de los servicios establecida en los documentos y la producción desde los registros Hospitalarios Ley Nacional 17.722 y Ley Provincial 6533.

Reconocer las características de los servicios que oferta el Hospital Roque Sáenz Peña implica ubicarlo en el segundo nivel de atención en horizontalidad con los hospitales Intendente Carrasco y Alberdi. A pesar de ello cada uno presenta características propias que los relacionan con la población a la que asisten.

Al Hospital Roque Sáenz Peña, ubicado en el distrito sur de la ciudad de Rosario, se le reconoce un área de influencia de: 3.895 Ha., la segunda en jerarquía dentro de los efectores municipales de segundo nivel que comprende la zona reconocida como distrito Sur y parte del Suroeste. En la zona sur de la ciudad se describe mayor densidad de población (69 Hab. / Ha) con importantes asentamientos irregulares, con una población total de 160.777 habitantes.

## Ubicación Geográfica y Población del área de Influencia



### Distrito Sudoeste

**Población:** 103.446 habitantes.

**Superficie:** 2.019ha., un 11,3% del total del Municipio.

**Densidad de población:** 51,23 habitantes/ha. **Vivienda:** 28.284 unidades de vivienda.

**Límites:**

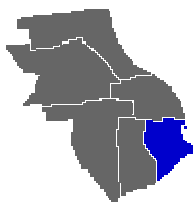
**Al norte:** calle Amenábar.

**Al este:** las vías del ex F.C. Belgrano (Futura Troncal) y el Bv. Avellaneda.

**Al sur:** el Arroyo Saladillo.

**Al oeste:** las vías del F.C. Belgrano (Futura Troncal) y el Bv. Avellaneda.

### Distrito Sur



**Población:** 160.771 habitantes.

**Superficie:** 1.876 ha., un 10,5% del total del Municipio.

**Densidad de población:** 85,69 habitantes/ha.

**Vivienda:** 48.541 unidades de vivienda.

**Límites:**

**Al norte:** la calle Amenábar, la Av. San Martín y la Av. 27 de Febrero.

**Al este:** el Río Paraná.

**Al sur:** el Arroyo Saladillo.

**Al oeste:** la Av. San Martín, las vías del F.C. Mitre y el Bv. Oroño.

Desde los estudios de Producción, a través de una serie compuesta por el promedio de 10 años de producción, 1995 – 2005, elaborados por la Dirección de Estadística de la SSP Municipal, es posible reconocer que es el hospital de segundo nivel con mayor producción de consultas ambulatorias, dentro de los servicios dependientes de la Municipalidad de Rosario.

**Relación área de cobertura / número de habitantes / densidad de población entre los tres hospitales de II Nivel.**

Hospital	Sup. Zona Influencia	Número de Habitantes	Densidad Población
HJBA	3.502 Ha.	131.495	37 Hab. / Ha.
HIC	10.472 Ha.	261.047	67 Hab. / Ha.
HRSP	3.895 Ha.	160.777	69 Hab. / Ha.

**Fuente:** Dirección de estadística SSP, año 2006

En análisis de la distribución de las consultas muestra el funcionamiento del efector, que registra un 45,55% de las consultas desde el servicio de guardia; hecho que no se reproduce en los otros dos servicios del mismo nivel, demostrando la preponderancia de la guardia dentro de la oferta de servicios que posee el hospital.

**Características de las Consultas a los efectores del segundo nivel por área de atención.**

Hospital	Total Consultas	Guardia	Consultorio Ext.
HJBA	93572	36214	57478
HIC	133400	36200	97201
HRSP	163757	77865	85892
Centenario	233880	43800	190080
Provincial	138520	51100	87420

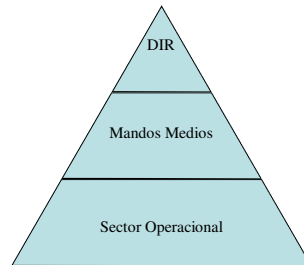
**Fuente:** Dirección de estadística SSP, (Promedio anual, serie de 10 años 1995 – 2005)

- **Organización Administrativa del HRSP:**

La organización de la gestión del HRSP se muestra como una estructura de piramidal, en cuyo vértice se ubica la Dirección - que a su vez responde a la Dirección General de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud Pública - y en la base el sector operacional – asistencial, en la parte media de esta pirámide se ubican los mandos medios, jefes de servicio o coordinadores. (Figura 1)

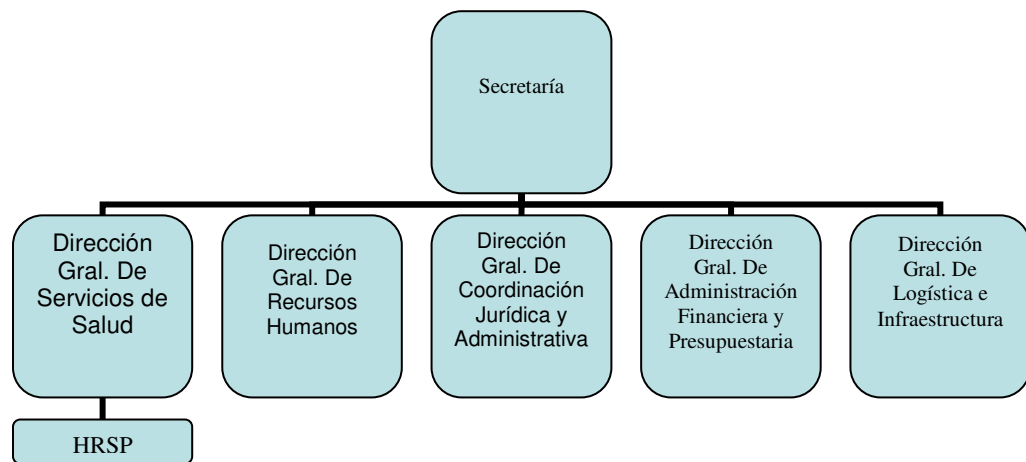
## 1. Pirámide Administrativa HRSP.

Dirección General de Servicios de Salud

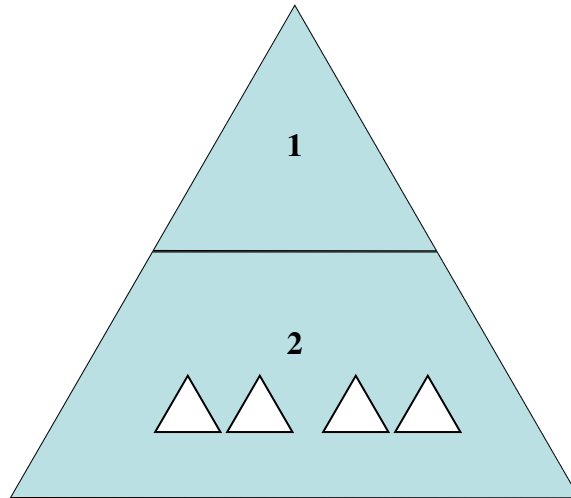


Al interior de esta gran pirámide se reproducirán otras tantas que describen los diferentes servicios alojados dentro del Hospital, así los procesos de gestión de la atención deben circular por los numerosos estratos creados dentro la gran pirámide, respetando siempre las jerarquías, haciendo complejas las posibilidades de actuar con rapidez en la búsqueda de soluciones de gestión; ya que es necesario atravesar numerosos e intrincados caminos para hacer proposiciones; también hacen difícil la evaluación de las acciones, dado que los tiempos del recorrido y los numerosos responsables dificultan el proceso . (Figura 2)

### Diagrama de la dependencia administrativa del Hospital Roque Sáenz Peña



## 2. Estructura Administrativa Interna del HRSP



Nº	Referencia
1	Dirección
2	Servicios

La oferta oficial del hospital puede describirse de la siguiente manera: Guardia de adultos y pediatría, Consultorios Externos destinados a Clínica, Pediatría y Especialidades Médicas, Consultorios de Especialidades no Médicas Internación polivalente para hombres y mujeres, Maternidad, Neonatología, Servicios de Diagnóstico y Tratamiento, los que se describen según sus funciones y producción a continuación.

- **Servicios de Guardia:**

La guardia médica ocupa un lugar destacado en la oferta de servicios de atención del Hospital. Esta ubicada en la parte posterior del edificio con ingreso

por Av. del Rosario. Posee una calle interna paralela a Laprida entre Regimiento 11 y Av. del Rosario exclusiva para ambulancias, recibe la demanda de pacientes adultos y pediátricos, en estructuras edilicias separadas. La atención médica y de enfermería es continua y sin restricción alguna al ingreso de pacientes. Se destaca la libre accesibilidad por tratarse de un servicio al que habitualmente concurre una importante cantidad de pacientes con todo tipo de demandas, desde situaciones banales hasta heridas de diferente consideración. Todos ellos son registrados y atendidos por orden de llegada, priorizándose en el esquema de atención las urgencias y emergencias, clasificación que queda a cargo del personal administrativo durante el horario de 8 a 24 Hs. durante la noche son los enfermeros quienes se disponen por orden de llegada o hacen consideración de lo urgente dejándolos pasar en primer lugar.

Cuenta con un área de internación transitoria, en la que los padecientes permanecen en observación y tratamiento, hasta su recuperación -con alta en tiempo de horas a un día-, en caso contrario son internados en las salas correspondientes. Para alcanzar un diagnóstico no sintomático, la guardia ha sido provista con el apoyo de los servicios de Diagnóstico por Imágenes y Laboratorio de Análisis Clínicos las 24 Hs.

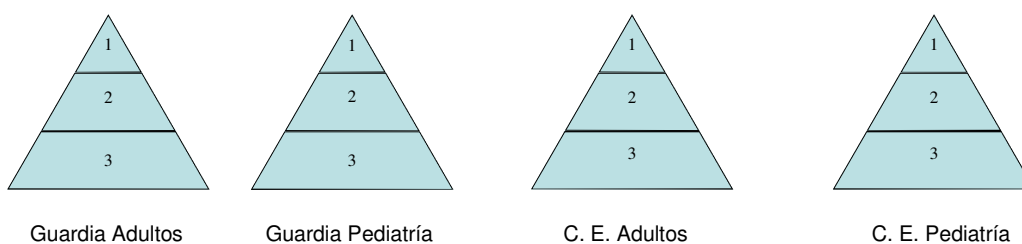
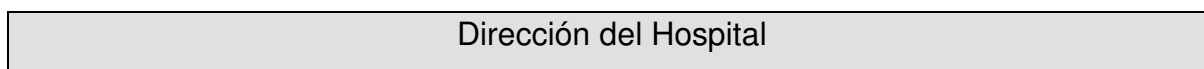
Las prácticas de enfermería que allí se efectivizan pueden agruparse de la manera siguiente: una compuesta por todas aquellas prestaciones que realiza el enfermero conjuntamente con el médico durante el acto de atención al paciente y otra que comprende aquellas prestaciones ambulatorias prescriptas por los médicos integrantes del servicio que abarcan: curaciones, nebulizaciones, inyectables y control de signos vitales.

El servicio cuenta además con provisión de medicamentos de reserva propia para las primeras dosis, ya que, la Farmacia sólo atiende de lunes a viernes en el horario de 8 a 18 Hs. y los sábados por la mañana.

Una ambulancia del Sistema de Emergencia Sanitaria (SIES), propiedad de la municipalidad, está siempre apostada en la puerta, con funciones de traslado de aquellos pacientes, que por su nivel de complejidad requieran la atención en un nivel superior al que el HRSP tiene, como referencia directa, estos son el Hospital de Emergencias Dr. Clemente Álvarez y el de Niños Víctor J. Vilela (Tercer nivel del sistema).

La organización administrativa de la guardia reproduce la estructura piramidal del sistema; en cuyo ápice se encuentra el jefe de guardia, en la parte media los responsables de la guardia de cada día y en el pié el personal asistencial. Esta estructura organizacional se repite tanto para la guardia de adultos como la de pediatría que funcionan con estructuras independientes y en paralelo, el personal de enfermería, que toma sus directivas del departamento de enfermería, así como los administrativos que deben responder al servicio de Estadísticas. (Figura 3)

### 3 Diagrama de la Estructura Administrativa de los 4 Principales Servicios del HRSP



Nº	Referencias
1	Jefe de Servicio
2	Responsable de guardia del día
3	Grupo Asistencial

El personal que integra la guardia de adultos esta compuesto por 1 Jefe y 11 médicos, con formación de generalistas, con contratos de modalidad de guardia de 36 Hs. que trabajan en parejas. Los que además de la asistencia, deben hacer docencia universitaria a 15 Médicos internos rotatorios, por convenio con la UNR, en las descripciones orales del servicio se los enuncia como cuentan con el apoyo de los médicos recién graduados que cursan el denominado Medicato, o los “medicatos” como se los denomina en la jerga diaria

El sector de guardia de Pediatría tiene asignado 1 jefe y 6 médicos que alcanzaron la especialidad de Pediatras, con igual modalidad de contrato. Se repite en ella la concurrencia de 15 “medicatos” realizando su año de rotación.

Como estructura paralela se encuentra el servicio de enfermería destinado a la guardia que consta también de un jefe, que a su vez depende del Departamento de enfermería y completa el equipo del turno mañana, completándose el personal con 15 enfermeros diplomados, para la guardia de adultos y 7 para la pediátrica, que cubren el servicio en número de 3 por turno y trabajan en forma rotativa cada 6 Hs. Dos en la guardia de adultos y uno en la pediátrica.

Para las tareas administrativas de registros de pacientes están asignadas 3 personas las que trabajan en el horario de 7 a 24 Hs y tienen dependencia del servicio de estadística.

Ambos servicios reciben la carga de supervisar las prácticas de los médicos en formación (Práctica Final Obligatoria – PFO) por convenio con la Universidad Nacional de Rosario.

La producción de estos dos servicios es la más importante del HRSP, registrándose un promedio semanal de 1.274 consultas médicas para adultos y

378 para pediatría. El área de enfermería realiza un promedio semanal de 1.274 prácticas en adultos y 378 en pediatría (Fuente: Índices rendimiento por sector, Dirección estadística SSP Municipalidad Rosario, 2007)

**Descripción de los Recursos humanos y producción de la Guardia:**

<b>Servicio</b>	<b>Personal contratado</b>	<b>Carga Horaria</b>	<b>Producción Promedio Semanales</b>
<b>Adultos</b>	12	36 Hs. semanales	1.274 consultas semana
<b>Pediatría</b>	7	36 Hs. semanales	378 consultas semana

Fuentes: Índices rendimiento por sector, Dirección estadística SSP Municipalidad Rosario, 2007

- **Consultorios Externos:**

Bajo esta denominación dentro de la estructura del HRSP se aglutinan aquellos servicios que brindan atención en forma ambulatoria, abarcando diferentes especialidades médicas; su oferta comprende adultos y niños.

**1. Servicio de Clínica Médica:**

Comprende servicios ambulatorios y de internación, físicamente el sector ambulatorio se ubica en la planta baja del edificio central, con acceso directo a los consultorios a través de calle Laprida, cuenta con 5 consultorios y una sala de espera común, los que son utilizados, además, por las diferentes especialidades que se alternan en el horario de atención: Anestesiología, Cardiología, Cirugía, Cirugía Plástica, Dermatología, Endocrinología, Fisiatría, Gastroenterología, Ginecología, Hematología, Neurología, Nutrición, Obstetricia, Reumatología, Traumatología, cubriendo la franja horaria de lunes a viernes de 8 a 18 Hs.

La estructura organizativa de los consultorios reproduce la pirámide vertical, cuya cabeza es un jefe de servicio con subalternos en la base operativa. Estando compuesta por 18 médicos con diferentes especialidades médicas los que tienen contrato laboral por horas semanales (24, 30 o 36 Hs), algunos de los cuales cumplen la carga horaria en mas de un efector municipal.

Completan la oferta de prestaciones un área de enfermería que cuenta con 2 enfermeros, quienes cumplen una carga horaria de 30 Hs. semanales.

**Descripción de los Recursos y producción  
Servicio de Consultorios Externos para Adultos**

Servicio	Personal contratado	Carga Horaria	Producción esperada	Producción Promedio Semanal
<b>Ambulatorio Medicina General Primer nivel</b>	2 Médicos	24 Hs. semanales	192 Consultas por Semana	76 Consultas por Semana
<b>Ambulatorio Clínica Médica</b>	4 Médicos	24 Hs. semanales	384 Consultas por Semana	105 Consultas por Semanas
<b>Ambulatorio Especialidades</b>	56 Médicos	24, 30 o 36 Hs. Semanales	1.070 Consultas por Semana	353 Consultas por Semana
<b>Ambulatorio enfermedades Crónicas</b>	2 Médicos	24 Hs. semanales	196 Consultas por Semana	116 Consultas por Semana
<b>Enfermería CE</b>	2 Enfermeros	30 Hs. semanales	180 Consultas por semana	122 Consultas por semana

Fuentes: Indices rendimiento por sector, Dirección estadística SSP Municipalidad Rosario, 2007

Los usuarios acceden a la atención de los especialistas sólo por **derivación**, provenientes desde el primer nivel de atención en los Centros de Salud, así como desde los servicios atendidos por los generalistas o clínicos del propio Hospital o desde el Servicio de Guardia.

Se destaca la palabra derivados ya que por disposición de la Dirección General de Servicios de salud y la Dirección de Atención Primaria *“todas aquellas personas que concurren directamente al Hospital para tener acceso a la atención del área ambulatoria deberán, en forma obligatoria, ser evaluados por el equipo de Admisión de Clínica”* (Sandra Martínez, 2008: 2) a cargo de una licenciada en enfermería, quién le otorgará un turno para el “Médico Generalista de Primer Nivel” quien tiene como función realizar un estudio presuntivo del paciente, determinando si el problema que presenta pertenece al nivel de resolución primario o secundario, que es el que ostenta el hospital; en cuyo caso procederá a derivarlo al consultorio que según su consideración correspondiera, comportándose como un doble filtro al acceso de la atención ambulatoria del hospital. Este primer nivel consta de 2 médicos para la atención de los demandantes.

He aquí un primer obstáculo para la atención, el concepto de accesibilidad a la atención, Donabedian (1980: 28) define que “La atención es accesible cuando es fácil de iniciarse y mantenerse. [...] depende de las propiedades de los proveedores, está estrechamente relacionado con la accesibilidad geográfica. La accesibilidad temporal, se refiere a las limitaciones sobre el momento en que el recurso se encuentra disponible (a diferencia de las limitaciones espaciales en el caso de accesibilidad geográfica). Según Donabedian: “las horas en que el médico atiende el consultorio o el servicio permanece abierto, determinan la posibilidad de los usuarios, especialmente de aquellos que trabajan, de recibir atención médica”.

Pechansky y Thomas (1981: 130) se refieren a la accesibilidad temporal como “adaptación”, a la que definen como “la relación entre la forma de organización de los recursos para aceptar usuarios y la posibilidad del usuario de adaptarse a esos factores sumado a la percepción de los mismos por parte del usuario”.

Resumiendo no siempre los usuarios pueden concurrir en los horarios que le son asignados, debiendo buscar otra alternativa para su atención.

La atención dispensada por los clínicos y especialistas se realiza con previa inscripción en la lista de consultorio (turno), generándose en algunos

casos prolongados tiempos de espera. Para lograr el acceso, el demandante deberá llamar telefónicamente, o hacer cola para obtener el turno, muchas veces desde la madrugada. En el caso de los pacientes derivados de los Centros de salud, la gestión implementó un sistema de turnos previos que son tramitados desde los mismos Centros de Salud mediante una planilla. Cada Centro de Salud tiene asignado un día de la semana, siendo otorgados automáticamente desde el hospital. En este listado el Centro debe ordenar los padecientes según el nivel de urgencia con el que requieran la atención, de forma que los más graves sean consignados en los primeros turnos asignados en la *grilla*, siempre con una espera de 15 días.

Este procedimiento de alguna manera reafirma la construcción del sistema de atención dividido en niveles, diseñado en la política de salud municipal, que instituye como puerta de entrada del sistema el primer nivel de atención ubicado en Centro de Salud.

Debido a que los pobladores, desconociendo esta programación, reclaman una atención directa al hospital se establece un primer nivel *filtro* dentro del hospital. Este mecanismo que funciona como una barrera para el acceso a los clínicos o especialistas, en definitiva reorienta el flujo de los pacientes hacia el servicio de guardia en busca de una solución más rápida a sus pesares.

El perfil patológico que es posible construir desde los informes de consultorio externo muestra para los adultos un predominio de las llamadas enfermedades crónicas, destacándose Asma, Artropatías e Hipertensión Arterial, las que requieren de un control periódico. Por ello, el servicio de clínica implementó un dispositivo por el cual se le adjudica un médico de cabecera (con especialidad es clínica médica) a cada paciente, quién es el encargado del seguimiento de la evolución y tratamiento. Hoy son seguidos 350 padecientes mensuales en el programa. Cada padeciente recibe un “Carnet de Tratamiento Prolongado”, por medio del cual se lleva control de la medicación, y se le indica

las fechas de los controles periódicos, los que, de no haber una urgencia, se realizan cada 3 meses. Para satisfacer esta demanda de pacientes crónicos el hospital se han asignado 2 médicos clínicos, quienes dentro de su contrato también cumplen la función de médicos del denominado primer nivel.

## **2. Servicio de Pediatría:**

Es un servicio destinado a los niños, que son traídos a la consulta por sus madres, procedentes de la zona de influencia del hospital. Físicamente se ubica en la parte frontal del edificio original, sobre el hall central con acceso directo por un pasillo. Su estructura física, otrora de 12 consultorios, ha quedado reducida, en virtud de la construcción de las nuevas instalaciones destinadas a la Guardia Médica. Ahora debe compartir los consultorios externos con clínica médica, hecho que dificulta la capacidad operacional.

Oferta sus servicios en el horario de 8 a 17 Horas y con un staff de 9 médicos pediatras, contratados con una carga horaria de 24 Hs. semanales. Además de la atención ambulatoria de clínica pediátrica cuenta con servicio de especialidades pediátricas: Alergia, Cardiología, Gastroenterología, Infectología, Nefrología, Neurología, Nutrición, Urología, servicios de Vacunación y Enfermería que brinda atención durante todo el horario que permanecen abiertos los consultorios a través de 3 enfermeros. Todo el personal médico ostenta la especialidad de pediatría y la sub. Especialidad correspondiente.

Los pacientes acceden directamente al mismo por medio de turnos programados o a través de las derivaciones que se realizan desde los Centros de Salud del área de influencia. Para completar sus prestaciones realiza interconsultas con especialidades del Hospital de Niños Víctor J. Vilela.

La estructura administrativa del servicio no difiere de los demás. Se trata de la clásica organización piramidal con un Jefe en el vértice y el grupo asistencial en la base, el personal de enfermería tiene la particularidad al igual que en otros servicios de tener una doble dependencia administrativa por un lado la propia del sector de pediatría y por otro la del departamento de enfermería.

Completando sus prestaciones este servicio realiza acciones de prevención y promoción de la salud de forma rutinaria con los pacientes y la comunidad donde se encuentra inserto el mismo.

El conjunto de actividades realizadas por este servicio arrojan un promedio de 180 consultas semanales, con un importante pico estacional durante los meses de Junio a Septiembre.

**Descripción de los Recursos y producción  
Servicio de Consultorios Externos de Pediatría**

<b>Servicio</b>	<b>Personal contratado</b>	<b>Carga Horaria</b>	<b>Producción esperada</b>	<b>Producción Promedio semanal</b>
<b>Pediatría</b>	6 Médicos	24 Hs. semanales	576 consultas por semana	140 consultas por semana
<b>Especialidades</b>	10 Médicos	varias	960 consulta por semana	40 consultas por semana
<b>Enfermería</b>	3 Enfermeros	30 Hs. semanales	270 consultas por semana	80 consultas por semana

Fuentes: Índices rendimiento por sector, Dirección estadística SSP Municipalidad Rosario, 2007

### **3. Maternidad:**

Ubicada en la estructura original del hospital sobre el ala que linda con la calle Regimiento 11, tiene entrada propia facilitada por las recientes modificaciones edilicias a través de un pasillo por la calle Laprida que habilitan una Guardia propia, Consultorios externos, Internación (con 27 camas), Sala para mamás con sus hijos recién nacidos internados (5 camas), Sala de pre parto (3 camas), dos Salas de parto y un Quirófano.

Su misión, impuesta en los tiempos del Programa Materno Infantil (1977) es *“dar respuesta a los problemas tocoginecológicos e infantiles del área de influencia, con énfasis en lograr un cambio del perfil patológico tanto materno como perinatal, disminuyendo la mortalidad materna y perinatal”*.

Administrativamente el servicio depende de la Dirección del Hospital, con una estructura piramidal interna, presidida por un Jefe de Servicio de la Maternidad y con los profesionales con funciones asistenciales en la base. El área Maternidad cuenta con un 1 Jefe, 1 subjefe de servicio (que en este caso no se integran a las guardias), mas un plantel de 10 médicos obstetras con contratos de 36 Hs. semanales, que distribuyen en 24 de guardia y 12 de consultorio externo. Las guardias son compartidas por dos obstetras por turno. Desde 1981 se crea la residencia médica de obstetricia que completa el plantel con 16 residentes (4 por año de residencia) los cuales cumplen una carga horaria de 52 Hs. mensuales.

Los médicos obstetras realizan las consultas en los consultorios externos del hospital, con una producción de 32 consultas semanales.

Completan su estructura de personal los enfermeros 1 Jefe más 15 enfermeras y el personal administrativo. El servicio brinda cobertura durante las 24 horas del día a través de su guardia para la especialidad de obstetricia, realizando a través de los consultorios externos el control y evolución del embarazo de alto riesgo.

Para completar su ciclo de atención el sector trabaja principalmente en relación con tres servicios. Diagnóstico por Imágenes, principalmente con el consultorio de ecografía, Laboratorio de Análisis Clínicos y con Medicina Transfuncional.

#### **4. Ginecología:**

La atención es realizada por médicos especialistas (tocoginecólogos) que realizan las prácticas propias de la obstetricia y ginecológicas las cuales incluyen:

- Planificación familiar
- Patología cérvicovulvar
- Patología mamaria
- Infertilidad
- Climaterio
- Endocrinología ginecológica

Consta de 5 consultorios, al que se suma el destinado a enfermería, posee 10 médicos con una carga horaria de 36 Hs. semanales, a través de los cuales ofrece atención de 8 a 15 horas. La producción promedio es 95 consultas semanales.

Las pacientes acceden al servicio sin restricciones, por medio de un turno previamente otorgado para ser atendidas en los consultorios externos a través de la oficina de atención al ciudadano (antigua mesa de entradas) lugar en el cual son otorgados los turnos a los usuarios.

Administrativamente el servicio depende de la jefatura de los consultorios externos.

## **5. Neonatología:**

Dentro de la estructura edilicia del hospital el servicio se encuentra ubicado en el ala norte, paralelo a la calle Regimiento 11, con ingreso a través de un pasillo por calle Laprida, contiguo a la maternidad.

Esta disciplina estrechamente vinculada al momento perinatal y a la pediatría posee modalidades de trabajo diversas según se trate de los recién nacidos sanos o patológicos. La Función con relación a los niños recién nacidos sanos que se alojan en el sector de internación conjunta, en la sala general de la maternidad, consiste en el seguimiento de la adaptación, control evolutivo del niño e informando a la madre sobre los cuidados generales que deberá tener con el

mismo luego del alta instruyendo la derivación a Centro de Salud más cercano a su domicilio.

Los recién nacidos patológicos, estos son internados en una sala que cuenta con una dotación de 10 incubadoras, 2 servocunas, 10 cunas y equipamiento tecnológico para la atención de los recién nacidos de alto riesgo para su tratamiento y evolución.

También se brinda la vacunación, según normas vigentes, a todos los internados antes del alta y la detección de enfermedades congénitas.

En su organización el servicio sigue la misma modalidad que otros sectores del hospital, una estructura piramidal con un jefe en su vértice, luego los mandos medios y el sector asistencial en su base. Para desarrollar las actividades cuenta con un plantel compuesto por 1 Jefe de servicio y 16 médicos, con contrato por 36 horas semanales a cumplir 24 horas de guardia y 12 de consultorio externo destinado a los niños de alto riesgo antes de ser derivados. Al momento del alta los niños son referidos al Centro de Salud más próximo a su domicilio para el control y evolución. En los casos de recién nacidos gravemente enfermos son derivados al Programa de Seguimiento Adecuado del Niño de Alto Riesgo (SANAR), el cual realiza estrategias adecuadas y específicas para su problemática. Para desarrollar su actividad este sector trabaja en conjunto con los servicios de Radiología, Ecografía, Laboratorio de Análisis Clínicos y Medicina Transfuncional.

Como particularidad el servicio de neonatología permite el ingreso libre de los padres, especialmente de las madres que participan activamente en la atención de los bebés, presencia que es considerada prioritaria cuando pasados los momentos críticos el niño comienza a tomar el pecho.

### Descripción de los recursos y producción

Servicio	Personal contratado	Carga Horaria Destinada a consulta externa	Producción esperada	Producción Promedio
<b>CE ginecología</b>	9 Médicos	36 Hs. semanales	1.296 consultas por semana	250 consultas semana
<b>CE obstetricia</b>	10 Médicos	12 Hs. semanales	480 consultas por semana	50 consultas semana
<b>CE RN alto Riesgo</b>	16 Médicos	12 Hs. Semanales*	768 consultas semana	327 consultas semana
<b>Programa sanar</b>	3 Médicos	36 Horas semanales	432 consultas semana	128 consultas semana

**Fuentes:** Índices rendimiento por sector, Dirección estadística SSP Municipalidad Rosario, 2007 \* solo se consideran las horas de contrato destinadas al consultorio externo.

### Internación:

El sector de internación está ubicado en el 1º Piso del edificio sobre los consultorios. Cuenta con 28 camas generales y 6 para la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIM) donde son internados aquellos pacientes que necesitan un mayor control médico y de enfermería. Para la evolución de los enfermos del sector consta con la presencia de médico y enfermeros durante las 24 Hs. del día.

Durante el período de internación además del control evolutivo de las diferentes patologías, el paciente recibe acciones de educación y prevención sobre enfermedades de transmisión sexual, adicciones, tabaquismo y el control adecuado de enfermedades prolongadas y crónicas.

Este servicio para su funcionamiento está relacionado con los servicios de diagnóstico y tratamiento, Laboratorio de análisis, Diagnóstico por imágenes, Medicina transfuncional, Kinesiología y con las diferentes especialidades médicas

para las interconsultas, esta relación es diaria, con quienes acuerdan horarios y modalidades de trabajo.

**Descripción de la producción  
Servicios de Internación**

<b>Tipo Internación</b>	<b>Nº Egresos anual</b>	<b>Promedio diario camas</b>	<b>Promedio días estadía</b>
<b>Guardia Adultos</b>	<b>1.696 Pacientes</b>	<b>4 Camas</b>	<b>1 Día</b>
<b>Guardia Pediátrica</b>	<b>105 pacientes</b>	<b>2 Camas</b>	<b>2 Días</b>
<b>Clínica Femenina</b>	<b>445 Pacientes</b>	<b>12 Camas</b>	<b>7 Días</b>
<b>Clínica Masculina</b>	<b>409 Pacientes</b>	<b>12 Camas</b>	<b>8 Días</b>
<b>Ginecología</b>	<b>282 Pacientes</b>	<b>2 Camas</b>	<b>2 Días</b>
<b>Obstetricia</b>	<b>2.177 Pacientes</b>	<b>23 Camas</b>	<b>2 Días</b>
<b>Neo</b>	<b>371 Pacientes</b>	<b>6 Camas</b>	<b>6 Días</b>
<b>Neo UTI</b>	<b>372 Pacientes</b>	<b>14 Pacientes</b>	<b>7 Días</b>
<b>UCIM</b>	<b>258 Pacientes</b>	<b>6 pacientes</b>	<b>5 Días</b>

**Fuentes:** Índices rendimiento por sector, Dirección estadística SSP Municipalidad Rosario, 2007

Al focalizar el análisis en la oferta del consultorio externo del hospital que comprende los servicios de clínica y especialidades médicas llama la atención su índice de producción el cual está por debajo de lo expresado en la teoría arrojando un promedio de 2 consultas por hora.

Completando esta descripción de la oferta de servicios ambulatorios que ocurre en el hospital se recurre a una tabla comparativa entre los diferentes guarismos de producción para estos dos servicios, brindados desde la estadística oficial, los responsables de cada servicio y la teoría. Para ello se acude a los registros provenientes de la última publicación proveniente de la Dirección de

Estadística de la SSP, la cual brinda las actividades finales por efector registradas durante el año 2007, de los guarismos de producción descritos por cada uno de los responsables de los principales servicios ambulatorios del hospital y por último a la versión teórica de Metodología para el cálculo de plantas óptimas funcionales Hospitalarias, realizadas por el consultor Luis E. García Fanlo (1996), siguiendo los lineamientos del trabajo de Paganini José María, (1993:2 - 27)“Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria” OPS/OMS.

**Tabla comparativa producción 2 principales servicios  
Guardia Médica – Consultorios Externos**

<b>Servicio</b>	<b>Promedio Consultas Hora / estadística*</b>	<b>Promedio Consultas Hora / Resp. Serv. **</b>	<b>Promedio Consultas Hora / Teoría ***</b>
<b>Guardia Adultos</b>	2 Consultas	7 Consultas	4 Consultas
<b>Guardia Pediátrica</b>	1 Consulta	3 Consultas	4 Consultas
<b>Consultorio Externo Adultos</b>	2 Consultas	3 Consultas	4 Consultas
<b>Consultorio Externo Pediatria</b>	2 Consultas	4 Consultas	4 Consultas

**Fuentes:** \* Índices rendimiento por sector, Dirección estadística SSP Municipalidad Rosario, 2007, \*\* Resultados de producción descritos por los responsables de los principales servicios, \*\*\* Metodología de calculo de los planteles básicos hospitalarios / Consultor Luis E. García Fanlo, 1996

Al observar la tabla en primer término llama la atención la diferencia existente entre la oferta de servicios que figura en los registros y la oferta perteneciente a los mismos servicios descritos por sus responsables. Situación que lleva a preguntarse que forma de evaluación siguen para el servicio que coordinan; que importancia le otorgan a los registros de producción, implicando como y quién los realiza, con que frecuencia y de la forma en que dichos datos son transmitidos a la oficina de estadística. Además considerar cuan fiel es la información que manejan los responsables de los servicios, si está basada en datos registrados o en apreciaciones personales. Ya que según algunas

expresiones son muchos los demandantes atendidos en los pasillos y/o fuera de planillas – en este caso valdría la pena reflexionar sobre la calidad de esa atención.

Paralelamente puede observarse que no existe coincidencia entre los valores teóricos de producción establecidos para los profesionales médicos con las cifras brindadas por los responsables de los servicios, existiendo diferencia por exceso y defecto, solo en el caso de la producción de los consultorios externos de pediatría expresan iguales cifras.

Avanzando en el análisis, puede apreciarse también una no concordancia entre los valores de producción estadísticos y los valores teóricos de producción, estando los primeros por debajo del valor promedio considerado como óptimo, de esta manera en un consultorio externo la producción de un médico con una carga horaria de 24 Hs. semanales realizando 4 consultas por hora su producción es de 96 consultas por semana, si consideramos 4 semanas laborales al mes se tendrá una producción promedio de 384 consultas mensuales.

Mientras que el valor registrado es mucho menor, un 50% menos, por ello un médico con igual carga horaria al atender 2 pacientes por hora tiene una producción de 48 consultas semanales, considerando 4 semanas laborables al mes, arroja un promedio de 192 consultas mensuales.

En síntesis, la producción realizada en los consultorios ambulatorios del HRSP, y expresada a través de los registros estadísticos, se encuentra por debajo del valor promedio establecido por la teoría y del número de pacientes atendidos brindados por los responsables de los servicios para un mismo período.

Situación que remite a un problema de accesibilidad, puntualmente accesibilidad socio – organizacional (corresponde a las características no espaciales de los recursos que obstaculizan o facilitan la utilización de los servicios) Pechansky y Thomas (1996: 58), donde el recurso humano está pero

no en la cantidad u horario necesario para concretar la atención quienes reafirman lo expresado por Frenk (1992:113) que tomando conceptos de Donabedian refiere a la accesibilidad como el grado de ajuste entre las características de los recursos para la salud y las características correspondientes de la población en el proceso de búsqueda y obtención de servicios. Obligando a los usuarios a la búsqueda de un servicio alternativo para resolver su problema dentro de la institución, en este caso particular la guardia del Hospital.

## Capítulo VII:

### La Oferta de Servicios Ambulatorios en HRSP desde la mirada de sus Jefes de Servicios

En este caso, se recogen los relatos de quienes tienen a cargo la responsabilidad de cada uno de los sectores: los “Jefes de Servicios”. Con la finalidad de obtener un perfil de los servicios mencionados sus responsables fueron invitados a hablar sobre todo el proceso de atención que ocurre en las áreas que coordinan, dirigiendo la conversación hacia espacios que incluyen desde la oferta horaria del servicio, la afluencia de pacientes según las horas del día, la procedencia de los pacientes y las características de género, una descripción del perfil patológico que asisten y la capacidad de resolución del servicio, hasta la adscripción de los padecientes al Centro de Salud referencial para la continuación del tratamiento en el casos de enfermedades crónicas. Son ellos los que describen los procesos de trabajo que es producido en los servicios de Guardia y Consultorios Externos tanto de Adultos como Pediatría

Se interpretan a continuación los relatos:

**Guardia de Adultos:** ofrece atención durante las 24 horas del día los 365 del año, teniendo una concurrencia de pacientes no homogénea durante el transcurso del día, *“con picos de afluencia durante la mañana de pacientes femeninos”* y por la tarde – noche con pacientes masculinos, situación ligada a la forma laboral de estos últimos. Este mismo fenómeno de *“concurrencia no homogénea”* de pacientes puede verificarse entre los días de la semana, con una *“mayor afluencia de hombres los días sábados y domingos”*, motivada en parte por encontrarse cerrados los consultorios externos del Hospital y los Centros de Salud del área de influencia del HRSP y por *“patologías ligadas a las actividades*

*de los usuarios en esos días, en su mayoría traumatismos de diversos orígenes.”* En promedio, la referencia al género muestra que existe una semejante proporción entre el número de pacientes masculinos y femeninos.

La producción diaria esta comprendida dentro del rango de 150 a 170 pacientes con un promedio de 7 padecientes por hora, no expresando una *“impresión (subjetiva) de variación de estos valores como consecuencia de las variaciones estacionales durante el año. “*

Respecto de la procedencia reproducen el informe de la Dirección de Estadística, *“La mayoría de los pacientes que consultan en este servicio provienen del Distrito Sur, siguiendo en importancia quienes se desplazan del distrito Sudoeste más una considerable concurrencia de la vecina ciudad de Villa Gobernador Gálvez. Correspondiéndose con los corredores de transportes públicos de la zona sur: Avenida San Martín, Ayacucho, Oroño en sentido Sur – Norte y los transversales Avenida del Rosario, Uriburu.”*

Al referirse a las patologías, se manifiesta la no prevalencia de una en particular, sino que *“se trata lo agudo, lo de 24 horas de evolución,”* que *“luego de ser tratado y evolucionado el paciente es derivado a los consultorios externos del hospital o al Centro de Salud mas cercano a su domicilio”,* aquellas patologías que requieren otro tipo de tecnología o intervención son derivadas al HECA. En cuanto al proceso de adscripción de pacientes en los Centros de Salud más cercano al domicilio del paciente, el servicio de guardia no participa de este proceso.

**Guardia Pediátrica:** Brinda atención durante los 365 días del año durante las 24 horas, con un flujo irregular de pacientes durante el día, no precisando las horas pico de concurrencia, con un *“aumento del número de consultas durante los fines de semana”*. La *“población que demanda se reparte en cifras similares para ambos sexos, impresión subjetiva”* por no contar con las estadísticas en ese momento.

La cantidad de consultas realizadas por día se encuentra comprendida en el rango de 50 – 70, con un promedio de 3 consultas por hora, describiendo la ocurrencia de un *“importante fenómeno estacional durante el otoño – invierno, período en el cual las consultas llegan al promedio de 140 por día durante los meses de Junio – Agosto producto de las patologías de las vías respiratorias.”*

Los pacientes demandantes a la guardia pediátrica son provenientes en su mayoría del Distrito de asentamiento del Hospital, el Sur, a la que se suma una importante cantidad que llegan desde el distrito Sudoeste, registrando una cantidad *“de pacientes que son traídos en medios de transporte propio”*, bicicleta, vehículos de tracción a sangre, hasta algunos caminando, dada la cercanía con el hospital.

Al hablar sobre las patologías prevalentes en la consulta resalta un mayor caudal que *“se corresponde con lo agudo, lo de 24 o menos horas de evolución”*, reconociéndose también una importante cantidad de *“pacientes crónicos que concurren a la guardia para su tratamiento, algunos de los cuales lo hacen por no encontrar turno en los consultorios externos pediátricos y otro derivados por los propios Consultorios Externos de Pediatría a causa de sus limitaciones de horario”*.

Después de terminado el proceso de atención el servicio *“no tiene por modalidad derivar los pacientes para adscripción en los Centros de salud”*, dejando al descubierto las fisuras del sistema

**Consultorios Externos Adultos:** Ofrecen atención ambulatoria durante 10 horas, de lunes a viernes en el horario de 8 a 18 Horas, con una *“afluencia de pacientes ordenada por grilla de turnos”*. Al considerar el número de concurrentes por sexo, un 75 % se corresponde con el femenino, situación explicada en parte por la oferta de servicios destinados a la mujer (tocoginecología) y la modalidad

laboral de los hombres que los obliga a concurrir a la guardia para resolver sus problemas de enfermedad. El servicio manifiesta una *“resolución promedio de 120 pacientes por día de atención, con un promedio de 3 consultas por hora”* no manifestando cambios de caudal por causas estacionales.

Al indagar sobre la procedencia de los padecientes, se refirió que la mayoría de los mismos provienen del Distrito Sur, siguiendo en importancia los provenientes del Distrito Sudoeste, en coincidencia con la zona de influencia del hospital definida desde la gestión. En este servicio la mayor afluencia de consultas es a Clínica Medica, siguiendo en menor rango con las especialidades ofrecidas, Anestesia, Cardiología, Cirugía, Dermatología, Endocrinología, Fisiatría, Gastroenterología, Hematología, Infectología, Neurología, Reumatología, Traumatología. Expresando su responsable *“Los médicos de cabecera (Clínicos) son los que manejan la consulta, evaluando el paciente y resolviendo si su patología puede resolverse dentro de la complejidad brindada por el hospital y determinando que prácticas de diagnóstico o tratamiento debe realizarse”* Cuando los estudios o prácticas son de mayor complejidad o especificidad los pacientes son derivados al CEMAR o al HECA para su resolución.

Al preguntarse si derivaban los pacientes al Centro de Salud mas próximo a su domicilio para su adscripción, se responde *“que el servicio no lo realiza como rutina, si el paciente lo desea es evaluada la posibilidad que el paciente continúe su tratamiento en el Centro de Salud, de ser positiva esta evaluación se lo deriva para su seguimiento en el Centro, quedando a criterio de este último de adscribirlo si no lo está.”*

**Consultorios Externos Pediatría:** Dan atención ambulatoria durante 10 horas de Lunes a Viernes en el horario de 8 a 18 Horas, con *“una afluencia de pacientes ordenada por grilla de turnos.”* Al considerar la relación por género de los concurrentes no se plantea ninguna predominancia. El servicio manifiesta una *“resolución promedio anual de 75 pacientes por día de atención, con un*

*promedio de 3 consultas por hora, con un incremento estacional producto de las bajas temperaturas que abarca los meses de Junio a Agosto inclusive donde el promedio alcanza 148 pacientes diarios.”*

Al referirse a la procedencia de los pacientes manifiestan que los mismos pertenecen a los Distritos Sur y Sudoeste de la ciudad de Rosario, con un total de 30 Centros de Salud que les derivan pacientes, dentro de los cuales tienen mayor frecuencia de derivación: Las Flores, Pocho Lepratti y Pasteur a los que debe sumárseles un grupo no menos importante de niños provenientes de la vecina ciudad de Villa Gobernador Gálvez. El servicio no define patologías prevalentes, manifiestan *“resolver todos aquellos casos que para su tratamiento y evolución no necesitan internación y cuyos estudios complementarios están comprendidos dentro de la complejidad del HRSP. Los otros casos, son derivados a los Consultorios Externos o Salas de Internación del Hospital de niños Víctor J. Vilela, con excepción de aquellos que por su rango de edad pueden internarse en la sala de neonatología del HRSP o incluirse en el plan SANAR (Sistema de atención al recién nacido de alto riesgo) .*

En estos consultorios *“no se realiza ningún tipo de adscripción, con aquellos pacientes que provienen de los Centros de Salud solamente luego de realizado el diagnóstico y definido el tratamiento, son referidos nuevamente al Centro para continuar con la evolución de los mismos hasta el alta, pero dejando librado al Centro la opción de la Adscripción”.*

Desde los relatos de los jefes de servicio es posible observar y reafirmar la gran afluencia de demandantes a las Guardias, devenidas de las dificultades de acceso de los padecientes a las áreas ambulatorias. Las características de la gestión muestran una disociación entre la propuesta planificadora de el ejecutivo y quienes están al frente de las áreas. Los perfiles patológicos sólo se clasifican en agudo y crónicos, no en patologías reconocidas. La inclusión del servicio en un sistema de atención de las patologías de complejidad creciente parece ser ignorada no facilitándose la adscripción.

# **LA DEMANDA**

## **Capítulo VIII:**

### **Descripción de la Población que debe asistir el Hospital**

#### **Roque Sáenz Peña**

La población demandante del Hospital Roque Sáenz Peña, conformada por los habitantes de los Distritos Sudoeste y Sur de la ciudad de Rosario, requiere del mismo una serie de servicios que están íntimamente relacionados con el perfil epidemiológico de la misma.

Dicho perfil está determinado por las condiciones de vida de estas personas, abarcando desde la situación laboral hasta la forma de nacimiento, reproducción y muerte de allí la importancia de su conocimiento para la gestión.

Para su descripción se eligieron las siguientes dimensiones: a) Sociodemográficas, b) Económicas, c) Laboral, d) Educativa, e) Salud, y f) Constitución Familiar.

#### **a) Características Sociodemográficas:**

Del total de la población de la ciudad de Rosario 909.397 habitantes, el distrito Sudoeste posee 118.966 habitantes, (15,5% del total de la ciudad) y el Sur 153.525 habitantes, (17,7% del total de Rosario). Con una densidad de población de 51,23 habitantes por hectárea en el distrito Sudoeste y 85,69 para el Sur que ubican el área de influencia hospitalaria entre las más densamente ocupadas de la ciudad (segunda y tercera respectivamente) comparativamente con el distrito Centro en el que la mayor densidad proviene de la profusión de edificios horizontales.

Los grupos poblacionales de los distritos Sur y Suroeste se caracterizan por ser más jóvenes que del resto de la población con una leve preponderancia del sexo femenino (52 % del total). En el distrito Sudoeste el mayor número de

población se encuentra en el grupo etáreo comprendido entre los 5 y 14 años, mientras que en Sur el mayor grupo poblacional se registra en la franja 40 – 59 años.

La tasa bruta de natalidad para el año 2006 según datos del INDEC, es para el distrito Sudoeste del 17,85 y del 15,91 para el Sur respectivamente, resultando una de las más altas de la ciudad, si consideramos que la Tasa Bruta de Natalidad para la ciudad de Rosario es del 15,96. Situación que se repite para la tasa de fecundidad donde el distrito Sudoeste posee un valor de 70,91 y 64,98 el Sur para un Valor promedio de la ciudad de 65,37.

En el otro extremo, la tasa bruta de mortalidad para el año 2006 en los distritos Sudoeste y Sur se corresponden con la media de la ciudad: 8,00 para el Sudoeste y 9,87 para el Sur, siendo la Tasa Bruta de Mortalidad para la ciudad de 9.90.

Para igual período la tasa de mortalidad infantil, es en el distrito Sudoeste de 9,82 y 10,90 en el distrito Sur, siendo la Tasa de Mortalidad Infantil de la ciudad de Rosario 14,34. (Tabla 1)

## 1. Características distintiva de la población por distrito

Distrito	Sudoeste	Sur	Ciudad
<b>Población</b>	118.966	153.525	909.397
<b>% de Población</b>	11,5	17,7	100
<b>Estructura etárea</b>	Mas joven que la global	Mas viejo que la global	Joven
<b>Tasa Bruta Natalidad</b>	17,85	15,91	15,96
<b>Tasa de Fecundidad</b>	70,91	64,28	65,37
<b>Tasa bruta de mortalidad</b>	8,00	9,87	9,90
<b>Tasa de mortalidad infantil</b>	9,82	10,90	14,34

**Fuente:** - "Rosario, números de una ciudad en crecimiento". Unidad de información Municipal, Secretaría General. Municipalidad de Rosario 1997, Año1, N° 1 - 2

- Anuario estadístico del Municipio de Rosario, Dirección General de Estadística de la Municipalidad de Rosario. Año 2001
- INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda. Año 2001

## **b) Características Económicas:**

Definir económicamente un grupo poblacional implica conocer como obtiene sus ingresos ya sea de manera directa o indirecta, esta última considerando las personas que reciben algún tipo de beneficio proveniente de organismos estatales, tomando como variables los planes sociales en vigencia.

En primera instancia son considerados los emprendimientos productivos realizados a través del apoyo de organismos estatales, así por medio del Registro Único de Emprendimientos (RUE), dependiente de la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario, que informa el porcentaje de emprendimientos productivos por distrito, puede observarse que el mayor número de beneficiarios se corresponde con el distrito Sur (19,30 % del total), mientras que el distrito sudoeste con un 14,34 % del total de la ciudad se encuentra dentro de los distritos que menos emprendimientos posee. Mientras que el porcentaje total de la ciudad es de 16,66%

En segundo lugar es computado el Plan Jefes y Jefas de hogar, creado en 2002 destinado a jefes y jefas de hogar desempleados o desocupados con hijos menores de 18 años o discapacitados, el cual posee en el distrito Sudoeste un 18,38 % de beneficiarios (9.112 personas) con respecto al total de la ciudad y un porcentaje del 17,64% (8.744 personas) en el distrito Sur, estando ubicados en una posición intermedia con respecto al porcentaje de los otros distritos. Siendo el total de beneficiarios de la ciudad 49.572 personas, según datos del Ministerio de trabajo y Seguridad Social. Contándose una proporción considerable de beneficiarias femeninas en ambos distritos (75,62% en el distrito Sudoeste y 74,01% en el Sur) situación que preanuncia las situaciones familiares y condiciones de vida de la población.

Otro plan de inclusión registrado es el Manos a la Obra, el que financia la compra de herramientas y materiales para emprendimientos productivos. Este plan, según los datos aportados por la Subsecretaría de Economía Solidaria de la Municipalidad de Rosario para abril de 2008, concentra el mayor porcentaje de beneficiarios de la ciudad en el distrito Sudoeste (27,56%, 331 personas) y en una

posición intermedia el distrito Sur (17,3%, 208 personas), registrándose un total de 1200 beneficiarios para la ciudad, según datos del Ministerio de Desarrollo Social.

A los planes anteriores puede sumarse el Programa de Inserción Laboral – Autoempleo, que muestra según los datos vigentes en abril de 2008 través del RUE, que el distrito Sudoeste cuenta el 16,58% (207 personas) de los beneficiarios del total de la ciudad y el 20,98% (262 personas) en el distrito Sur, siendo éste último el segundo en número de beneficiarios con respecto a los otros distritos. Con un total de 1.247 beneficiarios para toda la ciudad. (Tabla 2)

## 2. Porcentaje de beneficiarios de Planes Sociales por distrito

Distritos	Plan Jefas y Jefes de Hogar	Plan Manos a la Obra	Programa de Inserción Laboral - Autoempleo
<b>Sudoeste</b>	18,38 %	27,56 %	16,58 %
<b>Sur</b>	17,64 %	17,31 %	20,98 %
<b>Total de la ciudad</b>	49.572 personas	1200 personas	1.2417 personas

**Fuente:** - Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Secretaría de Promoción Social. Municipalidad de Rosario. 2008

- Subsecretaría de Economía Solidaria, secretaria de Promoción Social, municipalidad de Rosario. 2008
- Ministerio de Desarrollo Social. 2008
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.2006

Junto al nivel de Ingresos de una población es necesario también reconocer sus necesidades y privaciones las cuales son computadas según dos dimensiones: recursos corrientes que nos indican si los hogares pueden adquirir los bienes y servicios básicos para la subsistencia y los recursos patrimoniales que nos muestra la medida de la calidad habitacional.

El primer indicador considerado es el porcentaje de hogares que no poseen privaciones de recursos corrientes ni patrimoniales, así en el distrito Sudoeste el 51,69 % del total no tienen privaciones y el 64,85 % del total en el Sur.

Si se describen, desde la mirada negativa, sólo los hogares con privaciones de recursos corrientes, puede observarse que el 27,74 % de los hogares

pertencientes al distrito Sudoeste poseen esta carencia, siendo el porcentaje más alto de la ciudad de Rosario, mientras que en el distrito Sur el 20,87 % de los hogares poseen privación de recursos corrientes.

Al considerar los hogares con privación patrimonial los porcentajes sufren una reducción importante, siendo el distrito Sudeste con un 6,11% el segundo en la escala de privaciones y el Sur con el 4,46% de hogares con privaciones, un valor intermedio de la escala registrada en Rosario.

En ambos distritos un conjunto de hogares, registran ambas privaciones, recursos corrientes y patrimoniales. Estos datos completan la construcción de las características de la población demandante del HRSP, cuyos porcentajes continúa la descripción de los registros anteriores: el distrito Sudoeste concentra las mayores carencias de la ciudad (14,41%) y el distrito Sur (9,79%) en una posición intermedia entre los máximos y mínimos guarismos plantando la heterogeneidad de la población consultante. (Tabla 3)

### 3. Hogares con / sin privaciones de recursos por distrito

<b>Distrito</b>	Hogares sin privación de recursos corrientes, ni patrimonial	Hogares solo con privación de recursos corrientes	Hogares solo con privación de recursos patrimoniales	Hogares con privación de recursos corrientes y patrimoniales
<b>Sudoeste</b>	51,69%	27,74%	6,11%	14,41%
<b>Sur</b>	64,85%	20,87%	4,46%	9,79%
<b>Total para la ciudad</b>	63,21%	21,16%	4,98%	10,61%

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda. 2001

Asociados a los datos anteriores se consideran otros descriptores de las condiciones de vida en los distritos Sudoeste y Sur, el principal de ellos, la población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Puede observarse que para toda la ciudad de Rosario el porcentaje es del 16% mientras que para el distrito Sudoeste con condiciones de vida inferior a la media el porcentaje es del 23 %, mientras que para el distrito Sur con mejores condiciones socio económicas este porcentaje si bien es superior a la media de la ciudad, se ubica en el 19,6%.

Otro descriptor considerado es el que resulta de la complejización del índice de privaciones patrimoniales, pudiendo expresarse como el porcentaje de población que reside en viviendas precarias, cuyos guarismos para el distrito Sudoeste arrojan un 15,55% de la población residente de forma precaria y un 11,76 % en el Sur, desprendiéndose que en el distrito Sudoeste aproximadamente 20.000 personas residen de forma precaria y otras 30.000 en el Sur. (Tabla 4).

#### 4. NBI por Distrito

Distrito	N. B. I.	Hogares residentes en viviendas Precarias	Habitantes residentes en asentamientos irregulares
<b>Sudoeste</b>	23,00%	15,55 %	20.000
<b>Sur</b>	19,60%	11,76 %	30.000
<b>Total para la ciudad</b>	11,18%	12,69 %	109.800

**Fuente:** Distrito Sur, situación Actual y Potencialidades, Programa de Descentralización Y Modernización. Secretaría General. Municipalidad de Rosario. 1998

Distrito Sudoeste, situación Actual y Potencialidades, Programa de Descentralización Y Modernización. Secretaría General. Municipalidad de Rosario. 1998

#### **c) Niveles de participación en el Mercado Laboral:**

El grado y forma de inserción laboral de una población, de manera indirecta nos esta hablando de su capacidad para resolver por sus medios los problemas de salud – enfermedad que se le presentaren, considerando que en una sociedad capitalista, el salario “en blanco” representa además de la canasta alimentaria, un seguro de salud y seguro social.

En esta descripción de las poblaciones de los distritos Sudoeste y Sur es considerado el cociente entre la población total de 14 años o más por su forma de ocupación y el total de la población de 14 años o más ocupada.

Puede apreciarse que el 72,01 % de la población del distrito Sudoeste de 14 años o más es obrera o empleada, el 5,36 % es patrón, con una considerable proporción de cuenta propistas 20,05 % ( poseedores de pequeños negocios que no cuentan con cobertura social) y un 2,58 % son trabajadores familiares ( en idéntica situación) (Tabla 5). En este distrito puede observarse que el porcentaje de obreros o empleados varones es del 70,38%, (Cociente entre la población

masculina de 14 años o mas de obreros y empleados y el total de la población masculina de obreros y empleados) mientras que el porcentaje de obreras y empleadas mujeres es del 74,90%, indicando una leve preponderancia de las mujeres empleadas con respectos a los hombres. Indicando la situación de la mujeres proveedoras del sustento familiar.

### 5. Niveles de participación en el mercado laboral

Distrito	Obreros o empleados	Patrones	Trabajadores por cuenta propia	Trabajadores Familiares
Sudoeste	72,01 %	5,36 %	20,50 %	2,58 %
Sur	70,04 %	7,12 %	19,90 %	2,92 %
<b>Total de la ciudad</b>	68,49%	6,79%	21,86%	2,89%

Fuente: INDEC, Censo Nacional de población y Vivienda. Año 2001

En cuanto a la participación del mercado laboral según su nivel de instrucción, es apreciable que en el distrito sur cuenta con un porcentaje mayor de ocupados con mayor nivel educativo alcanzado, situación que estaría hablando de una mejor posición laboral para los habitantes del distrito sur, en porcentajes puede apreciarse que en el distrito sudoeste los ocupados con el secundario incompleto o nivel de instrucción inferior constituyen el 62,88% mientras que en el distrito Sur es del 47,07 %, para niveles de instrucción superiores. Es decir el porcentaje de ocupados con secundario completo o nivel de instrucción superior para el distrito Sudoeste es del 37,12 % y del 52,93 % para el distrito Sur.

#### d) Nivel de Escolarización:

El nivel de escolarización alcanzado por un grupo poblacional determina su capacidad para insertarse en el medio en el cual vive y la forma en que resuelve sus problemas de subsistencia y reproducción, entre ellos, la salud.

En la ciudad de Rosario el número de analfabetos es bajo 2,078%, situación que se replica en los Distritos que se ha dividido la ciudad, correspondiendo un 2,67 % de analfabetos al distrito Sudoeste y un 1,86 % al distrito Sur. Al considerar el género, la población femenina del distrito Sudoeste muestra la una proporción

ligeramente mayor (2,78 %) que en el distrito Sur (2,06 %); mientras que para la población masculina en el distrito Sudoeste existe un 2,71 % de analfabetos y un 1,89 % en el Sur mostrando la misma distribución que las mujeres. (Tabla 6)

## 6. Nivel de Escolarización por grupo etáreo

Distrito	Analfabetos	15 – 24 Años sin instrucción o primario incompleto	40 años o mas sin instrucción o primario incompleto	40 años o mas con primario completo o secundario incompleto	40 años o mas con secundario completo o terciario/ universitario incompleto	40 años o mas con terciario / universitario completo
<b>Sudoeste</b>	2,67 %	9,53 %	30,16 %	51,77 %	14,48 %	3,59 %
<b>Sur</b>	1,86 %	6,27 %	21,89 %	49,11 %	21,60 %	7,41 %
<b>Total de la ciudad</b>	2,07%	7,56%	20,55%	46,84%	21,52%	9,42

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda. Año 2001

### e) Posibilidades de Acceso a los Servicios:

Partiendo de la premisa: “quién carece de inserción laboral, también lo hace de servicios asistenciales pagos” y de servicios sanitarios<sup>12</sup>, se consideró para analizar la cobertura de servicios de salud, de los grupos poblacionales pertenecientes a los distritos Sudoeste y Sur, la categoría ocupación y su relación con la cobertura de salud. El primer indicador considerado es el porcentaje de población ocupada que carece de cobertura de servicios de salud, observándose que en el distrito Sudoeste el 37, 28 % de la población ocupada carece de cobertura de salud y el 27,18 % en el distrito Sur. (Ciudad 30,58%) Al desagregarla por género se obtienen valores similares en ambos distritos, un 37 % del total femenino y un 28 % del total de la población ocupada masculina.

Una segunda variable considerada para medir la accesibilidad es el número de Centros Asistenciales por distrito, considerando para ello el total de Centros de Salud, Hospitales y el CEMAR en el ámbito público de la ciudad de Rosario,

<sup>12</sup> Sanitarios hace referencia a saneamiento medio – ambiental, agua, cloacas, baño instalado...

comprobandose que en el distrito Sudoeste se encuentra un 18,68 % de los Centros asistenciales y un 16,48 % en el distrito Sur con un hospital de II Nivel (HRSP) dentro de los efectores pertenecientes al distrito. Haciendo la salvedad que, si bien en el distrito Sudoeste hay un mayor número de efectores, estos son de baja complejidad, originando un flujo natural de usuarios hacia el distrito Sur donde se encuentra el HRSP, efector de nivel II de complejidad.

Como tercer variable se considera el número de habitantes por Centro Asistencial, realizando para ello el cociente entre la población del distrito y el número de Centros asistenciales que posee el distrito sin jerarquizar los mismos por complejidad brindada, donde puede apreciarse que en el distrito Sudoeste existe un efector de salud cada 6.889 habitantes, mientras que en el distrito Sur uno cada 10.273 habitantes. (Tabla 7) hay que tomar en consideración que se calculado sobre el total de la población y no haciendo una disquisición sobre las necesidades

## 7. Accesibilidad a los Servicios de salud

Distrito	Porcentaje de Personas ocupadas sin cobertura de Salud	Porcentaje de Centros Asistenciales por Distrito	Cantidad de Habitantes por Centro Asistencial
<b>Sudoeste</b>	37,28%	18,68%	6.889
<b>Sur</b>	27,18%	16,48%	6.273
<b>Total de la ciudad</b>	30,58%	100 %	10.635 (Promedio)

**Fuente:** Observatorio Social Rosario. Secretaría General y Dirección General de estadística. Datos poblacionales estimados al 30 de junio de 2006 en base al Censo Nacional de Población y Vivienda. Año 2001

**f) Constitución Familiar:** En primer lugar se considera si el jefe de hogar, es varón o mujer, tomando para ello la persona reconocida como tal por los demás miembros del hogar. En ambos distritos, Sudoeste y Sur la mayoría de jefes de hogar es masculina, (74,20 y 71,02 % respectivamente) existiendo en el distrito Sur un mayor porcentaje de jefes femeninos con relación al Sudoeste: 28,97 % contra 25,78 % del Sur.

Al desagregar los hogares por el número de personas que los componen se observa que un 37,34 % del distrito Sudoeste y un 40,98% para el distrito Sur están conformados por dos o tres personas. Los hogares conformados por cuatro o cinco son el 34,54 % distrito Sudoeste y un 32,16 % para el Sur, disminuyendo los porcentajes para los hogares de mas de 6 persona y los unipersonales en ambos distritos (Tabla 8)

Además es posible observar en la conformación de los hogares que en el distrito Sudoeste el 56,43% de los hogares son nucleares completos, es decir conformados por el jefe, cónyuge con o sin hijos y el 53,35 % en el Sur, por otra parte los nucleares incompletos, es decir conformado por sólo uno de los cónyuges con hijos, en el distrito Sudoeste son el 10,59 % del total y el 10,84 % en el Sur, cifras muy similares para ambos.

## 8. Constitución Familiar

<b>Distrito</b>	<b>Hogares conformados por una persona</b>	<b>Hogares conformados por dos o tres personas</b>	<b>Hogares conformados por cuatro o cinco personas</b>	<b>Hogares conformados por seis o mas personas</b>
<b>Sudoeste</b>	11,16%	37,34%	34,54%	16,92%
<b>Sur</b>	14,73%	40,98%	32,16%	12,10%
<b>Total de la ciudad</b>	15,39%	40,42%	31,55%	12,69%

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población y Vivienda. Año 2001

Una mirada lineal puede inferir que un 23 % de la población del distrito Sudoeste y un 19 % del distrito Sur, por sus condiciones de vida, por su economía y por sus carencias de cobertura de la atención de seguro médico están destinados a demandar en el HRSP solución a sus problemas de salud – enfermedad.

El distrito Sudoeste concentra las mayores carencias de la ciudad (14,41%) y el distrito Sur (9,79%) en una posición intermedia entre los máximos y mínimos guarismos plantando la heterogeneidad de la población consultante.

Otro dato relevante es la población de ambos distritos que teniendo trabajo carece de cobertura de seguro de salud, observándose que en el distrito Sudoeste el 37,28 % de la población ocupada carece de cobertura de salud y el 27,18 % en el distrito Sur, siendo el porcentaje para toda la ciudad del 30,58%.

Otro factor que puede observarse influyendo en la accesibilidad a los servicios de salud es el nivel educativo, el cual actúa como limitante al acceso laboral y por ende a los servicios, al desagregar la población en grupos etáreos se observa que los mayores de 40 años son los que presentan el mayor número de analfabetos. Siendo menor la proporción de personas adultas que han terminado la escolarización secundaria requerida para acceder a trabajos en relación de dependencia, marcando la heterogeneidad de la población y sus posibilidades de acceso a los servicios de atención de la enfermedad.

Si se considera que la edad de la población determina la demanda de ciertos servicios puntuales, debe considerarse que en el Distrito Sudeste la mayor población se concentra en el rango etáreo de 5 – 14 años y en el Sur en el decil 40 – 59 años, con la mayor tasa de natalidad en el Distrito Sudoeste.

## Capítulo IX:

### Población que accede a los Servicios Ambulatorios del HRSP, Descripción a Través de una Encuesta

En el capítulo anterior a través de los datos provenientes de los registros oficiales procedentes del INDEC, Dirección General de Estadística de la Municipalidad de Rosario y Observatorio Social Rosario entre otros, es descrita en forma genérica la población consultante tanto potencia<sup>13</sup>[1] como efectiva de los servicios que brinda el HRSP, pero para poder realizar una gestión eficaz y eficiente es necesario obtener una imagen de los consultantes al momento de la consulta, es decir de aquellos que efectivamente hacen uso de los servicios, datos que nos permiten paralelamente conocer por un lado la población que posee la capacidad de adaptarse a la oferta de servicios del HRSP y por otra el espectro poblacional que queda fuera de los mismos dentro de los potenciales usuarios, recurriendo para ello a una encuesta descriptora de la realidad socio – económica del usuario de los servicios.

Siendo para ello indagadas todas aquellas personas de ambos sexos que se encontraban en las salas de espera de los servicios ambulatorios del HRSP, Guardias adultos y pediatría, Consultorios externos adultos y pediatría, en el horario de atención de los mismos 8 a 18 Hs.

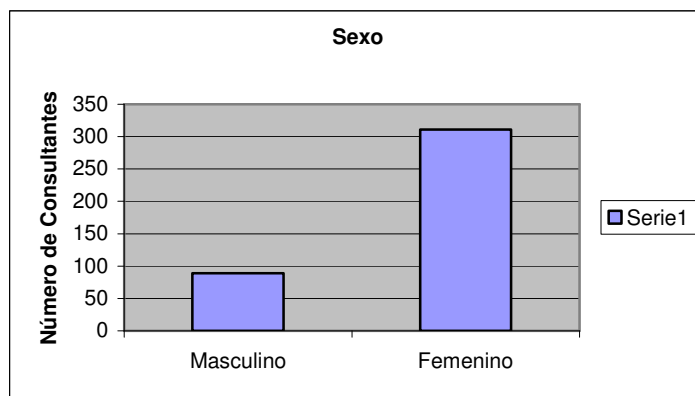
En la entrevista se consideraron las siguientes categorías para obtener el perfil del usuario: Sexo, Edad, Estado Civil, Ocupación, Procedencia, accesibilidad, Instrucción, Seguro de Salud y Motivo de Consulta cuyos resultados se analizan a continuación:

**1. Sexo:** En primera instancia puede observarse una mayoría de usuarios femeninos, el 78 % del total, pudiéndose apreciar que en los horarios que se realizó la encuesta, (8 a 18 Horas) en coincidencia con el horario de los

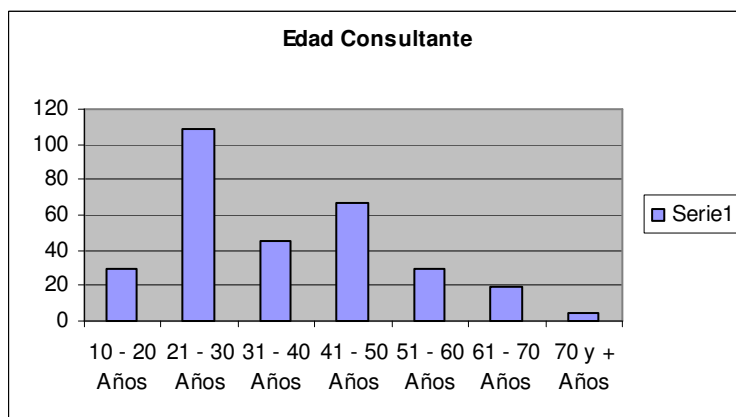
---

<sup>13</sup> Que puede suceder - Fuerza o poder disponible(Diccionario de la Real Academia Española, [www.rae.es](http://www.rae.es) )

consultorios, la presencia de consultantes masculinos es menor, presumiblemente relacionada con los horarios laborales de los mismos, quienes concurren y han tomado como natural recurrir a la guardia del hospital para resolver sus problemas de enfermedad. Tabla 1

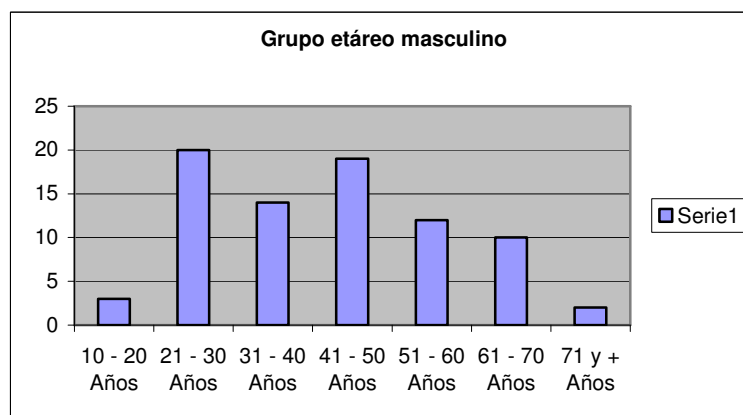
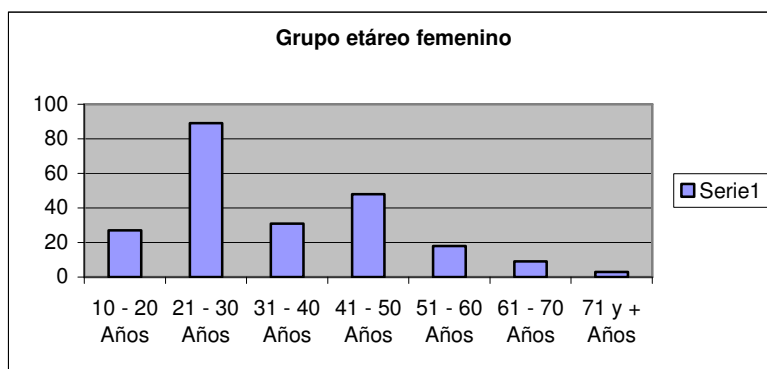


**2. Edad:** Al analizar los rangos de edad de las personas consultantes incluyendo ambos sexos, se observan dos bandas con importante acumulación de usuarios, una comprendida en el rango de 21 a 30 años y otra abarcando el rango 41 a 50 años, observándose una disminución importante del número de usuarios incluidos en los rangos 61 a 70 años y mayores de 70 años. Estas últimas expresiones confirman las estadísticas oficiales provenientes del Instituto Provincial de Estadísticas y Censos (IPEC), donde se afirma que para la ciudad de Rosario el grupo población de 65 y + años posee en un 90 % cobertura de algún seguro de salud, la mayoría PAMI.

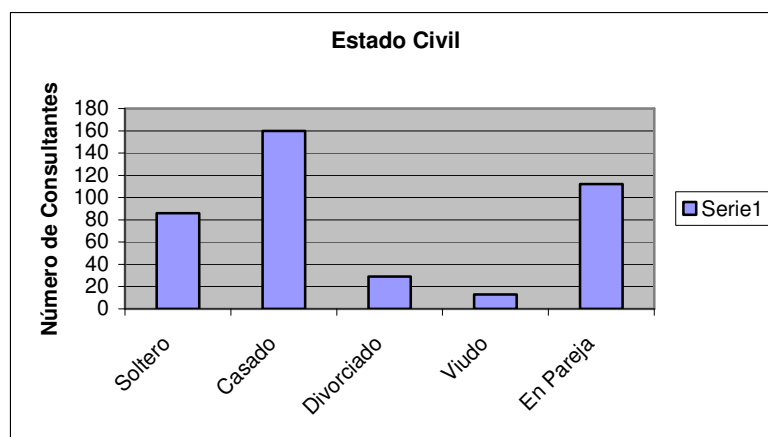


Al desagregar por grupos etáreos los consultantes masculinos y femeninos puede comprobarse que los cluster por edades se repiten en importancia, si bien puede apreciarse una diferencia importante en la cantidad en el rango de consultantes femeninos comprendido entre los 21 a 30 años, que tiene coincidencia con la edad fértil de la mujer y la jerarquía que tiene dentro del hospital el servicio de tocoginecología, situación que vuelve a repetirse en la franja etárea comprendida entre los 41 y 50 años, relacionada con el comienzo de la menopausia.

Mientras que en el grupo etáreo masculino con menor número de concurrentes, mantiene una población consultante bastante estable en el rango comprendido entre los 20 y 50 años, coincidente con la etapa laboral activa de los mismos.



**3. Estado Civil:** En su mayoría los consultantes viven en pareja ya sea esta legal o de hecho, de los cuales están casados el 40 % del total, y en pareja el 28 % del total, estos guarismos son coincidentes con el sexo y edad de los concurrentes donde el mayor número se corresponde con el sexo femenino y en edad fértil, continuando en importancia un 22 % de solteros y los porcentajes restantes se corresponden con personas viudas y divorciadas.



**4. Ocupación:** Quienes concurren a los diferentes servicios del HRSP para solucionar los problemas de salud poseen una amplia y variada inserción laboral, que pueden agruparse en cuatro categorías:

- a) Desocupados
- b) Beneficiarios de Planes Sociales
- c) Trabajadores sin remuneración (Amas de casa, emprendimientos Familiares)
- d) Ocupados, Desagregados por oficios, incorporando en la tabla solo los mas representativos: Empleadas Domésticas, Empleadas (se corresponde con varios oficios femeninos pocos cotizantes por cada uno, modistas, costureras, comercio), Albañiles, Herreros.

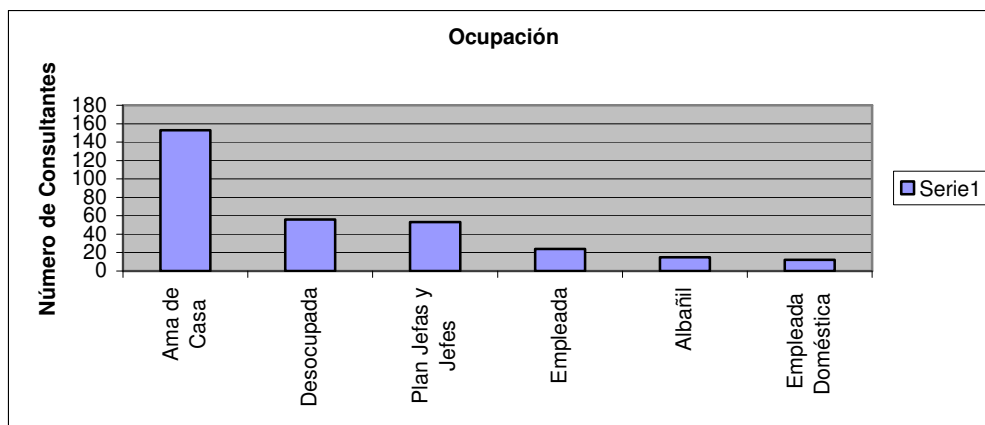
Concordante con la mayoría de usuarios femeninos y con el rango de edad de las mismas, el mayor porcentaje de usuarios, un 38 % del total, pertenecen a la categoría de amas de casa, el segundo porcentaje 14 % del total, son

personas desocupadas y en tercer lugar con el 13 % del total, se ubican aquellas personas que reciben planes de ayuda social.

Si son considerados los porcentajes de amas de casa que no poseen seguro de salud, mas desocupados y planes sociales los cuales por su condición está implícita la carencia de obra social, están en sintonía con el porcentaje general de los consultantes donde el 90 % no posee cobertura de seguro de salud.

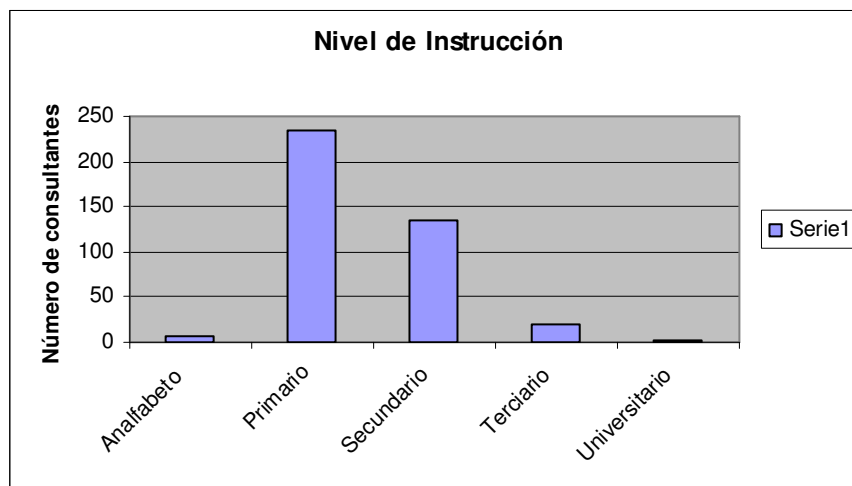
A continuación de las categorías anteriores y correspondiendo con la informalidad de esos trabajos se agrupan con un 6 % los albañiles y con un 4% las empleadas domésticas

Con un 1 % del total, se agrupan varias categorías ocupacionales coincidentes con oficios y cuentapropistas, entre ellos pueden mencionarse, vendedores, Changarines, Mecánicos, Plomeros, Taxistas, Zapateros, Herreros, Gomeros.



**5. Instrucción:** La población que concurre al HRSP para solucionar sus problemas de enfermedad, posee en su mayoría un nivel de instrucción correspondiente a primaria completa, un 58 % del total, que se correspondería con el tipo mayoritario de ocupación registrada: amas de casa, desocupados y oficios varios. El segundo nivel de formación, secundaria, se corresponde con un 34% del total de los usuarios, para los niveles terciarios y universitarios, los

porcentajes de usuarios se corresponden con el 5% y el 1% del total. Mientras que los analfabetos representan el 2% del total, cifra importante, ya que nos estaría indicando que existe un porcentaje de personas jóvenes sin terminar la instrucción primaria, recordar que el mayor número de usuarios se encuentra dentro de la franja etárea 21 a 30 años. El nivel de instrucción es una variable no menos relevante ya que a través de ella puede apreciarse la mayor o menor capacidad que tendrán los usuarios para conseguir un turno, así como la adaptabilidad que tendrían los usuarios para seguir un tratamiento o cumplimentar las instrucciones brindadas por el médico.

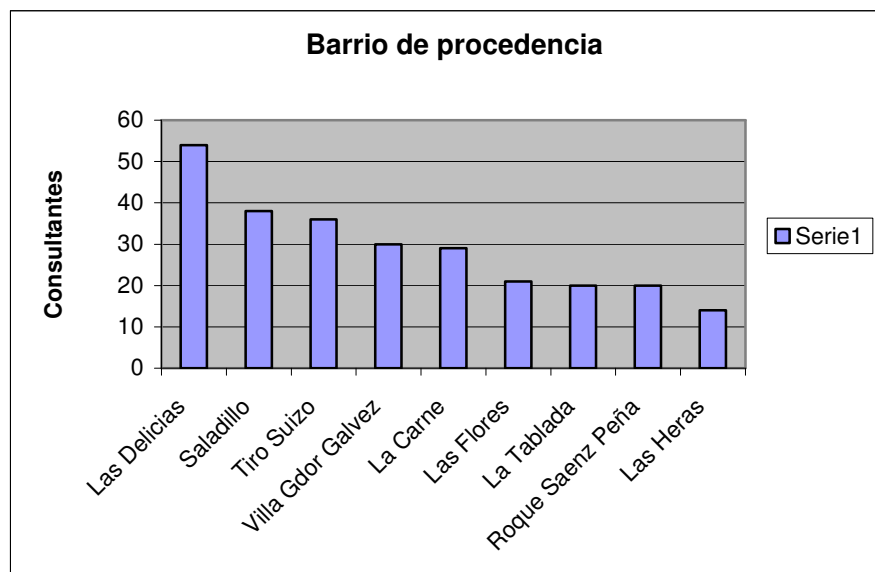


**6. Barrio de Procedencia:** La población concurrente al HRSP proviene de una amplia variedad de barrios pertenecientes a los distritos Sur y Sudoeste de la ciudad de Rosario, a los que se le suma otro porcentaje de asistentes que pertenecen a poblaciones vecinas lindantes con la zona sur de Rosario. Al desagregarla, se puede apreciar que los mayores porcentajes de afluencia proceden de los barrios cercanos al hospital, con excepción de aquellas personas que provienen de la ciudad vecina de Villa Gobernador Gálvez. El mayor porcentaje de usuarios proviene del barrio Las Delicias, con un 16 % del total, barrio que pertenece al distrito Sudoeste de la ciudad, en el límite con el distrito Sur, Segundos en importancia son los consultantes pertenecientes a los

barrios Saladillo y Tiro Suizo, ambos ubicados dentro del distrito Sur de Rosario, con un porcentaje del 11 % del total.

En cuarto lugar de importancia por el porcentaje de concurrencia, 9 % del total, se ubican las personas concurrentes de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez, que tiene la particularidad de estar separada por una calle de la ciudad de Rosario, situación que explicita en parte, que cuando las personas necesitan solucionar los problemas de salud – enfermedad, si encuentran respuesta se desplazan hacia donde la obtienen.

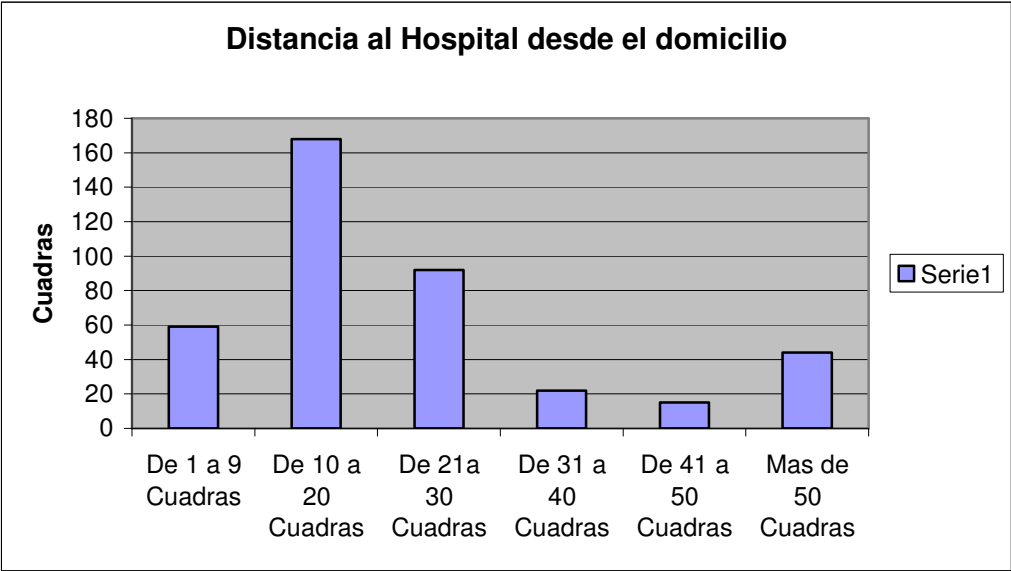
En quinto lugar con una concurrencia del 9 % del total, se ubican los usuarios procedentes del barrio la Carne, siguiéndole en importancia con un 6% del total aquellas personas que provienen del Barrio las Flores, el cual posee en su interior un Centro de Salud Municipal de igual nombre. Guarismos Similares un 6% del total, ocupan los pacientes provenientes de los barrios La Tablada y Sáenz Peña. Con porcentajes menores se registran padecientes provenientes de otros barrios en los cuales se encuentran instalados Centros de Salud pertenecientes a la administración municipal, San Martín, Las Heras, Barrio Plata y La Guardia.



**7. Cuadras que lo separan del Hospital:** La población concurrente al HRSP, en su mayoría, un 41% del total, se encuentra en un radio comprendido entre las 10 y 20 cuadras de distancia del hospital, mientras que un 23 % del total vive entre 21 y 30 cuadras del efector, un 15 % vive entre 1 y 9 cuadras del hospital.

Estos valores nos estarían hablando de tres círculos concéntricos alrededor del hospital, uno con un radio de 9 cuadras, otro con un radio de 20 cuadras y el mas externo cuyo radio es de 30 cuadras, dentro del cual se encuentra el 79 % quienes utilizan los servicios ambulatorios del efector, a continuación aparece un porcentaje no menos relevante, 11 % del total, cuya distancia al hospital es mayor a 50 cuadras, conglomerado por cuya distancia al hospital se contabilizan las personas de la ciudad de Villa Gobernador Gálvez.

En los porcentajes subsiguientes, 6 y 4 % del total se encuentran las personas ubicadas entre 31 y 50 cuadras del hospital, nos están hablando de los concurrentes provenientes de las partes mas alejadas con respecto al hospital, de los distritos Sudoeste y Sur, considerados zona rural.



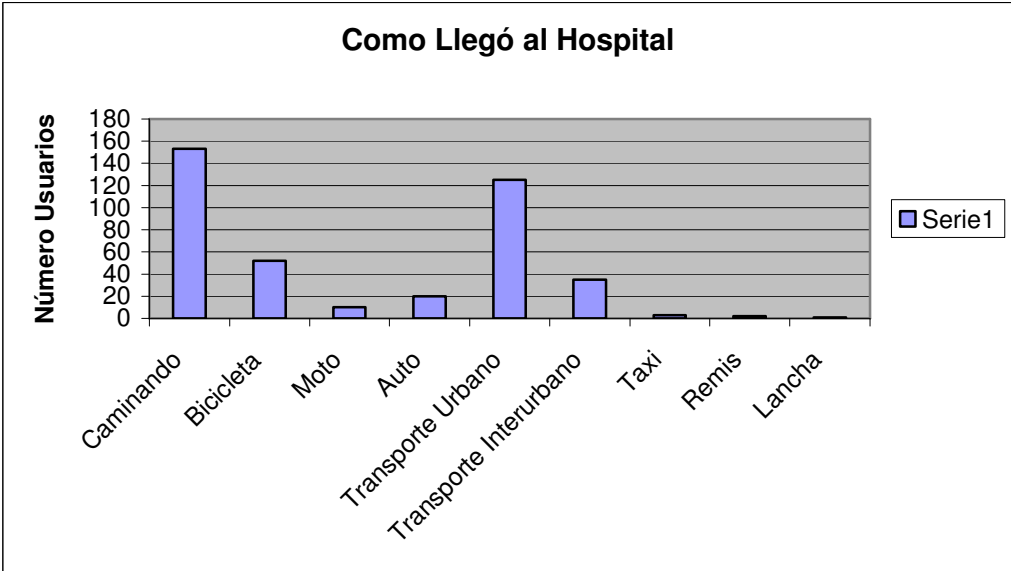
**8. Como llegó al Hospital:** La mayoría de los usuarios de los servicios del HRSP, el 39 % del total, llega a los mismos caminado, ratificando de esta manera el

lugar de procedencia de ellos, en un área comprendida entre las 10 y 20 cuadras del hospital. Mientras que el 13 % lo realiza en bicicleta, demostrando que tampoco son tan grandes las distancias a recorrer del domicilio al hospital, lo que les permite ahorrar el costo del transporte urbano y concurrir en bicicleta.

Por otra parte es un porcentaje importante el de las personas que realizan el recorrido del domicilio al hospital en transporte público de pasajeros, desagregado, un 31 % del total, lo hacen en colectivos urbanos mientras que un 9 % del total concurre en colectivos interurbanos, situación facilitada por la cercanía del hospital a dos importantes corredores de transporte, La Av. San Martín y la Av. Arijón.

El 9 % de usuarios que utilizan el transporte interurbano, se corresponden con la tabla número 6 donde se determina que un 9% de los usuarios proviene de la ciudad vecina de Villa Gobernador Gálvez.

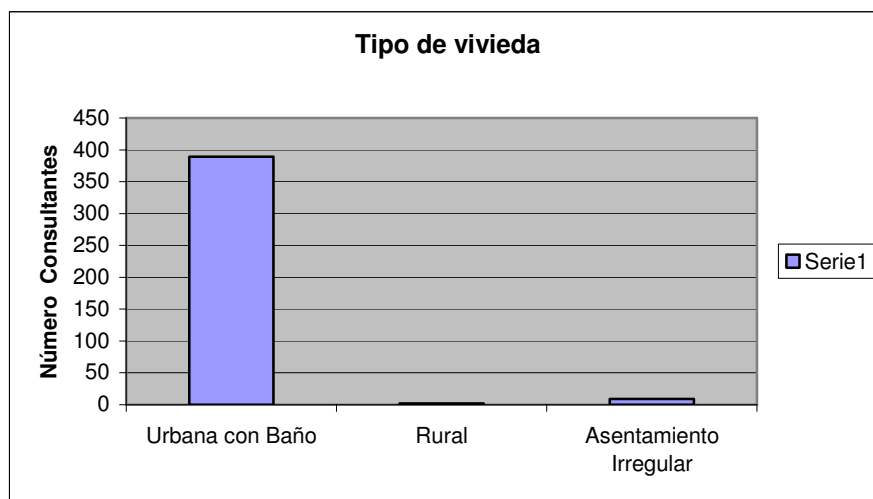
El resto de los usuarios, en porcentajes poco significativos llegan al hospital por algún medio de transporte, auto, remis y taxi. También se contabiliza una persona que concurre en lancha, indicando que las personas que viven en la Isla frente a la costa cercana al hospital recurren al mismo para sus problemas de salud.



**9. Tipo de Vivienda:** A través del gráfico siguiente, puede comprobarse que en concordancia con las zonas donde reside la mayoría de la población consultante en el HRSP, las viviendas existentes en la misma, pertenecen a la categoría que el INDEC denomina Urbana con Baño, el 97 % del total, situación que está hablando de personas consultantes que poseen ingreso monetario que les permite acceder y mantener ese tipo de vivienda.

En segundo lugar nos encontramos con viviendas precarias, las cuales pertenecen a los asentamientos irregulares, que se encuentran en la zona de influencia del hospital, representando un 2% del total de viviendas.

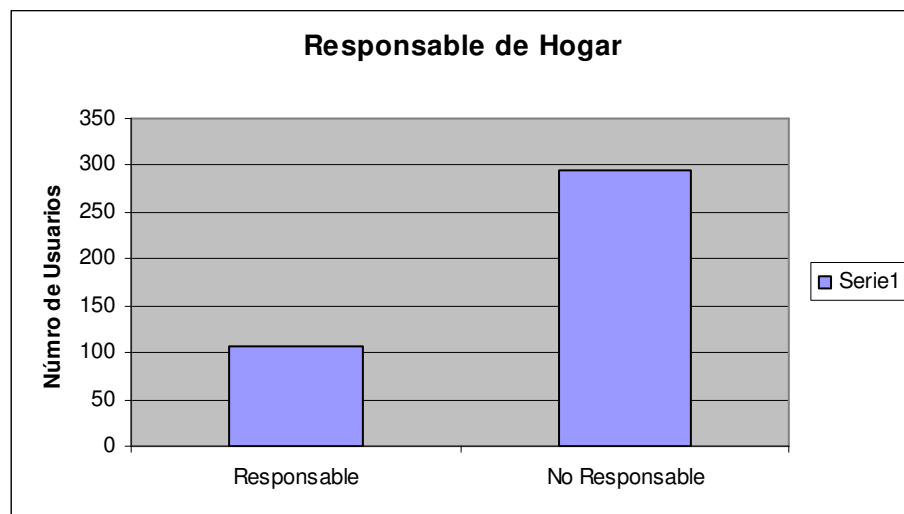
Por último una cifra muy baja, el 1 % del total, se corresponden con la categoría vivienda Rural, correspondiéndose con aquellas personas que viven en las llamadas zonas rurales, pertenecientes a los llamados quinteros, la mayoría de ellos radicados en los distritos Sur y Sudoeste casi en el límite del municipio.



**10. Responsable de Hogar:** Considerando responsable de hogar, independientemente del sexo, a la persona que asume la responsabilidad del mantenimiento económico de la casa, y que es reconocido como tal por los demás integrantes del hogar, puede observarse que el 73% de los concurrentes al hospital no es responsable de hogar, cifra que estaría en concordancia con la

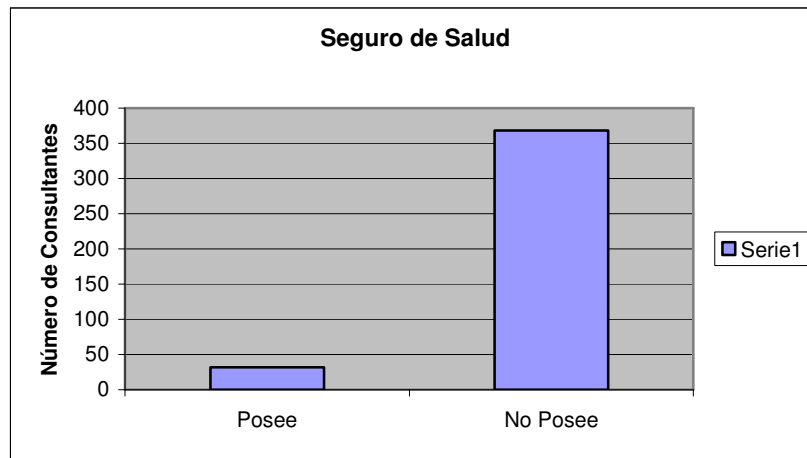
mayoría femenina, que se reconoce como ama de casa, la cual no realiza aportes económicos a la manutención del mismo.

Por otro lado al analizar el porcentaje de personas responsables de hogar, 27 % del total, se desprende que la mayoría de ellos son varones, si nos remitimos al total general de consultantes por sexos, puede observarse que el 22 % de los mismos son de sexo masculino de lo cuales la mayoría serían los encargados de la manutención del hogar.



**11. Seguro de Salud:** La población consultante al HRSP, en su mayoría no posee obra social, 92 % del total, permitiendo inferir que si la mayoría de los usuarios son mujeres y estas amas de casa, con una mayoría viviendo en pareja, indicaría que los maridos carecen de obra social, lo cual estaría hablando para ellos de relaciones precarias laborales o cuentapropistas cuyos ingresos no les permite afrontar los costos de un seguro de salud.

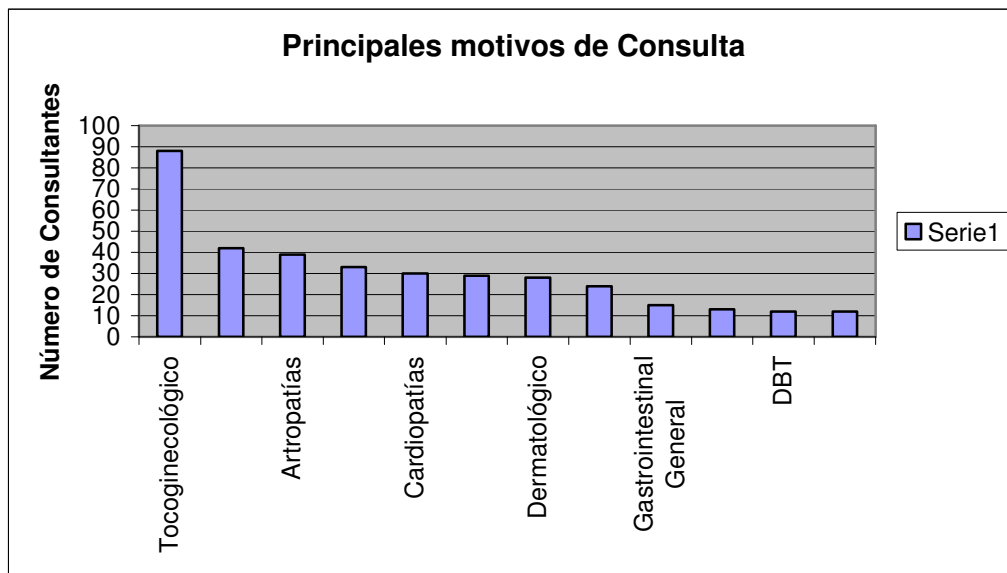
En el caso del 8% restante de los usuarios que posee obra social y concurre al Hospital, no pueden definirse las causa por el cual lo hacen, si bien el aumento del valor de los bonos moderadores o coseguros que deben pagar los usuarios de algunas obras sociales para acceder a la atención hacen que terminen concurriendo al hospital para solucionar sus problemas de enfermedad.



**12. Motivo de Consulta:** Agrupando la población que consulta en el HRSP, en los 12 principales motivos por los cuales se acerca al hospital, puede observarse que el mayor porcentaje, 23 % del total se corresponde con problemas Tocoginecológicos, lo cual esta en plena correspondencia con la mayoría femenina que busca solucionar sus problemas de salud – enfermedad en el hospital.

En porcentajes muy similares, (12, 11 y 9 % del total) consultan aquellas personas que padecen enfermedades de las consideradas “Crónicas”, Asma, Artropatías e HTA, constituyendo un 30% del total de los consultantes, circunstancia que ha originado que dentro del hospital se establezca un procedimiento particular para la atención de estos pacientes.

De forma decreciente nos encontramos con una serie de patologías que se corresponden con la oferta de las especialidades que poseen los consultorios externos del hospital, Cardiopatías, afecciones dermatológicas, respiratorias, traumatológicas y Gastrointestinales entre otras.



En resumen el usuario promedio del HRSP, se corresponde con la oferta de servicios del hospital, por un lado un consultante femenino que recurre a los consultorios de tocoginecología para solucionar sus problemas de salud – enfermedad, cuyo rango etáreo se condice con la etapa de fertilidad y menopausia de la mujer. Por otro lado un grupo de consultantes masculinos que deben recurrir a la guardia del hospital para atender sus problemas de enfermedad al quedar excluidos por sus relaciones laborales (Cuentapropistas, Changarines, micro emprendimientos) de los horarios habituales de atención de los consultorios, cuya edad coincide con la etapa de mayor productividad masculina, situación que les obliga a relegar el tiempo que le dedican a su atención médica, además según los datos estadísticos (INDEC, Encuesta Permanente de Hogares, 2001) y los provenientes de la propia encuesta la mayoría son responsable de hogar, debiendo dedicar la mayor parte del tiempo del día a procurarse el sustento.

Otra característica destacable es la pertenencia de la mayoría de los consultantes a Barrios que se encuentran en un radio menor a las 50 cuadras

del hospital, con una destacable población perteneciente a la localidad vecina de Villa Gobernador Gálvez.

Las otras variables indagadas son concordantes con las habituales descripciones teóricas sobre la población consultantes en los hospitales públicos, es decir carentes de Seguro de Salud, con un nivel de Instrucción primarios y trabajadores informales.

Otro dato relevante es la distancia de los Centros de Salud al Hospital, los cuales se encuentran dentro del radio de procedencia de los pacientes, indicando que los mismos deciden concurrir directamente a los consultorios externos del hospital, no realizando el paso previo de la consulta de primer nivel por el centro de Salud.

## Capítulo X:

### **La calidad de la atención desde la percepción de los usuarios de los servicios ambulatorios del HRSP**

En los capítulos anteriores se ha descrito la oferta y producción de los diferentes servicios HRSP, utilizando como unidad de medida la consulta médica realizada. Pero el mero hecho de haberse efectivizado la atención, no significa que se haya resuelto el problema que motivó la demanda, tampoco el haber satisfecho al demandante.

Al respecto Donabedian (1968:44) plantea la necesidad de reconocer la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables; más adelante (1988:114) se refiere al proceso de atención en salud, desglosando la necesidad de atención en dos componentes, el comportamiento de los usuarios y el de los proveedores, ambos confluyen en la forma de utilización del servicio y en la posterior modificación de la necesidad según el resultado de este encuentro.

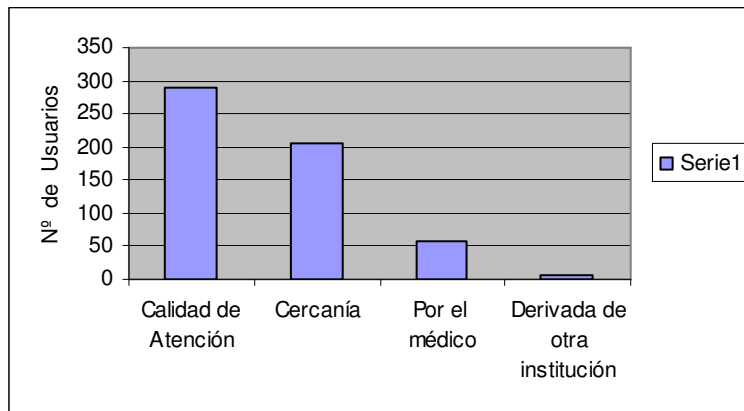
Aplicando estos conceptos en los servicios ambulatorios del HRSP, intentando conocer esta relación entre usuarios y proveedores, se recogieron las impresiones de los demandantes sobre de la relación recientemente ocurrida, invitándolos a describir lo ocurrido, desde allí se construyó la interpretación del grado de satisfacción de los usuarios.

Uno de los criterios fuertes que indica indirectamente la valoración de la atención buscada es la explicación de la razón por la que eligen Hospital Roque Sáenz Peña, para la resolución de sus problemas de enfermedad:

El 52% de los entrevistados definió haber elegido atenderse en el hospital por la *calidad de atención* que recibe, al que se suma un 10% que concurre por

el *prestigio de los médicos*. El 36% de los usuarios justifica su concurrencia por la *cercanía*, (que puede leerse también en el capítulo perfil del usuario, donde se expresa que la mayoría de los concurrentes provienen de un círculo concéntrico alrededor del hospital cuyo radio esta comprendido entre las 10 y 30 cuadras), y por último un 1,5% manifiesta haber sido *derivado* de otra institución. (cuadro1)

**Porqué eligió este hospital  
Cuadro 1**



N: 400

Las expresiones muestran una amplitud de razones pero es destacable lo relativo a la forma que los que solicitan atención cualifican a los recursos humanos que se cuentan como oferta del hospital.

Conociendo que uno de los problemas que preocupa desde hace años a quienes trabajan en el hospital es la distribución intrincada que ha ido adquiriendo el edificio en sus múltiples modificaciones, haciendo que las personas vean dificultado su transito hacia el lugar buscado, se indagó sobre el tema y sobre la información ofrecida y recibida al llegar.

Sólo el 25% de los entrevistados expresó haber solicitado alguna información que le fue de utilidad, encontrando el servicio buscado con cierta facilidad. Destacándose el 6,9% que consultó “*dónde se sacaba el turno*”,

dejando en claro que esa es tal vez uno de los puentes a cruzar en relación con la accesibilidad.

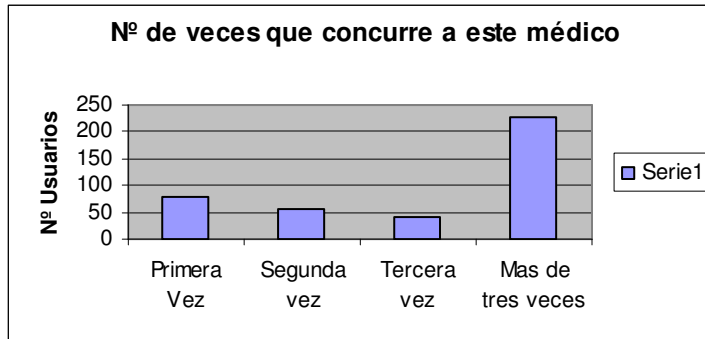
El 10,34% manifestó dificultades para situarse dentro del hospital ya que debieron averiguar *“donde queda el consultorio”*. El 75 % restante expresó que no sólo *“no había solicitado información”* sino que era usuario habitual manifestado que *“ya conocía el hospital y el servicio”* al que estaba demandando atención, situación que le permitía desenvolverse con facilidad dentro del efector. Muchos expresaron haber preguntado *“si ya estaba el médico”* (55,18%) mostrando alguna experiencia inesperada anterior. Sólo el 2% expresó que la información les resultó insuficiente.

La mayoría de los entrevistados dejó en claro que la información buscada para la orientación dentro del edificio fue brindada por el personal del hospital, aunque se trataba de aquel que circulaba por el lugar no encontrando un espacio destinado efectivamente para ese fin. Sólo un 5% refirió que fue alguien del público que esperaba en la sala quien el diera indicaciones sobre la circulación.

Remarcando lo anterior, se destaca la cantidad de veces que el entrevistado consultó al mismo médico. El 80% era asiduo demandante de atención del hospital ante cualquier problema de enfermedad sentida, eligiendo siempre el mismo médico, quedando señalado que estos concurrentes vuelven, eligiendo la continuidad de atención con el mismo profesional, ratificando la existencia de una relación médico – paciente satisfactoria. La distribución de repetición de visitas mostró un 56,5% contaba cuatro o más visitas, para el 10,25% era la tercera, un 14% fue atendido dos veces por el mismo médico. Los restantes 19,5% asistían por primera vez al hospital (cuadro 2)

## Repetición de la visita al mismo médico

Cuadro 2



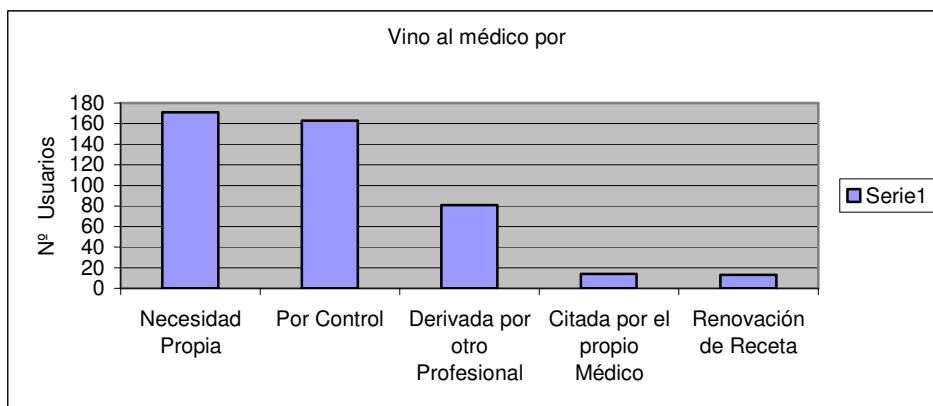
N: 400

El motivo de consulta refuerza la idea de elección movida por una confianza y satisfacción en la atención. La repetición de la consulta por un problema ya atendido expresada como seguimiento del problema se manifiesta a través de la expresión "control" por el 36% de los asistentes y el 3,5% lo manifiesta como "para renovar la receta" o en respuesta a la "me indicó el médico que volviera hoy", indicando la adherencia y respuesta a las indicaciones recibidas.

El 39 % manifiesta hacerlo por necesidad sentida indicando un problema de enfermedad por el que esperan alguna respuesta y el 18% ha sido derivado por otro profesional. (Cuadro 3)

## Razones por las que demandó atención hoy

Cuadro 3



N: 400

El desglose del proceso de atención muestra algunos obstáculos que dificultan el acceso:

La Obtención del Turno es el primer escollo a sortear. El HRSP ofrece la obtención del mismo telefónicamente, no obstante ello el 93% de los consultantes concurre directamente al servicio, manifestando que de esta forma consiguen turno generalmente la primera vez que concurren al mismo. Solo un porcentaje menor (4%) expresó haber tenido que concurrir más de una vez para obtener el turno, expresando cierta disconformidad con el sistema.

Coincidente con la expresión anterior la mayoría de los pacientes (60%) expresó su conformidad con esta modalidad de conseguir el turno, ya que con una espera de 15 minutos frente a la correspondiente ventanilla lo obtuvieron. Otros manifestaron haber tenido una espera de 30 minutos a una hora, solo un grupo reducido, menor al 10% expresó su descontento por haber tenido que esperar hasta 2 horas para conseguirlo.

Para quienes optaron por la obtención telefónica del turno (7% del total de los entrevistados) las cosas no fueron tan fáciles ya que la mayoría debió llamar 2 o 3 veces para conseguir que les fuera otorgado el día y la horario en que se efectivizaría la atención.

Otra barrera la constituye el mismo profesional para el cual le otorgan el turno, ya que *“no siempre es el medico pedido”* estableciéndose una distancia entre la oferta y la demanda que mella la relación médico padeciente.

No obstante ello la población encuentra espacios por dónde filtrar la estructura para conseguir su cometido. El 15% de los usuarios manifestó *“conseguir siempre turno”* para el médico deseado *“cada vez que lo necesito”* y en el *“primer intento”*, confirmando su carácter de cliente habituado al manejo del hospital y conocedor de todas las estructuras necesarias de franquear así como

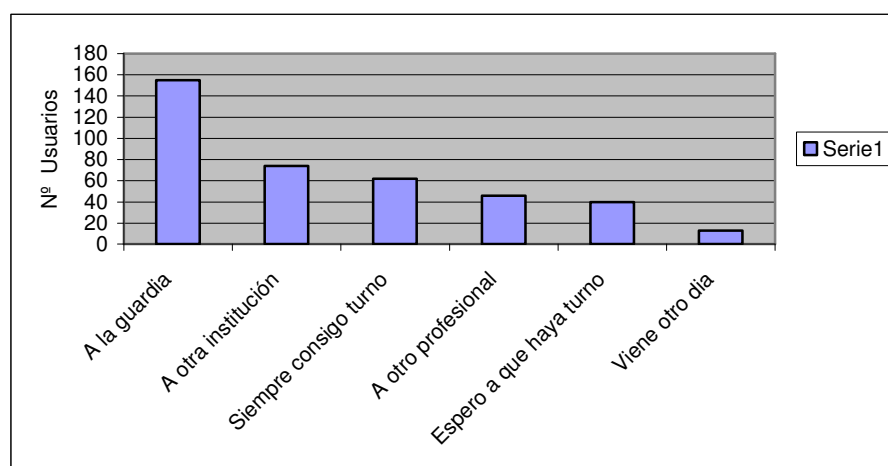
los modos de hacerlo, sorteando con facilidad los obstáculos internos para lograr su objetivo.

El resto de los usuarios, sobre todo aquellos que no consiguen turno para el médico deseado, tienen dos comportamientos bien definidos, un grupo menor, no identificado con el hospital (18,5% del total de concurrentes) se dirige a otra institución de servicios de salud, mientras que el resto más numeroso (76,5%), resuelve su situación con la oferta de servicios del HRSP, situación asociada a las expresiones de los mismos sobre el hospital: *“concurro por cercanía”, “por la calidad de atención”, “que le voy a hacer, está cerca de mi casa”, “no tengo para otro boleto de colectivo”*, vertidas en el capítulo perfil del usuario.

Para muchos (39%) no hay otra oportunidad, sobre todo aquellos que no consiguieron el turno requerido, que dirigirse hacia la guardia del hospital ratificando una vez más la importancia de esta oferta dentro de la Institución y la jerarquía que cuenta entre los concurrentes como opción para la atención., aunque más no sea para aliviar su dolor. Otro grupo de personas manifiestan no tener una preferencia por un profesional en particular (11,5%), aceptando además la atención realizada por un otro de la misma especialidad. Paralelamente quienes manifiestan concurrir por *“control”, “porque se los indicó el médico”* o *“para renovar la receta”* optan por esperar el turno para el médico que los viene siguiendo. (Cuadro 4)

#### Actitudes frente al no ser posible la atención por el profesional requerido

Cuadro 4



N: 400

Al finalizar este recorrido y preguntados para que hora o día era el turno que les entregaron, la mayoría manifestó haber recibido un turno para un día diferente del cual lo solicitaron (63% ) hecho que difiere la resolución de las dolencias y complica la vida cotidiana en una población que vive al día. A pesar de ello el hecho es sentido como *“normal”, “habitual” “es así, que le vamos ha hacer”* por los usuarios. No se registró otra queja, fuera de el tono suave anterior, por la espera lo que hace sospechar sobre la resignación a la que se somete esta población, que tampoco puede hacer oír su voz de otra manera porque no lo entiende como posibilidad de reclamo ciudadano.

Cuando hablan sobre el proceso de atención propiamente dicho, comienzan por *la espera* que los define como pacientes de paciencia para alcanzar el ser atendido. El rango de tiempo oscila “entre el médico llegó a horario” hasta las 2 horas, al que hay que sumar el anterior de la espera del turno (70%). El grupo restante manifestó su disconformidad con el comportamiento de los médicos que suelen llegar tarde o faltan y ellos deben volver otro día sin que les sea solucionado de manera alguna (salvo la guardia) la problemática que lo aqueja, quedando sin consideración las dificultades económicas que deben sortear quienes se encuentran desde el lado de demandantes sin respuesta.

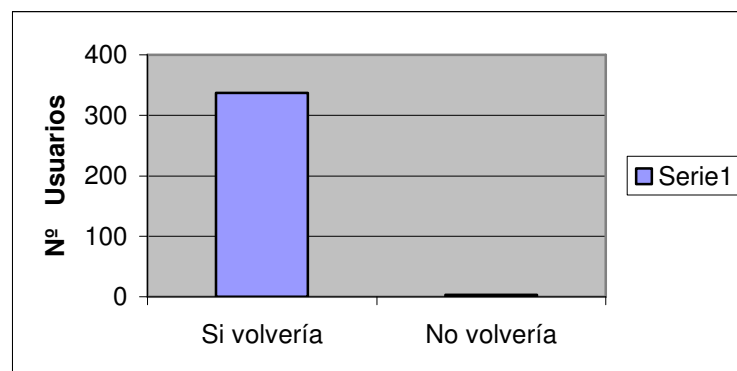
Una vez lograda la atención, la sensación sobre el proceso de atención ocurrido dentro del consultorio, durante el encuentro entre el médico y el paciente, los usuarios expresan su conformidad con lo ocurrido dentro del mismo, el 96% de los entrevistados manifestó sensación de satisfacción con la modalidad de atención; que el médico *“lo trató bien”*, describiendo este encuentro como un continuo en el cual se encontraron *“escuchados”, “revisados”* y recibieron una *“explicación”* sobre su enfermedad, esto implica que les fue dado un diagnóstico, explicada la importancia de la dolencia y la forma de realizar el tratamiento, reconociendo haber *“entendido las explicaciones”* recibidas y hasta la indicación de cuando *“volver para controlarse”*.

En las expresiones antes citadas de los usuarios se destacan dos términos que son remarcados “*escuchados*” y “*me explicó*” que significan, tal vez la verdadera razón de la adherencia al profesional y al hospital, dando a entender que durante ese encuentro se sienten comprendidos y contenidos, que reciben los elementos necesarios para continuar con su tratamiento y de alguna manera reconocen que el problema que los trajo evidencia una solución aceptable para ellos.

La tercer impresión de los padecientes es la que les queda luego de concluida la consulta, el grado de satisfacción que le provocó la misma, pudiéndose apreciar en su magnitud el apego de los usuarios al profesional que concurrieron, donde manifestaron en un 96 % estar de acuerdo con la atención recibida y que volverían con el mismo profesional. (Cuadro, 5)

### Adherencia al Médico

Cuadro 5



N: 400

## Capítulo XI:

### **TRAYECTOS QUE DESCRIBEN LA ACCESIBILIDAD AL HOSPITAL**

#### **ROQUE SAENZ PEÑA**

En su búsqueda de respuestas al problema de salud que los preocupa los demandantes a los servicios de atención médica describen trayectos que son posibles de ser reconstruidos de forma tal que posibiliten una descripción para abrir las puertas a la comprensión de los nudos problemáticos en la accesibilidad. La construcción de los mismos basada en las normas implementadas desde la gestión, la observación y el análisis de las entrevistas de los demandantes, permite reconocer los derroteros repetidos por la población y las búsquedas de caminos alternativos.

Esta estrategia ubica a los padecientes desde la percepción de los síntomas hasta lograr la curación, pasando por la obtención del turno, concreción de la consulta, diagnóstico y tratamiento, actividades que constituyen la llamada carrera curativa (Gómez M, 2004:85) constituyendo aquel espacio que la Real Academia Española define como trayecto: espacio que se recorre o puede recorrerse (R. A. E. 2002)

**Trayecto 1:** La lógica diseñada desde la administración de salud municipal sostiene una concepción de trabajo en RED, fomentando que el usuario ingrese por el primer nivel de complejidad (Centro de Salud) a través de su médico de referencia y sea este quién lo derive a los consultorios externos de los hospitales de segundo nivel, en caso de no contarse con los recursos necesarios para su diagnóstico o tratamiento. Para ello ha dispuesto un sistema de derivaciones que significa una evaluación de la gravedad del padeciente, la construcción de una escala de urgencias, la asignación del día de consultas. Este trayecto tiene como mínimo una demora de 15 días para acceder al ambulatorio de Hospital. Luego de encontrada la razón de su problema el paciente será

derivado, nuevamente, al Centro de Salud, munido de los resultados de los estudios o interconsultas realizadas, donde el médico de cabecera continuará con su evolución y tratamiento. Como puede observarse este circuito establecido implica tiempos, y traslados, que muchas veces la población no está dispuesta ni en condiciones (económicas y de salud-enfermedad) de respetarlo.

**Trayecto 2:** es el generado por el Usuario desde que reconoce que está enfermo y necesita ayuda, pero debido a que la oferta de atención no se adecua a sus necesidades o percepciones reclama asistencia en el servicio de guardia del Hospital (se trata de procesos no urgentes, ni emergencias), donde luego de ser atendido sintomáticamente y regresan a su domicilio con derivación al ambulatorio, para reiniciar en proceso nuevamente, en un servicio que reúna la tecnología necesaria (muchas veces sólo la clínica) para realizar el diagnóstico e indicar estudios complementarios y un tratamiento adecuado. Este trayecto es recorrido habitualmente por todos aquellos que no encontraron turno para ser atendidos en los servicios en los que reclamaba atención y ante la necesidad reconocida (síntomas) y al encontrarse en el hospital: deciden intentar resolver el problema que para ellos es urgente. Aquí es visible la doble lógica que impulsa al trayecto, la impuesta por el servicio que no logra responder a las necesidades de la demanda ambulatoria en tiempo y formas reclamadas por la población. La guardia se convierte así en una suerte de ambulatorio de resolución rápida y en una alternativa de acceso a la atención. Además es una estrategia para obviar el primer nivel establecido por el sistema.

También se registra en las horas nocturnas una demanda directa, no siempre por emergencias, sino por situaciones que han sido soportadas durante toda la jornada laboral. La de la población, mayoritariamente masculina, deja para después la solución de los dolores porque debe priorizar la lógica del trabajo.

**Trayecto 3:** el intento de acceso directo al hospital encuadra un obstáculo en la puerta de entrada, como lo refleja la responsable del sector: *“todas aquellas personas que concurren directamente al Hospital para tener acceso a la atención*

*del área ambulatoria deberán, en forma obligatoria, ser evaluados por el equipo de Admisión de Clínica” (Sandra Martínez, 2008: 2)*

“El equipo de admisión de clínica”, está a cargo de una licenciada en enfermería, quién le otorgará un turno para el “Médico Generalista de Primer Nivel”, quien tiene como función realizar un estudio presuntivo del paciente, determinando si el problema que presenta pertenece al nivel de resolución primario o secundario, que es el que ostenta el hospital; en cuyo caso procederá a derivarlo al consultorio que según su consideración correspondiera, comportándose como un doble filtro al acceso de la atención ambulatoria del hospital.

El circuito, ideado por los planificadores de salud, fundamentados en una lógica de atención focalizada en el lugar de residencia del usuario a través del 1º nivel de atención (Centro de salud), se fundamenta en una lógica que describe un trayecto Casa de Usuario - Centro de Salud, que será el lugar dónde le será asignado un equipo de referencia (conjunto de médico generalista y enfermero) al paciente para su control o tratamiento y a través de este derivado a otro nivel, desalentando la concurrencia directa del padeciente al hospital. (Souza Campos, 1998:146)

A todos los trayectos descritos hay que agregar un nuevo recorrido que debe realizar el usuario cuando necesitare estudios complementarios, **Trayecto 4:** si las prácticas están comprendidas dentro de la complejidad del segundo nivel, caso radiología (contrastada), ecografía, análisis clínicos, el paciente deberá solicitar el turno correspondiente en el servicio donde se realiza el estudio. La demora para realizarse el estudio en todos los casos dependerá de la complejidad del mismo, preparación que debe realizar en su casa el paciente y de la oferta del propio servicio.

Para aquellas prácticas que no se realizan dentro del hospital, el usuario previamente deberá pasar por la **Auditoría distrital**, dispositivo<sup>14</sup> creado dentro

---

<sup>14</sup> Dispositivo es un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa el nuevo Radical (Baremblyt, 1992), De esta conceptualización se puede observar que los dispositivos aparecen como combinaciones variadas de recursos que

del hospital, cuya función es la autorización y tramitación de prácticas pertenecientes a la mediana y alta complejidad, comprendiendo también la autorización de medicación crónica y cirugías que se realizan en el propio efector. Las derivaciones se realizan al CEMAR (2º Nivel) y al HECA u HNVJV (3º Nivel)

Podría describirse también un **Trayecto 5**: en el que se representan los correspondientes a las derivaciones que se puedan realizar desde el hospital de segundo nivel al de tercer nivel en la búsqueda de solución para problemas de salud que necesitan prácticas que requieren pericias e instrumental que no ha sido asignado a este espacio laboral. Entre ellas pueden contarse Unidad Coronaria, Unidad de Terapia Intensiva, o quirófanos, entre otras. En estos casos el paciente retorna nuevamente al lugar de derivación una vez resueltas las dificultades. Este trayecto es exclusivo de la indicación del personal médico.

**Trayecto 6**: destinado a los enfermos crónicos. En él los usuarios que poseen algunas de las patologías consideradas crónicas, que en el caso particular del HRSP describen un perfil patológico que incluye: Asma, Artropatías e HTA, (las que mayor número de pacientes registran), no tienen acceso directo a los diferentes profesionales. Por administración tienen destinado un médico de referencia (médico generalista de 1º nivel) quién es el encargado de controlar la evolución de la patología y determinar las interconsultas y prácticas complementarias que debe realizarse, además de prescribir y controlar la medicación que debe administrarse.

Por diversas razones la población recorre diferentes trayectos a los que se intenta imponer. Las personas se dirigen directamente a los servicios de consultorios externos designados como de derivación, sean estos médicos clínicos (adultos y niños) o especialistas en los que reconocen una posibilidad cierta de resolución de los problemas, por contar en el servicio con todos los

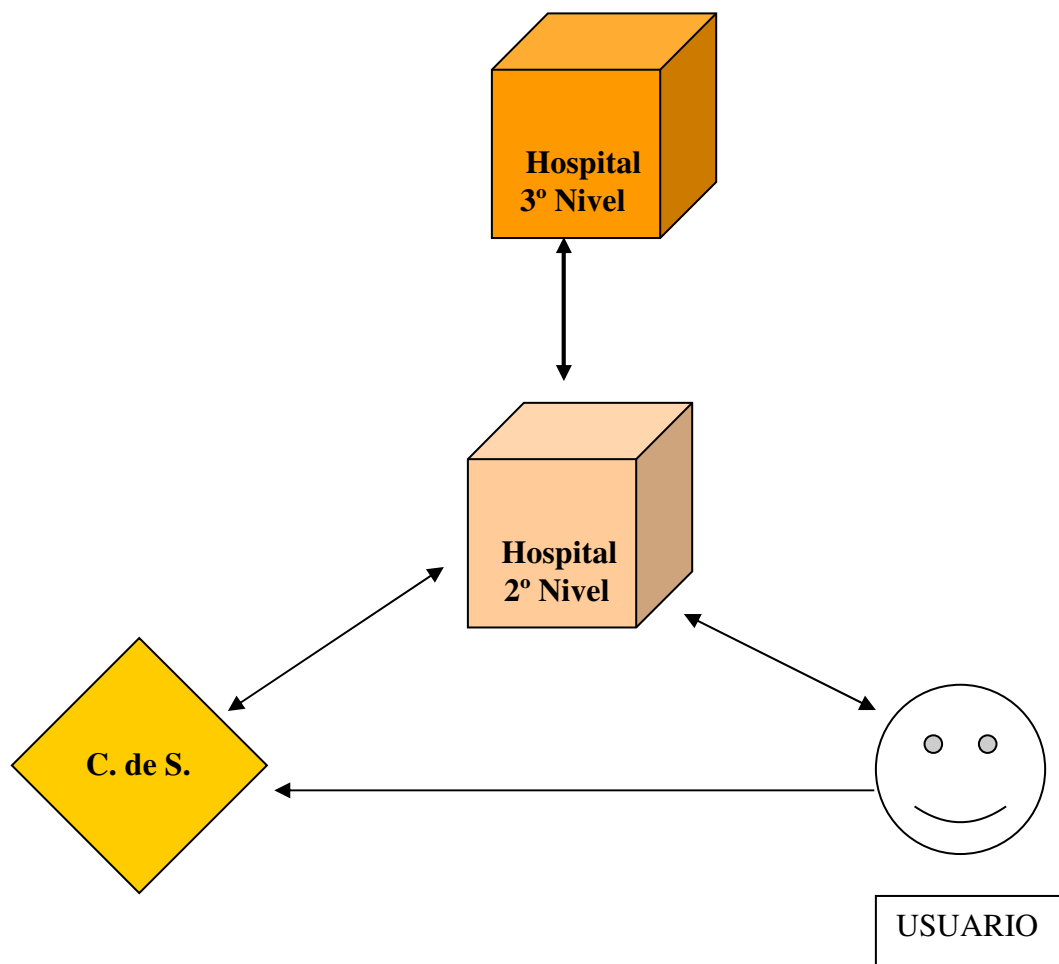
---

alteran el funcionamiento organizacional, pero no forman parte de la estructura de las organizaciones (Sousa Campos, 1998)

insumos necesario para realizar un diagnóstico, y además una farmacia pertrechada con los tratamientos que los médicos indican, hecho que reduce sustancialmente el tiempo hasta la indicación y adquisición del medicamento indicado. Una vez vivenciada la experiencia se repetirá para otras ocasiones y se transmitirá a los vecinos y amigos constituyéndose en un aprendizaje social.

De esta manera, la lógica que se intenta instituir encuentra un obstáculo de nivel, que sólo podrá ser revertido con la optimización de los Centros de Salud tanto en la calificación de los recursos humanos como en las posibilidades de resolución de los problemas.

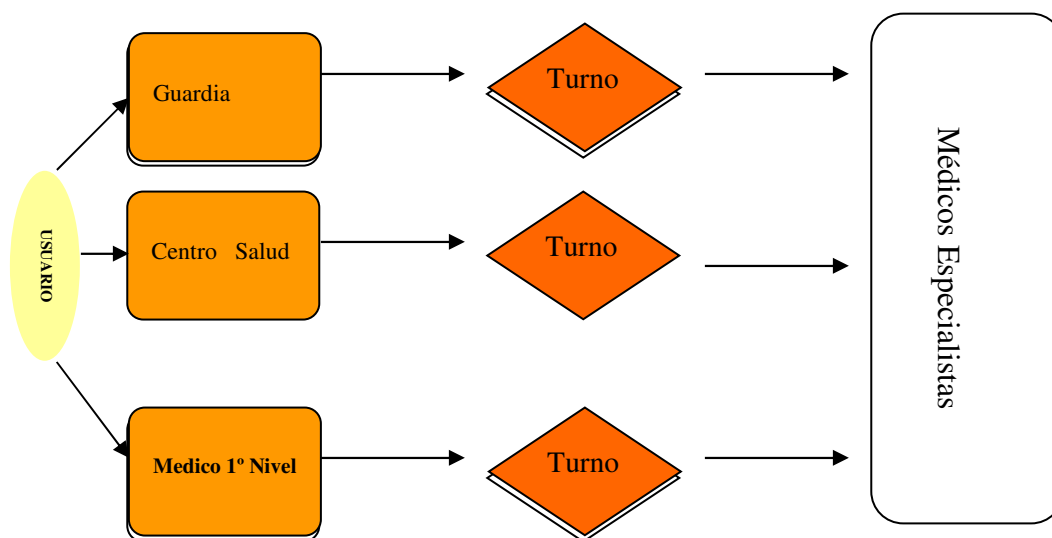
### Diagrama de los trayectos que muestran el acceso a los Hospitales de segundo Nivel



Además, desde la información obtenida de los relatos de los jefes de servicio, la denominada contra referencia no se efectiviza, razón por la que los demandantes hospital vuelven a reclamar atención al HRSP.

Como puede observarse, es posible distinguir dos lógicas paralelas. La de los planificadores de la oferta de servicios, a la que asignan puertas de entrada, circuitos de derivación -con las consabidas formas de referencia y contrarreferencia- que conlleva en sí misma muchas dificultades de implementación; y la de la población que demanda atención y resolución de sus problemas de salud-enfermedad, que diseña sus propias estrategias a través de las fisuras que el mismo sistema permea; haciendo colapsar, muchas veces, las posibilidades de atención.

#### Trayecto interno del usuario que ingresa a un médico especialista



## Capítulo XII:

### Discusión

Al realizarse la evaluación de un proceso de atención de la salud se ejecuta un juicio sostenido en la valoración de los acontecimientos. Los posicionamientos desde los que puede realizarse marcan diversas posibilidades que ponen sobre el tapete la subjetividad que implica toda evaluación, ya que quien evalúa propone con anterioridad una escala de medida basada en su concepción. Desde las instituciones lo que importa es el cumplimiento de las metas. Cuando quien realiza esta apreciación es el usuario, la evaluación esta relacionada con la satisfacción que indica a la resolución de un problema personal, razón por la cual demandó atención.

Desde lo institucional se proponen como metas la adhesión a la política Atención Primaria de la Salud y para ello organizan el sistema como una RED.

La política de APS se propone desde la conferencia de Alma Ata “como medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y las familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable” (APS, 1978:8). En ellos se establecen la universalidad de la cobertura y la accesibilidad como actos destacables.

En Rosario, la APS está destinada a las poblaciones que no tienen cabida dentro de la oferta de los seguros de salud quedando reducida a una atención selectiva definida por la OPS como “conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para los pobres” (OPS 2005). La propuesta de *accesibilidad*, definida desde las categorías Geográfica, financiera, cultural y funcional<sup>15</sup>, es ilustrada en la norma escrita por los planificadores locales como una única entrada al sistema de salud por el Centro de Salud, convertido en la puerta de entrada

---

<sup>15</sup> Accesibilidad funcional se entiende la prestación permanente de asistencia adecuada a quienes la necesiten, y en cualquier momento que la necesiten, por conducto del grupo sanitario apropiado para ese fin

(APS, 1978: 32). Además, en los documentos ya citados, se manifiesta que para ordenar el movimiento de pacientes dentro de la RED, se adoptan dos estrategias, la *adscripción de pacientes y el sistema de referencia y contra referencia*. Definiendo como *adscripción de pacientes* a la “acción de registrar y otorgar a los usuarios ubicados en el área de influencia o territorio correspondiente a un determinado efector de salud, cercano a su domicilio, un equipo compuesto por médico y enfermero que debe encargarse de su atención.” Además, y con la finalidad de ordenar la *trayectoria* de los pacientes entre los efectores y la comunicación pertinente a su salud se instituye un sistema de registro siguiendo las normas de un sistema de referencia y contrarreferencia<sup>16</sup>.

La adhesión a la propuesta de Alma Ata queda entonces reducida a la organización como puerta de entrada para contener a los pobres allí dónde viven y las posibilidades de ser atendidos en hospitales de segundo o tercer nivel se limita a la adhesión a las normas establecidas. Salir de allí dónde viven implica lograr ser identificado como un paciente que necesita la mirada de un especialista, ser incluido en una lista de espera que como mínimo pospone la resolución en quince días, y mientras tanto convivir con el mal estar que continúa su proceso patológico. También depender del criterio del médico generalista, que será quien lo coloque en un lugar de jerarquía dentro de la lista de solicitud de turnos al hospital; el que a su vez otorgará el lugar según los criterios de gravedad y urgencia, previamente establecidos, en un orden de demanda en el que compiten los demás centros del área. La percepción, las sensaciones-síntomas no pesan.

---

<sup>16</sup> definiendo como REFERENCIA la derivación de un paciente desde un efector de menor capacidad de resolución hacia otro de mayor o igual capacidad de asistencia, complementación diagnóstica o terapéutica, como CONTRAREFERENCIA definen la derivación del paciente en sentido inverso, en el cual se reenvía al establecimiento que refiere, la información sobre los servicios prestados y las respuestas e indicaciones a las solicitudes de apoyo asistencial, criterio que también se interpreta como referencia cuando desde un nivel de alta complejidad se remite al enfermo a uno de menor nivel en función de necesitar cuidados mínimos para su recuperación ante la naturaleza no compleja de su patología.

Esto recuerda las palabras de Foucault, “la disciplina procede ante todo a la distribución de los individuos en el espacio” (Foucault M, 2006:145), se los atiende donde viven y para salir necesitan el permiso del generalista.

La oferta concreta de servicios del HRSP se resume a la limitación de turnos dada por la capacidad de los espacios físicos (consultorios) y humanos, dejando fuera un importante número de demandantes. La guardia es el servicio más destacado, que acumula la mayor parte de las consultas y ha recibido recientemente un fuerte impulso al inaugurarse la nueva Guardia.

La población, al hacer su evaluación, muestra una mansa conformidad, devenida en adhesión y la expresa a través de la continuidad en la demanda a un mismo hospital y en la evaluación positiva de ese que considera su médico. Sin embargo detrás de esta apreciación subyacen una serie de obstáculos que se traslucen en las conversaciones –colas, falta de turnos, madrugones, evaluadores, etc.- que de alguna manera muestran las estrategias de los pobladores con capacidad para resolver y franquear los problemas/ vallas que les interpone el acceso a la atención, forzando la adaptación de la población a su funcionamiento.

El primer obstáculo, es impuesto por la gestión política y se expresa en los documentos producidos en la Secretaría de Salud Pública en los que se adhiere a los postulados de APS. Específicamente en los referidos al ingreso, estableciendo la obligatoriedad de la puerta de entrada a través del Centro de Salud. Allí, en el lugar donde se vive, un enfermero y un medico generalista asignados en la propuesta de adscripción, son los encargados de evaluar a los concurrentes y determinar si corresponde o no el permiso de la concurrencia del padeciente a otro nivel de complejidad. Se ejerce, de esta manera, una función de orden y disciplinamiento, creando un espacio de control que confina a los enfermos en los territorios en los que viven, impidiéndoles llegar allí donde se concentra la tecnología. Estableciéndose así una contraposición con los postulados originales de APS. Transformando la practica propuesta en un obstáculo para el acceso a la atención de las necesidades de recuperación de la salud percibidamente perdida.

Estas actividades restrictivas no resultan suficientes para impedir la concurrencia directa de los padecientes al hospital, los que plantean estrategias originales construyendo diferentes trayectos para alcanzar su cometido. Esta situación ya fue descrita por Mario Testa cuando dice que: “A pesar de los discursos e intentos de contener a los pobres allí dónde viven, mediante la implementación de los denominados <<Centros de salud>> (Testa, 1985: 68). No es este el primer estudio situado en el territorio rosarino en el que se muestra esta situación, en el que la población orienta sus demandas atención según la percepción y valoración de sus problemas, dirigiéndose en forma directa a los hospitales, “considerando que es allí donde puede satisfacer su necesidad de atención porque cuenta con todos los recursos tecnológicos y de insumos adecuados para la atención que espera”. (Enria, Gómez, Delepiane, 1984; mimeo)

Un segundo obstáculo es la misma representación social del hospital, que fuera concebido desde sus inicios como el lugar destinado para brindar atención a los pobres y de aislamiento de todos aquellos potencialmente peligrosos para la comunidad no solo en términos de enfermedad, que se limita aún más, ya que solo pueden ingresar aquellos a los que el médico generalista habilita.

Esta construcción social tiene historia en la Argentina. Durante la administración Carrillo, se proponía un modelo de atención que comprendía un único seguro de salud para toda la población, que significa un antecedente de la propia APS, donde la puerta de entrada al sistema estaría integrada por consultorios médicos independientes contratados por el Estado, acompañados por Centros de Salud que además de la atención ambulatoria en diferentes especialidades desarrollarían actividades de prevención, educación y serían agentes de los Programas de Salud Pública. Por último se accedería a los Hospitales, que contarían con los mayores recursos y tecnología disponible. El modelo Carrillo en su conjunto no llegó a conquistar la hegemonía necesaria para transformar al sistema en su conjunto, sin embargo, dejó huellas indelebles en los

servicios de salud del país. Entre 1946 y 1954 se duplicaron la cantidad de camas públicas (pasando de 66.400 a 134.218), todas ellas bajo la jurisdicción del Estado Nacional (Tobar F. 2001:7), dando una reputación al hospital como lugar de resolución de los problemas de enfermedad.

Por ello las personas deciden apersonarse en el hospital para resolver sus problemas de enfermedad. El hospital los recibe con otros obstáculos. Por no provenir del Centro de Salud deberá pasar por un primer nivel habilitado en el ingreso en el que una enfermera decidirá si necesita ser visto por el Médico Generalista ubicado en esta impuesta puerta de entrada. Este, a su vez, procederá a disipar si las razones de la consulta ameritan pasar al segundo nivel, derivándolo como si proviniese desde *su* centro de salud correspondiente. En ese caso, nuevamente, deberá esperar el turno asignado. A esto se le suma el “no hay más turnos” y volver otro día a la madrugada, para a través de una nueva cola, lograr ingresar a la planilla de consultorio externo.

Es así como la guardia se convierte en el lugar al que concurren los pobladores para resolver sus padecimientos. Si bien la guardia médica, es el lugar destinado por el hospital para el tratamiento de las situaciones emergentes y urgentes, situaciones que implican riesgo de vida para el padeciente. Definir la situación se torna en un conflicto porque urgencia y emergencia significan diferente según la enuncien los miembros del equipo de salud o aquellos que sienten en sus cuerpos los dolores. Para terminar con estas diferencias la provincia de Buenos Aires estipuló *“La función del médico de guardia será la de mantener la asistencia médica de los pacientes internados como para la demanda externa con carácter de emergente o urgente No deberá negarse a la atención de un paciente sin haber ejercido el correspondiente examen médico, que le asegure que la causa por la que acudió a la consulta, o que requirió su presencia en el sector de internación así lo justificara”* (Colegio de médicos de la Provincia de Buenos Aires, 2009)

En los hechos se trata de un espacio que funciona las 24 horas de día, destinado a la atención de la emergencia y urgencia de los demandantes. Su capacidad de diagnóstico queda aclarada en las expresiones de su responsable: “esta destinada a lo agudo, lo de 24Hs. de evolución y contamos con el apoyo de las guardias de Laboratorio, Rx. y Ecografía” en otra parte de su relato especifica que “luego de evolucionado el paciente es derivado a los consultorios externos del Hospital o al Centro de Salud más cercano a su domicilio, según corresponda”. Hecho que es aprovechado por los pacientes para ingresar al hospital de segundo nivel, puntualmente a sus médicos especialistas.

Una vez sorteado el ingreso, los padecientes deberán concurrir en el horario que ofrece el especialista para recibir la correspondiente atención, previo pasaje por admisión, debiendo organizar su día de actividades para concurrir en los horarios estipulados. Y el trámite continúa, ahora el demandante atendido deberá acceder a otro profesional especialista responsable de los estudios complementarios. Generalmente el demandante necesita más de un estudio complementario, los que no coinciden en el mismo día, ni horarios, o proponen turnos son consecutivos, obligando al padeciente a concurrir más de una vez para completar con la batería de estudios necesarios para que el médico decida su diagnóstico, debiendo, de esta manera, volver a realizar largas esperas, filas para obtener el turno que habilite la atención requerida, recorrido que le insume un promedio de 15 días para completar el proceso de atención-diagnóstico-tratamiento. En el peor de los casos deberá consultar en otro nivel de complejidad. Así deberá dirigirse a los respectivos sectores dentro del hospital u otro hospital y solicitar los turnos correspondientes, los que no siempre estarán disponibles en cantidad, tiempo y forma según las urgencias del padeciente.

Otro obstáculo lo constituye la cuantía de la misma oferta de atención, evaluada en términos de turnos, que es inferior a la demanda y con horarios rígidos, generalmente por la mañana. Dejando diariamente sin atención a un número considerable de demandantes. A ello se suma la imposibilidad de los

trabajadores de concurrir en horarios matutinos. Entre la población que debe servir el HRSP se encuentra una población masculina, para quienes la prioridad es el sustento diario, obligándolos a tomar la guardia como su lugar de diagnóstico, indicación de tratamiento y control de la enfermedad, ya que tampoco pueden concurrir a los Centros de Salud que atienden de lunes a viernes y en horarios coincidentes con los de su trabajo.

A lo narrado hay que sumarle que durante el año 2008 se produjo el traslado del Hospital de Emergencias Clemente Álvarez, servicio que en su localización anterior cubría las consultas de clínica médica, infectología y traumatología de la zona. Con su cierre toda esa demanda pasó a engrosar la población que debe ser servida por el HRSP. No obstante ello, la gestión parece dirigirse en sentido opuesto. Durante el año 2008 se reformularon las Guardias de Urgencias del HRSP, tanto para Adultos como para Niños, ampliando su capacidad de atención y el número de camas de internación transitoria, orientando la demanda hacia este servicio. Mario Testa afirmaba al respecto que “sólo se puede demandar lo que se ofrece desde un servicio de salud, poniéndolo a disposición de quien lo necesite, generando en el usuario una percepción de lo que se ofrece” Testa (1977: 97). Esta obra se justifica desde la gestión como respuesta a las demandas comunitarias pertenecientes al presupuesto participativo<sup>17</sup>, ratificando de esta manera los dichos de Testa. La población reclama atención y se le responde con la ampliación del espacio de mayor producción del Hospital. Seguramente la comunidad no pidió esta obra, ya que sólo puede decir *“a mi sólo me atienden en la guardia”*, son los planificadores quienes deben traducir estas demandas y transformarlas en acciones que transformen la organización actual en lugar de reforzarla con todas sus falencias.

---

<sup>17</sup> Obras que deciden los habitantes de un Distrito y que luego el ejecutivo realiza: S25 Secretaria de Salud Publica, Remodelación Guardia Pediátrica y General Hospital Roque Sáenz Peña, Reestructuración diversas áreas y construcción de nuevas dependencias, Monto Asignado \$ 900.000.- Presupuesto Participativo 2006, Municipalidad Rosario.

Según lo normado, el padeciente luego de completar su atención en los servicios pertenecientes al hospital deberá ser adscrito y referenciado según su domicilio. Esta acción no se realiza de rutina, los profesionales del hospital no lo consideran importante, quedando a criterio del médico tratante o de la solicitud del padeciente este acto considerado de gran importancia por los planificadores. Son los mismos miembros del equipo de salud los que dicen que *“el servicio de guardia no participa en el proceso de adscripción de pacientes a los Centros de Salud.”* Una vez concluido el acto médico *“no hay un hábito de derivar los pacientes para adscripción en los Centros de salud”*. En estos consultorios *“no se realiza ningún tipo de adscripción, con aquellos pacientes que provienen de los Centros de Salud solamente luego de realizado el diagnóstico y definido el tratamiento, son referidos nuevamente al Centro para continuar con la evolución de los mismos hasta el alta, pero dejando librado al Centro la opción de la Adscripción”*. El sistema ideal propuesto muestra sus fisuras, a pesar de los esfuerzos, los mismos miembros del equipo de salud lo ignoran y son los pobladores quienes deben sortear estos problemas.

Este conjunto de barreras a la atención conforman el espectro de rechazos que la organización de la gestión del ambulatorio del HRSP ha logrado construir y que no parece ser considerada desde los estamentos directivos. El aporte de este trabajo consiste en describir los nudos problemáticos que hacen a la no adecuada satisfacción de la demanda de atención. La respuesta política a los rechazos se convirtió en una guardia renovada, cuando la más adecuada parecería ser ampliar la Consulta Ambulatoria. Para ello hacen falta recursos físicos, es decir edificios en los que puedan instalarse los consultorios y una adecuación de los recursos humanos, que en lugar de ser contratados para cubrir los horarios de la mañana permitan tener una consulta con horarios más amplios

## **Bibliografía**

1. Andersen R M (1995) "Revisiting the behavioral model and access to medical care. Does it matter? Journal of health and Social Behavior,36, pp.1-10
2. Atención Primaria de la Salud. Una estrategia para la construcción de ciudadanía. Secretaría Salud Pública, Municipalidad de Rosario. Año 2000
3. Barembli, Gregorio. Compendio de Análisis Institucional e otras corrientes: teoría e práctica. Editora Rosa dos Ventos. Río de Janeiro. 1992
4. Borrás J. M. "La utilización de los Servicios Sanitarios", Gaceta Sanitaria, Nº 40, páginas 30 – 49, 1994
5. Carlos Bloch, Cristian Godoy y Cols. Evaluación del programa de Atención Primaria de la Salud en la Ciudad de Rosario, Publicación Nº 34, Representación OPS – OMS en Argentina Nº 34, 1992
6. Chorny A. "Curso Gerencia Estrategia de Servicios de Salud" Instituto de la Salud Juan Lazarte. Rosario. 1996
7. Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires. Distrito VI, Junín, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Dic. 2009, [www.colmed6.org.ar](http://www.colmed6.org.ar)
8. de Sousa Campos Gastao Wagner. Gestión en Salud, en defensa de la Vida. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2001
9. Diario La Capital de Rosario "Festeja sus 63 Años el Hospital Roque Sáenz Peña". 30 – 03 – 9
10. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Editorial Espasa Calpe. Madrid. 1999

11. Digesto Municipal, 24 de octubre de 1921, Pág. 403 – 404
12. Donabedian A, Los espacios de la Salud. Capítulo 7. Aspectos fundamentales de la Atención Médica, S. S. México 1988
13. Donabedian A. Quality assessment: The Industrial model and the health care model. Clinical Performance and Quality Health Care 1993. Traducción: Ángel Otero. Revisión Técnica: Dra. Beatriz Zurita. Salud Pública de México Mayo – Junio 1993. Volumen 35 N° 3
14. Donabedian Avedís, La calidad de la atención médica, La Prensa Médica Mexicana S. A. México D. F. 1984
15. Donabedian Avedís, “Los espacios de la Salud”, capítulo 7, aspectos fundamentales de la atención médica, S. S. México 1988.
16. Dra. Graciela Enria – Prof. Claudio Staffolani, Obstáculos sociales y de organización para la planificación estratégica en la Atención Primaria de la Salud (APS), Fundación Dr. J. R. Villavicencio, Rosario, 2004
17. Enria, G.; Gómez, M.; Delepiane, L. (1984) Necesidades de salud, Mimeo
18. Federico Tobar, 2005, Breve historia de la prestación del servicio de salud en la argentina, [www.isalud.org/documentacion.2008](http://www.isalud.org/documentacion.2008)
19. Foucault Michel, El Nacimiento de la Clínica, 1963. Siglo veintiuno editores Argentina. S. A. Bs. As. 2006
20. Foucault Michel, La vida de los hombres infames, 1970, CARONTE ENSAYOS, Editorial Altamira, La Plata. 1996
21. Foucault Michel, Vigilar y Castigar, Siglo veintiuno editores Argentina S. A. Bs. As. 2006
22. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Investigaciones sobre servicios de salud. Publicación científica N° 534. OPS. 1992 Donabedian Avedís. Los Espacios de la salud, Capítulo 7 Aspectos Fundamentales de la Organización de la Atención Médica. S. S. México. 1988

23. Gómez Mariana, Representaciones y Prácticas de la Enfermedad Tuberculosis, Tesis de Maestría. Centro de Estudios Interdisciplinarios, UNR, Rosario, Argentina, 2006
24. Guthrie Douglas, 1947. Historia de la Medicina, 1º Edición Página 23, Salvat Editores S. A. Buenos Aires. 1947
25. Hernández Álvarez Mario, "La fragmentación de la salud en Colombia y Argentina", Editorial Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá, Colombia, 2004
26. Intendencia Municipal, Consejo Deliberante. Diario de Cesiones, Decreto 1895. 1992
27. Intendencia Municipal, Consejo Deliberante. Diario de Cesiones, Ordenanza 0696. 1993
28. Intendencia Municipal. Consejo Deliberante. Diario de Sesiones. 1924. Decreto Nº 70. Pág. 71
29. Intendencia Municipal. Consejo Deliberante. Diario de Sesiones. 1925. Decreto Nº 285. Pág. 274
30. Intendencia Municipal. Consejo Deliberante. Diario de Sesiones. Primer período ordinario. 1934. Pág. 406 – 407
31. Lilia I. Durán – González y Cols. La Calidad de la Conducta Prescriptiva en Atención Primaria. Salud Pública de México Marzo – Abril 1990. Volumen 12 Nº 2
32. Luppi Irene. El Encuentro Médico / Paciente ¿Armonía o Conflicto? UNR Editora. Rosario. Argentina. Junio 2001
33. Margulies S. "El malentendido de la atención", Conferencia 8º Congreso Redes y Salud. La Salud en el Municipio de Rosario, 1999.

34. Marrugat Jaume, Vila Joan, Pavesi Marco, Sanz Ferran, Estimación del tamaño de la muestra en la investigación clínica y epidemiológica. Medicina Clínica. Barcelona. 1998. Pág. 11, 267 – 276
35. Marta Frutos, Ada Lattuca, Historia Institucional de Rosario. Gestión del Consejo Deliberante entre 1873 y 1890, en Revista de Historia de Rosario, Nº 46, 2005. Pág. 71 – 82
36. Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social, Provincia de Santa Fe. Resolución 3053 / 1986
37. Morcillo, E. N. Memoria del Intendente. Capitulo Administración Sanitaria y Asistencia Pública. Rosario. Junio 1933. Pág. 167 – 172
38. Nennberg J. E., Fowler F. J. (1977) Il test of consumer contribution to small area variations in heal care delivery. Journal of the Maine Medical Association, 68, pp 275 - 279
39. Nogueira R. Perspectivas de a Qualidade em Saude. Editora Qualitymark. Brasil. 1994
40. OPS – OMS Lineamientos metodológicos para la realización de análisis sectoriales en salud. PIAS. Serie informes técnicos Nº 6, Julio de 1996
41. Paganini, J. M. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales del Salud, Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. La relación entre estructura, proceso y resultado. Serie HSS/SILOS – 30 OPS/OMS. 1995
42. Palmer R. Evaluación de la Asistencia Ambulatoria. Principios y Práctica. Ministerio de Salud. Madrid. 1989
43. Pignetto Manuel, Memorias del Intendente Municipal Don Manuel E. Pignetto, 1925. Pág. 39 – 40

44. Poder Ejecutivo de la Provincia de Santa Fe, Decreto 3991/ 1980
45. Polack Jean Claude, 1971, La medicine du capital, Francosi Máspero, Paris, 1971 en Historicidad del proceso Salud Enfermedad. Enfoques epistemológicos, Cuadernillo N° 2, Universidad Nacional de Rosario, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Graduados, Sin Fecha
46. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Agosto de 2005. Enfoques de la Atención primaria de la Salud.
47. STRAUSS, A. y CORBIN, J., *Basics of Qualitative Research*, Ed. Sage, Thousand Oaks, 1998. traducción Graciela Enria, Claudio Staffolani
48. Terris Milton, “Tendencias Actuales de la Salud Pública de la Américas”, en “La crisis de la salud Pública”, Publicación científica N° 540, OPS, 1992
49. Testa M. Saber en Salud, La construcción del conocimiento, Lugar Editorial S. A. Bs. As. 1997
50. Testa Mario, Pensar en Salud, Lugar Editorial, Bs. As. 2006
51. Tocqueville Alexis, 1833. La democracia en América. 23º Edición, Fondo de Cultura Económica, México, Distrito Federal, 2005