



UNR



Maestría en Gestión de
Sistemas y Servicios de Salud



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD

Trabajo Final:

“Gestión de casos: diseño de una herramienta para el cuidado longitudinal e integral de usuarios/as sin cobertura explícita de salud derivados de Tierra del Fuego a la Ciudad de Buenos Aires.

Durante el periodo 2020/2021”

Autora: Lic. Andrea Retamar

Directora: Mgter María Natalia Echevoyemberry

CABA, Marzo 2021

“(...) Y al fin y al cabo, actuar sobre la realidad y cambiarla, aunque sea un poquito, es la única manera de probar que la realidad es transformable”

Eduardo Galeano

Índice:

| | |
|--|-----------|
| Glosario: | 5 |
| Resumen: | 6 |
| Abstract: | 7 |
| 1- Introducción: | 8 |
| 2- Descripción del Contexto Institucional | 11 |
| 2.1. Organigrama Ministerio de Salud provincial: | 12 |
| 2.2. Punto de vista político-Institucional y organizacional | 20 |
| 3- Formulación del Problema | 26 |
| 4- Marco Normativo: | 28 |
| 5- Marco conceptual: | 31 |
| 5.1. Modelo de gestión de casos | 31 |
| 5.2. Cuidados longitudinales e integralidad en el cuidado | 37 |
| 5.3. Trabajo interdisciplinario | 39 |
| 5.4. Redes en salud: Referencia, contra referencia. Derivación | 41 |
| 6- Respuesta político-institucional y organizacional. Fortalezas y debilidades | 43 |
| 7- Determinantes sociales y políticas socio-sanitarias | 45 |
| 8- Fundamentación. Construcción conceptual del problema. | 47 |
| 9- Propuesta de intervención | 56 |
| Objetivo general: | 56 |
| Objetivos Específicos: | 56 |
| 10.- Intervención: | 57 |
| 10.1 Metodología de la Intervención | 60 |
| 10.2 Definición de resultados esperados e indicadores de logro | 60 |
| 10.3 Diseño de estrategias de intervención, actividades e identificación de responsables de la ejecución | 61 |
| 11.- Actividades de la intervención propuesta: | 63 |
| 11.1 Elaboración de Términos de Referencia del Gestor/a de caso. | 63 |
| 11.2 Términos de Referencia | 64 |

| | |
|---|-----------|
| 11.3Plan de Capacitación | 66 |
| 11.4-Recursero y mapeo de actores | 68 |
| 11.5Establecimiento de circuitos de Referencia y Contrarreferencia | 68 |
| 11.6Registros para la transmisión eficaz de información y comunicación bidireccional. | 69 |
| 11.7Mejora en los registros existentes (entrevista de 1ª vez, de alta) | 69 |
| 12.- Actividades Programadas | 71 |
| 12.1- Responsables de ejecución | 71 |
| 12.2. Cronograma tentativo de implementación de actividades | 72 |
| 12.3 Presupuesto tentativo de implementación | 73 |
| 12.4Planeamiento de la Evaluación. Preguntas que guiarán la evaluación | 73 |
| 13.- Recomendaciones y propuestas: | 75 |
| 14.-Consideraciones éticas | 78 |
| 15.-Conclusión | 79 |
| 16.-Bibliografía | 81 |
| 17.-Anexos: | 86 |

Glosario:

| | |
|-----------|---|
| ACUMAR: | Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo |
| ANSES: | Administración Nacional de la Seguridad Social |
| APS: | Atención Primaria de Salud |
| BS AS: | Buenos Aires |
| CABA: | Ciudad Autónoma de Buenos Aires. |
| CAPS: | Centros de Atención Primaria de Salud. |
| CV: | Curriculum Vitae |
| DGPMS: | Dirección General de Prestaciones Médicas y Tecnología del Ministerio de Salud de la provincia de Tierra del Fuego. |
| DPCS-SRO: | Dirección Provincial de Coordinación Sanitaria en la ciudad autónoma de Buenos Aires. Secretaría de Representación Oficial. |
| DNI: | Documento Nacional de identidad. |
| EISAR: | Encuesta Integral de Salud ambiental. |
| INDEC: | Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. |
| IPIEC: | Instituto Provincial de Análisis Investigaciones y Censo |
| MGSS: | Maestría en Gestión de Servicios y Sistemas de Salud. |
| NIC: | International nurses Classification. |
| OPS: | Organización panamericana de salud. |
| PAE: | Proceso de Atención de Enfermería. |
| PET: | Tomografía por emisión de positrones. |
| PISA: | Plan Integral de Saneamiento ambiental. |
| PSEAC: | Proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. |
| SRO: | Secretaria de representación Oficial del Gobierno de la provincia de Tierra del Fuego en CABA. |
| TDR: | Términos de Referencia. |
| USAM: | Unidades Sanitarias ambientales |

Resumen:

El presente trabajo tiene por objetivo diseñar e implementar un dispositivo de gestión de casos para asegurar el cuidado longitudinal e integral de usuarios/as derivados/as desde Tierra del Fuego a la Ciudad de Buenos Aires que no cuentan con cobertura explícita de salud.

Este dispositivo se torna una estrategia fundamental para lograr una adecuada y efectiva interacción en pos de garantizar la continuidad asistencial y el cuidado de los/as usuarios/as durante todo el proceso de derivación de una provincia a otra y que requieren de la articulación en diferentes niveles de atención.

Algunos de los problemas que se identificaron en la prestación del servicio se encuentran vinculados a la falta de continuidad en el cuidado longitudinal; asistencia fragmentada de distintos prestadores, falta de inserción oportuna en el nivel de complejidad que el usuario requiere, entre otros. Por ello, se diseñó un dispositivo: GESTIÓN DE CASOS que sirve de herramienta en la dinámica de este proceso que experimentan ciudadanos/as fueguinos derivados a Buenos Aires, por un problema de salud que no puede ser resuelto en el ámbito Provincial, con la cobertura del Gobierno de Tierra del Fuego.

El trabajo busca generar una respuesta concreta a un problema de gestión de los servicios. El dispositivo se propone con el fin de optimizar el proceso mediante una construcción coordinada, integral e innovadora con las personas como eje y orientada a la continuidad de cuidados y atención.

Palabras Claves: cuidado longitudinal, gestión de casos, cuidado integral.

Abstract:

The objective of this paper is to design and implement a case management device to ensure the longitudinal and comprehensive healthcare for users referred from Tierra del Fuego to the City of Buenos Aires that do not have explicit health coverage.

This device becomes a fundamental strategy to achieve an adequate and effective interaction to guarantee healthcare continuity to users throughout the process of referral from one province to another and that requires this articulation on different levels within the healthcare system.

Some of the problems identified in the provision of the service are linked to the lack of longitudinal continuity, interrupted assistance from different providers, untimely assessment in the complexity level required, among others. In view of this scenario, a CASE MANAGEMENT device has been designed to use as a tool to assist Tierra del Fuego's citizens that have to be referred to Buenos Aires due to a health problem that cannot be solved in their province within the local health system.

This paper seeks to provide a concrete response to a service management problem. This device is proposed in order to optimize the process by means of a coordinated, comprehensive and innovative construction with people as its core and aimed at the continuity of healthcare and service.

Key Words: longitudinal healthcare, case management, comprehensive healthcare.

1. Introducción

La Dirección Provincial de Coordinación Sanitaria de la Secretaría de Representación Oficial del Gobierno de la Provincia de Tierra del Fuego en CABA (en adelante DPCS-SRO), lugar que se tomó como contexto de referencia del presente trabajo, es la organización ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (en adelante CABA). Tiene como misión gestionar las acciones derivadas de las políticas provinciales de salud y desarrollo social vinculadas a la atención de ciudadanos/as sin cobertura explícita de salud. Esta población generalmente se encuentra atravesada por múltiples problemáticas sociales, económicas, sanitarias complejas que demandan prestaciones que no pueden resolverse en el ámbito de la Provincia de Tierra del Fuego. Requieren por ejemplo tratamientos relacionados a las patologías oncológicas, hematológicas y cardiovasculares, entre otras. Presentan en general diagnósticos cuyo tratamiento no puede brindarse en la provincia de origen como por ejemplo radioterapia, estudio de PET, cirugías complejas, etc.

El departamento de Prestaciones Médicas depende de esta dirección, es el lugar donde quien realiza la propuesta de intervención se desempeña cumpliendo el rol de jefa de departamento. De ahí la importancia de generar el dispositivo de gestión de casos, dada la posibilidad real de implementarlo y producir cambios relevantes para la gestión.

La misión del departamento es organizar y gestionar la prestación y servicios necesarios para el desarrollo de las derivaciones. Articula inter e intra sectorialmente en pos del abordaje y seguimiento de cada caso en particular como así también en la optimización de los recursos.

La DPCS-SRO trabaja en coordinación directa con la Dirección General de Prestaciones Médicas y Tecnología del Ministerio de Salud provincial (en adelante DGPMS). La dirección provee servicios de salud en forma gratuita a personas que carecen de cobertura explícita de salud, operando a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal).

Durante este proceso se ha podido observar la fragmentación del cuidado, la falta de articulación y cooperación inter e intra sistemas, interfiriendo en la oferta de

un servicio que pueda cubrir las necesidades individuales, satisfaga el derecho a la salud de los/las usuarios/as y que a la vez pueda resultar costo efectivo.

El abordaje de las derivaciones está caracterizado por una mirada individual, centrado en la enfermedad, basado en la práctica médica tradicional, restándole interés a la interacción social y a los aspectos subjetivos implicados. La información suele reducirse a pautas meramente administrativas a cumplimentar.

El presente trabajo aborda esta problemática que parece replicarse durante todo el proceso de la derivación tanto en la DPCS-SRO como en la DGPMS.

El actual sistema de salud fueguino nació de la mano del acelerado crecimiento demográfico que siguió a la política de promoción económica establecida por la Ley 19.640, a principios de la década del setenta. En sólo veinte años la población del entonces Territorio Nacional se cuadruplicó, demandando una expansión paralela de los servicios públicos (INDEC, 2010)

Para este crecimiento el modelo que se eligió fue el de una fuerte inversión en el sector público de la salud, a diferencia de lo que ocurría en la mayoría de las provincias argentinas, el sector público se constituyó en la referencia en salud para todo el espectro social.

Tierra del Fuego es la Provincia más joven de la Argentina. Localizada en la Isla de Tierra del Fuego, con una población estimada de 127.205 habitantes, según el censo 2010, que habitan dos ciudades principales: Río Grande y Ushuaia (Capital de la Provincia) y una pequeña localidad, Tolhuin, situada en el centro de la isla. Otras fuentes aportan datos más actualizados indicando como proyección al 2020 un total de 173.432 habitantes y 177.697 habitantes para el 2021 (IPIEC).

Relativamente aislada del continente y aero dependiente por naturaleza, el viaje por tierra al Norte del país implica recorrer más de 3000 km. de una ruta en condiciones poco óptimas de transitabilidad, atravesar cuatro fronteras y el paso por el Estrecho de Magallanes por vía marítima para llegar al continente.

En los últimos tiempos se han multiplicado los asentamientos urbanos en condiciones sanitarias precarias que carecen de servicios básicos, con indicadores sociales y sanitarios preocupantes. La población, que crece a un ritmo acelerado, es en su mayoría migrante de otras regiones del país y de países vecinos, con

idiosincrasia y características culturales propias.

Esta población es la que frecuentemente utiliza el sistema de salud público por lo que la singularidad y complejidad de cada caso amerita una mirada integral, planificación de la atención, seguimiento y cuidados con sentido de continuidad fortaleciendo las posibilidades de promover la salud de una población en riesgo.

En las condiciones actuales es difícil darles una respuesta efectiva, eficiente y oportuna a los/as pacientes derivados/as, reflejándose en la imposibilidad de establecer la continuidad de cuidados que requieren, por ello el desafío es diseñar un dispositivo que permita la gestión de estos casos.

Este dispositivo deberá ser capaz de permitir el cuidado integral y longitudinal de pacientes complejos en términos de diagnóstico clínico (por requerimiento de estudios o tratamientos de mayor complejidad) como en términos psicosociales.

Los aspectos psicosociales son necesarios a tener en cuenta, dado que los/as pacientes derivados/as presentan la particularidad de encontrarse en un escenario desconocido, generando desarraigos, costos sociales, económicos y familiares elevados, transitando la complejidad del proceso que se ve afectado por la participación de múltiples actores que la mayoría de las veces trabajan de manera independiente y aislada.

2. Descripción del Contexto Institucional

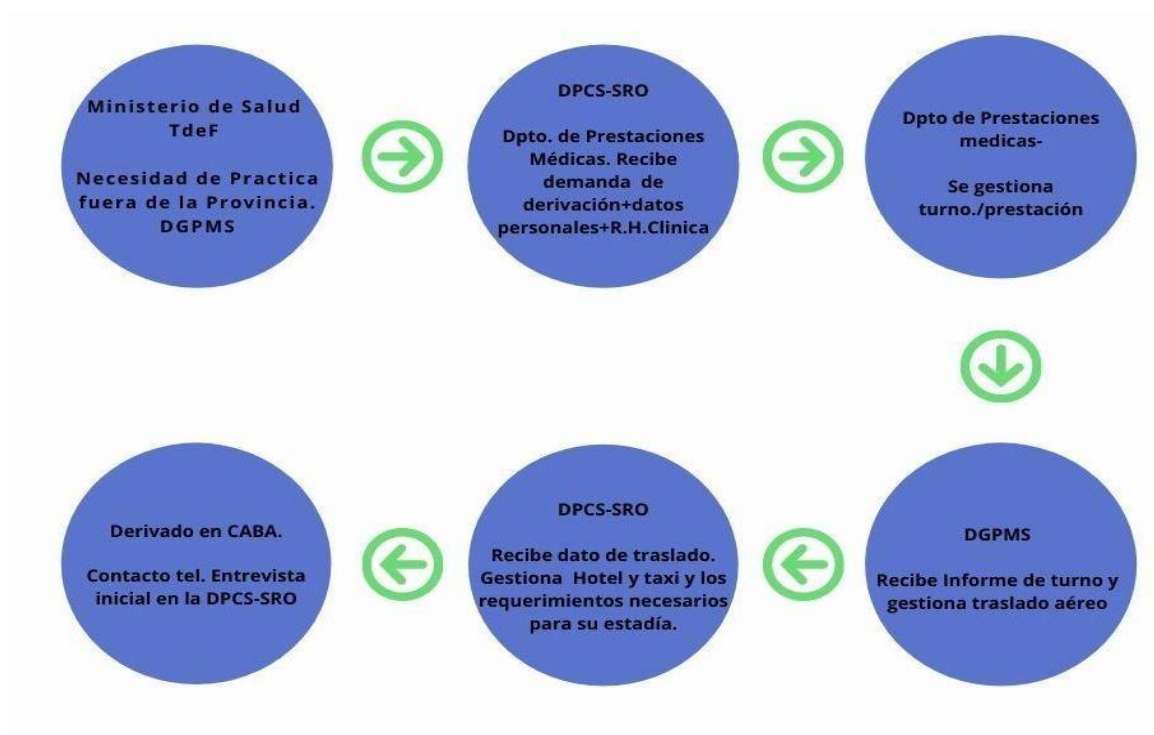
Punto de vista Político, Institucional y Organizacional

A continuación, se describirá la organización que se tomara de referencia; los puntos de vista Político, Institucional y Organizacional que presenta y como se da la articulación por parte de los/as actores involucrados/as.

La DPCS-SRO es la institución que se tomará como referencia para este proyecto, la misma se encuentra en CABA. Presenta como particularidad la dependencia de manera estructural de la Secretaría de Representación Oficial del Gobierno (SRO), pero en lo funcional depende directamente del Ministerio de Salud de Tierra del Fuego. Pertenece al subsistema público, este subsector provee servicios de salud en forma gratuita a personas derivadas de Tierra del Fuego. Opera a través de los Ministerios de Salud en sus tres niveles (nacional, provincial y municipal).

El circuito de comunicación ante la demanda de atención fuera de la provincia se podría graficar de la siguiente manera:

Gráfico 1: Circuito de la demanda
Fuente: autoría propia



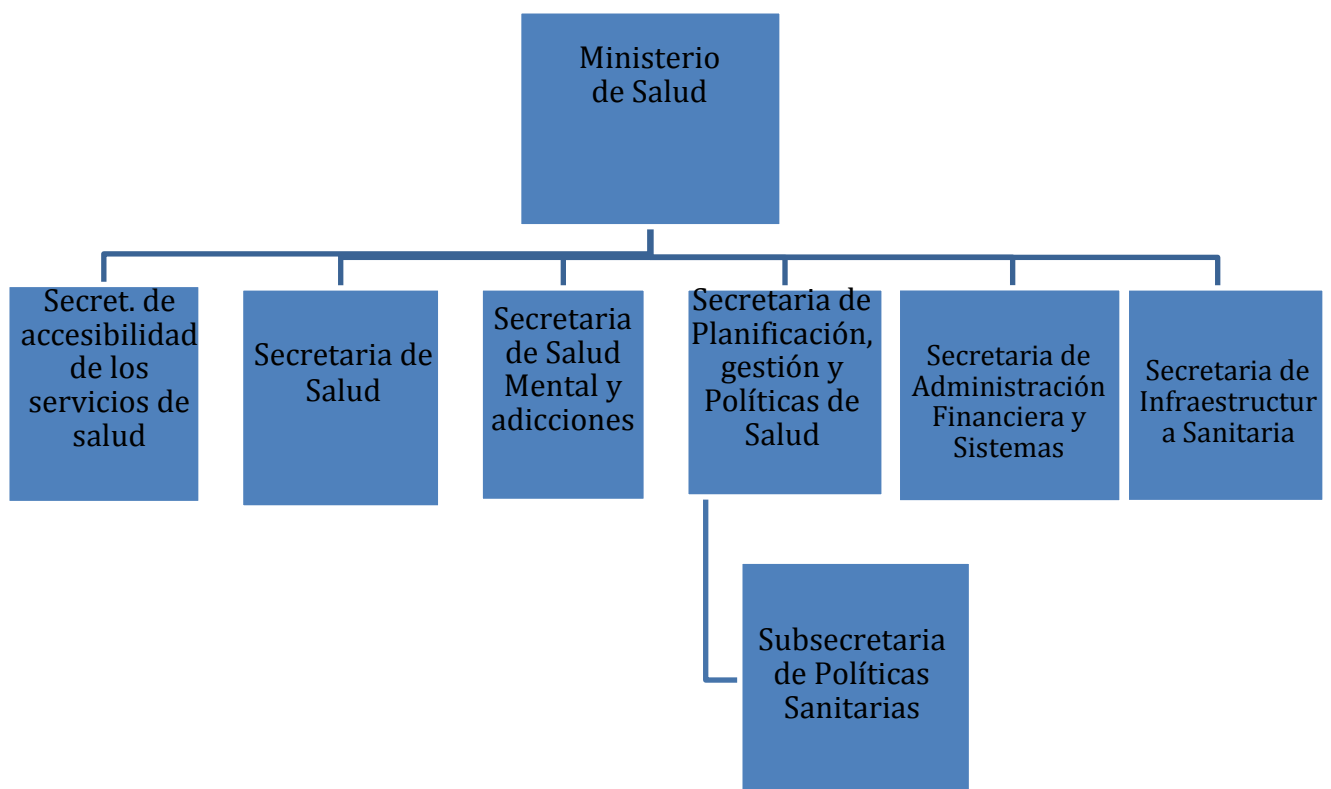
Una vez cumplido el objetivo de derivación, el circuito es a la inversa, se completa una hoja de alta que es enviada por mail a la DGPMS quien inmediatamente después de remitida gestiona los pasajes de regreso a la Provincia de Tierra del Fuego.

Cabe señalar que, si bien Tierra del Fuego tiene un sistema público de salud fuerte, adolece aún de un retraso significativo en cantidad de profesionales y camas de internación, de espacios de atención ambulatoria del primer nivel y de especialidades puntuales, en relación a la demanda que genera una población en incesante crecimiento.

2.1 Organigrama del Ministerio de Salud provincial:

Gráfico 2: Organigrama Ministerio de Salud Provincia de Tierra del Fuego

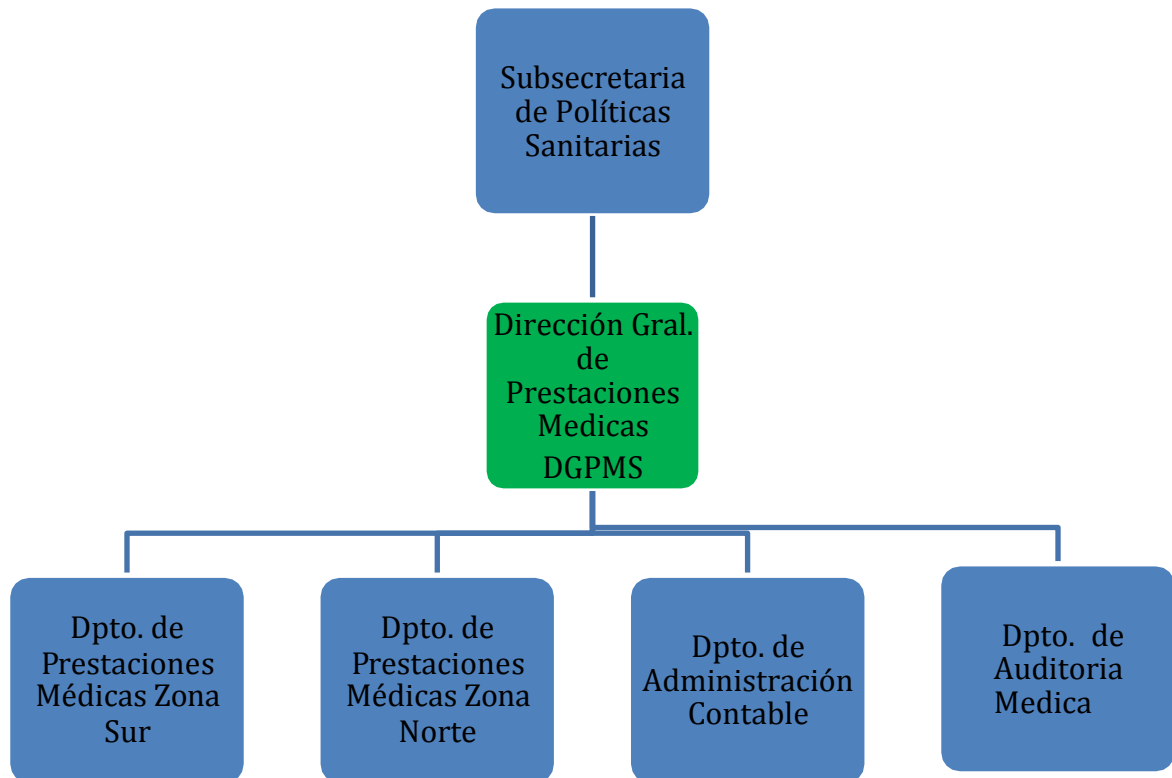
Fuente: DCS-SRO



El Ministerio de Salud de la provincia de Tierra del Fuego tiene a cargo seis secretarías. De la Secretaría de Planificación, Gestión y Políticas de Salud depende la Subsecretaría de Políticas Sanitarias.

Gráfico 3: Organigrama Subsecretaria de Políticas Sanitarias

Fuente: DCS-SRO



De esta Subsecretaría depende la Dirección General de Prestaciones Médicas en Tierra del Fuego. (DGPMS). Esta Dirección (DGPMS) con sus cuatro departamentos, es la encargada de articular con la DPCS-SRO en CABA para la resolución de las prestaciones que no pueden resolverse en el contexto provincial.

Cabe señalar que la multiplicación de nuevos asentamientos urbanos en condiciones precarias agrega una nueva y compleja problemática socio-sanitaria al sistema de salud provincial (FEAPS-Remediar, 2010)

El 72,54% de la población posee algún tipo de cobertura (obra social, prepaga, etc.); el 28,7% carece de esta. Significativamente el subsistema público se ha constituido en referencia para toda la población fueguina. (INDEC, 2010)

Debido a la condición geográfica de la isla y por ciertas decisiones de gestión política-económica se designa desde sus comienzos (década del '80) como sede de derivación y atención a CABA a pesar de la existencia de lugares más cercanos

que podrían resolver satisfactoriamente la demanda, como por ejemplo Comodoro Rivadavia o Neuquén.

Este diseño de gestión centralizada en CABA tendría impacto en el/la usuario/a en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado (en adelante PSEAC), además del impacto social y económico en las familias (mayores distanciamiento geográfico y temporal, imposibilidad de acompañamiento por familiares, soledad en la que transcurre el tratamiento del paciente, dificultad para hacer trámites en el lugar de destino, dificultad para responder oportunamente a las múltiples actividades que derivan de la maternidad o paternidad, entre otras).

Como consecuencia de la particularidad geográfica existen algunas dificultades para integrarse a una red regional patagónica, el traslado por tierra hacia el continente implica atravesar la frontera con Chile, con un camino que tiene condiciones de compleja transitabilidad, y en referencia al traslado aéreo, este se ve limitado por las dificultades aerocomerciales del país.

La red conformada por dos hospitales regionales, debió crecer en complejidad, tal vez desproporcionada con relación al número de habitantes. En los hospitales se brinda atención de 1º, 2º y 3º nivel de resolución (ambos nosocomios con nivel VI de complejidad).

Los centros de salud se van integrando paulatinamente a la red, cobrando jerarquía. Hay siete centros en cada Ciudad. Dependiendo del Departamento de Río Grande 1 Centro de día y 1 centro Asistencial en Tolhuin, y dependiendo del Departamento de Ushuaia, 1 Posta Sanitaria y 1 Centro de Atención de la Problemática de salud (FEAPS-Remediar, 2010).

La atención brindada se adecua al nivel de complejidad requerida articulándose con la DPCS-SRO para la resolución de los problemas emergentes que no puedan resolverse en la provincia. Las prestaciones se encauzan mediante las redes de atención del ámbito público de la Ciudad de Buenos Aires, identificando la responsabilidad de este proceso en el equipo de profesionales de CABA.

La continuidad de atención se ve afectada por la participación de múltiples actores, en ambas Direcciones que trabajan de manera independiente generando

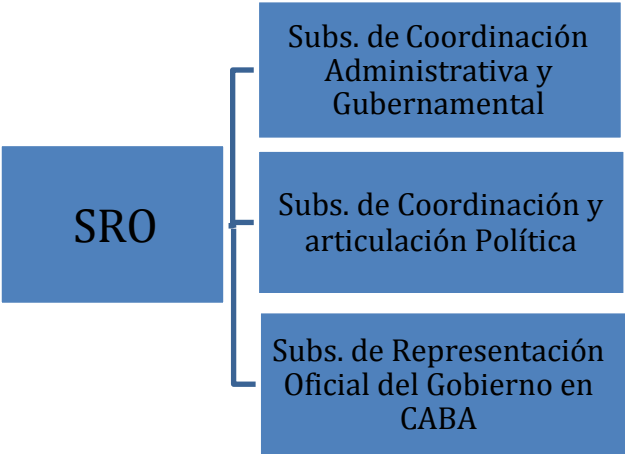
descoordinación y discontinuidad asistencial, situación que deja en evidencia las gestiones insuficientes en materia de referencia y contrarreferencia.

En este contexto se plantea cuál sería la manera de gestión más apropiada en la que pueda encuadrarse la tarea del equipo de salud. La misma implica una serie de procesos que requieren de una compleja coordinación debido a la singularidad de la labor que tiene como eje la persona derivada por una problemática de salud, muchas veces atravesada por problemáticas sociales complejas.

Persona que pertenece a una determinada comunidad, a una familia, a quien uno de sus miembros inesperadamente se tuvo que enfrentar a un problema de salud en el contexto de ser trasladado a otra ciudad, surgiendo como consecuencia una serie de factores de vulnerabilidad que estarán condicionados por el tipo de enfermedad, el tiempo que dure la derivación, los cuidados que requiera la persona y la capacidad que tenga la familia para hacer frente a esta situación.

Para abarcar esta multiplicidad de determinantes en juego se elige a la interdisciplina como forma de abordar al derivado. El desafío es lograr mediante el diseño de un dispositivo de gestión de casos el abordaje integral, longitudinal y continuo durante todo el proceso considerándolo una verdadera necesidad.

Gráfico 4: Contexto institucional, organigrama de la SRO
Fuente: DCS-SRO



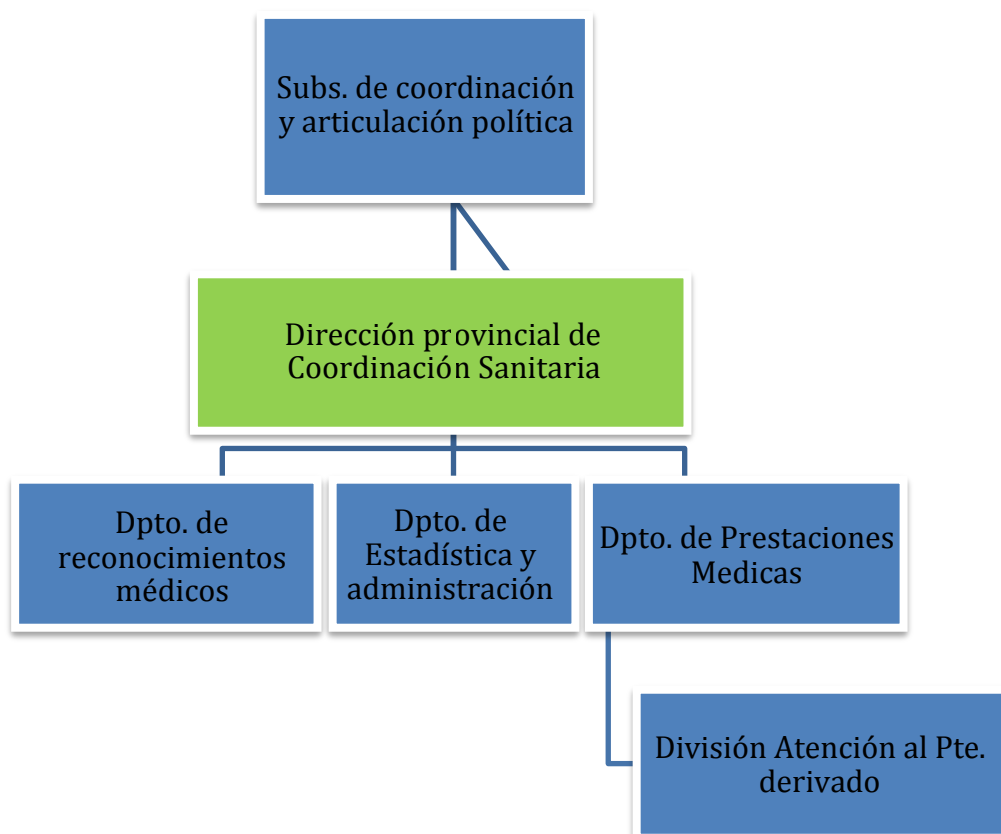
De la Subsecretaría de coordinación y articulación Política depende la Dirección Provincial de Coordinación Sanitaria (DPCS-SRO) que está a cargo de un Licenciado en Psicología y está organizada de la siguiente manera:

El Departamento de Prestaciones Médicas, a cargo de una Licenciada en Enfermería, tiene como tarea organizar y gestionar la prestación y servicios necesarios para el desarrollo de las derivaciones. Además, es quien acompaña y procura detectar las necesidades que presenta el derivado en su aspecto amplio.

Este Departamento está compuesto por personal administrativo y profesional (Enfermeros, Psicólogos y Trabajadores Sociales). Articula inter e intra sectorialmente. De este departamento depende la División de atención al paciente derivado.

Gráfico 5: Organigrama Subsecretaria de Coordinación y articulación política

Fuente: DCS-SRO



Los/as enfermeros/as del área, realizan un trabajo que no es estrictamente asistencial sino más bien se caracteriza por centrarse en gestión, seguimiento de los casos, clarificación de pautas de cuidados y de adhesión al tratamiento.

La labor de los/as psicólogos/as y trabajadores/as sociales es abordar los aspectos sociales y psicológicos implicados en los casos que llegan a la Dirección, participar en el desarrollo de estrategias interdisciplinarias, intersectoriales e interinstitucionales. El personal del área: un enfermero, una trabajadora social, dos psicólogas y dos administrativas con formación afín (Terapista Ocupacional y Acompañante Terapéutico).

El Departamento de Estadística y Administración, brinda el soporte administrativo a la Dirección de Coordinación Sanitaria, en función de las necesidades detectadas en la asistencia de los derivados y sus acompañantes. Gestión administrativa de prestaciones y servicios, en articulación con otros sectores de la Dirección y otras áreas Gubernamentales. Departamento a cargo de un Administrativo. Personal: cuatro administrativos.

Por último, el Departamento de Reconocimientos Médicos cuya tarea principal es la fiscalización de los certificados médicos que presentan los/as empleados/as públicos de la Provincia, tratados en Buenos Aires, ya sea que residan en esta última o en Tierra del Fuego; otorgando cuando corresponda, licencia por razones de salud. (Departamento a cargo de un Médico Cardiólogo). Su participación en las derivaciones es al momento de finalización de la misma, realizando un cierre escrito (hoja de alta) en el cual se consignan aspectos necesarios para la continuidad del seguimiento médico del caso.

La labor se encuentra inscripta en un marco burocrático, verticalista, donde los estándares de eficiencia están sujetos a encuadres y procedimientos administrativos que se priorizan y que en muchas ocasiones condicionan el abordaje del derivado que ingresa en un circuito de atención preestablecido, delimitado, dentro del marco de cobertura y a merced de los plazos administrativos que la organización maneja para la respuesta.

Este modelo de gestión es identificable con las teorías de las organizaciones y de servicios de salud estructuralistas, verticalizando al máximo posible la institución.

Las prácticas netamente administrativas, muchas veces propician la invisibilización del sujeto que está detrás de la gestión o trámite que se debe realizar. Es observable cómo lo antedicho alcanza a los/as trabajadores/as profesionales que se desempeñan en este contexto.

A partir del año 2004 y coincidiendo con el anuncio, a nivel Nacional, del Plan Federal de Salud que propuso un modelo sanitario basado en la construcción de redes de atención fundamentando su estrategia en la APS como organizadora del Sistema, la DPCS-SRO plantea la interdisciplina como una forma de gestión, con el desafío que implicaba proponer lo administrativo como un campo disciplinar más.

Se diseñaron circuitos administrativos y se implementó un registro con fines estadísticos para reunir la información en lo que atañe a lo médico y lo económico (Parte Diario). Esta fue la primera motivación para reuniones con objeto de informar las novedades de los casos, logrando un circuito de la información que posibilitó una proximidad funcional y desarrollo de las gestiones necesarias. Estas estrategias no fueron incorporadas en la DGPMS.

El proyecto se consolidó a partir del año 2014, con una conducción clara y definida hacia el trabajo interdisciplinario, con el apoyo y la anuencia de las autoridades de la Secretaría de Representación Oficial y el Ministerio de Salud Provincial (Retamar; Almendros; Espina, 2018).

Trabajando en esta propuesta, se logra consensuar y sincronizar acciones con actores claves impulsando cambios que dieron como resultado la modificación de la Resolución Ministerial 2012 (Anexo N°I) por la presentación de la Resolución Ministerial 2019 (Anexo N° II). Este cambio normativo no se vio reflejado en el accionar de ambos equipos.

Por lo antes dicho, lograr la coordinación de los servicios de salud se ha presentado como un escollo difícil de sortear desde el comienzo de la derivación, debido a inconvenientes en el abordaje de la persona y la transferencia de

información, reflejada consecuentemente en la falta de continuidad, longitudinalidad e integralidad de cuidados durante todo el proceso.

Para enfrentar este problema en la DPCS-SRO se tomó a la interdisciplina como una forma de gestión, diseñando diferentes circuitos. El desarrollo de la propuesta presentó las dificultades propias de la integración de saberes de los profesionales y administrativos (roles confusos, conflictos de poder, retención de información, intervenciones superpuestas, etc.).

Estos obstáculos afectan a las estructuras y a los procesos evidenciándose con más notoriedad en relación a la articulación y coordinación con la DGPMS donde no se incorporó un equipo interdisciplinario afectándose la transmisión de información. Presentando además falta de cooperación y de responsabilidades compartidas entre servicios hospitalarios, servicios de APS, atención sanitaria y social.

La implementación de un Modelo de Atención Integral y continuo se constituye en uno de los lineamientos de salud más importantes, en la medida en que instrumentaliza otros lineamientos, y traduce directamente algunos principios como la búsqueda de la integridad de la persona y la visión de la familia como unidad básica de salud.

La propuesta entonces será fomentar el trabajo interdisciplinario y poder organizar esta tarea particular como es una derivación de una provincia a otra ideando un dispositivo que oriente y potencialice todos los recursos disponibles.

2.2 Punto de vista Político-Institucional y Organizacional:

El proceso de derivación se inicia cuando la persona que acude por atención médica al Hospital público en Tierra del Fuego y presenta una afección que no es posible de ser asistida por la capacidad hospitalaria local es derivada a un centro de mayor complejidad por indicación de su médico tratante quien completa una solicitud especificando la prestación médica solicitada (Anexo N° II, Resolución MS 228/19).

Esta solicitud pasa a una Instancia de auditoría en el mismo Hospital donde se evalúa el pedido y una vez constatada la necesidad de la derivación se da intervención al Servicio Social del mismo hospital.

El Servicio Social es quien corrobora la existencia o no de cobertura. En caso de no poseer cobertura alguna, el/la trabajador/a Social realiza una evaluación e informe en referencia a la situación socio ambiental, económico y sanitario de la persona a derivar. Entrevista al paciente y a un acompañante si lo requiriera.

A partir de la nueva resolución N°228/19 se especifica la importancia de la intervención del área social mediante un informe completo. En el documento anterior solo hacía referencia a una acotada intervención (Resolución MS 182/12) que consistía en una entrevista con fines netamente administrativos realizada previa a viajar a Buenos Aires con el objetivo de recabar datos pre establecidos, cumpliendo de esta manera con un paso obligatorio más de la documentación requerida en el encuadre de la derivación. El cambio en la resolución no se vio reflejado en la tarea realizada.

Desde la DGPMS, se transmite el pedido a las oficinas en Buenos Aires y por esta vía, se inicia la búsqueda de un lugar de atención médica en la red de prestadores Públicos. La persona que padece el problema de salud, de ser necesario, es derivada junto con un/una acompañante, que puede ser un familiar o un allegado. Esta respuesta asistencial implica desarraigo, las personas se distancian de su hogar, sus afectos, su entorno social y su cotidianeidad en un momento en el que se ve afectada su salud. Encontrándose en una gran ciudad, en muchos casos desconocida o sólo conocida a partir de los medios de comunicación.

La duración de cada derivación es variable, no obstante, es posible determinar

un promedio de 29 días de estadía.

El abordaje de la derivación tiene una fuerte impronta basada en la práctica médica tradicional, desde su inicio privilegia una mirada desde una perspectiva individual, predominantemente centrada en la enfermedad, lo patológico y su asistencia, restando interés a la interacción de aspectos sociales, subjetivos que pudiesen estar implicados.

En este contexto los casos derivados y la información de los mismos suelen ser reducidos según pautas administrativas a notas e informes a cumplimentar. Como dato complementario es válido conocer que las derivaciones pueden agruparse en dos categorías y se distinguen por el tipo de traslado y la urgencia. Las derivaciones programadas se realizan en vuelo de línea dado que el estado de salud del/la paciente así lo permite y por lo general no prima un criterio de urgencia. En estos casos, los datos del vuelo son transmitidos con anticipación desde DGPMS.

Desde esta Dirección (CABA) se coordina la reserva de hotel y la provisión del servicio de traslado en taxi desde el Aeropuerto hasta el lugar donde se alojarán durante su estadía. Los gastos en concepto de atención hospitalaria, medicación de alto costo, alojamiento y racionamiento como así también de traslados aéreos e insumos quirúrgicos de costo elevado, son gestionados por el Ministerio de Salud Provincial.

La estimación de gastos mensuales de la DCS-SRO en los distintos conceptos en referencia a la atención del derivado en CABA es de: \$106.375,50 destinados a estudios complementarios; \$92.940,00 a traslados en la ciudad; \$79.676,71 a la compra de medicamentos y un total de \$33.580,00 a la adquisición de insumos varios (DCS-SRO, 2019).

El primer contacto con el derivado o su acompañante se realiza el día inmediato posterior a su arribo y es telefónico. En ese momento la DPCS-SRO efectúa un primer acercamiento, en el que se constata que la persona está provista de la información necesaria para poder concurrir a una entrevista inicial en la oficina (Anexo N° III).

De producirse una superposición con una consulta médica, se pauta un horario

distinto para la entrevista y se corrobora que la persona cuente con la orientación y

los medios necesarios para llegar al centro de salud designado por medios de transporte público (Retamar, et.al, 2018).

Las derivaciones por urgencias son los casos más graves y tienen el requerimiento de cuidados médicos durante el traslado, se realizan en un avión sanitario acondicionado especialmente para tal fin. Según las estadísticas de años anteriores la frecuencia es de un promedio de 20,5.

Tabla 1: Derivaciones comunes y evacuaciones en avión sanitario

Fuente: DCS-SRO

| Traslado | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|-----------------|------|------|------|------|
| Avión Sanitario | 19 | 22 | 17 | 20 |
| Avión de Línea | 205 | 211 | 187 | 269 |
| Total, General | 224 | 233 | 204 | 289 |

En la DPCS-SRO, se centraliza o confluye la información elaborada durante el proceso de derivación desde su inicio, hasta su fin. A diferencia del resto de los/as actores este abordaje es una de las labores principales.

En Tierra del Fuego, las oficinas de la Dirección General de Prestaciones Médicas no cuentan con un equipo interdisciplinario que analice la información recabada. Se realizan aportes desde las distintas disciplinas, pero a la hora de centralizar toda la documentación la tarea final recae en la figura de administrativos/as que la mayoría de las veces no cuentan con formación afín. Este accionar en ocasiones se ve reflejado en falta de información, referencias acotadas, omisión de documentación y/o recomendaciones, duplicación de documentos o desactualización de los mismos que hacen a la continuidad de la atención y consecuente éxito de la derivación.

Dentro del paradigma del modelo médico hegemónico, la fragmentación y la parcialidad en la atención, parecerían reproducirse en forma estructural, tanto en Tierra del Fuego como en Buenos Aires y en este contexto es que se configura la labor interdisciplinaria. En su entrecruzamiento, las prácticas y discursos

profesionales, con los burocráticos gubernamentales parecen condicionarse mutuamente, sesgando la subjetividad del caso.

La Dirección en CABA tiene como misión coordinar y articular desde las instancias iniciales del proceso de derivación, los aspectos organizacionales, profesionales, operativo y administrativo del área para la atención integral e interdisciplinaria de las personas derivadas y los/as usuarios/as de los servicios que brinda el sector. Incluyendo el trabajo interinstitucional e intersectorial con organismos públicos y privados que intervienen durante el proceso, con el objetivo de conformar una red integral de servicios de salud.

Durante la derivación en la DPCS-SRO, el equipo mantiene permanente contacto con la persona derivada y su situación, con el fin de visibilizar todos los aspectos implicados en pos de una construcción integral. Desde la dirección se adoptó fuertemente la metodología del trabajo interdisciplinario, trabajando día a día para su optimización y organizando su accionar de la siguiente manera:

Reuniones de equipo: Se realizan tres encuentros por semana con una duración aproximada de 45 min. Este espacio permite optimizar aspectos organizativos y de integración de la información de las novedades de los casos asistidos. A partir de esta dinámica, se busca principalmente facilitar la participación y el aporte pertinente de los diferentes actores que tienen competencia en la situación puntual, previendo y abordando los diversos aspectos emergentes en la derivación. (Prestaciones- Administrativos- Seguimiento Psicológico - Social).

Registro único en el sistema de derivación: Cada integrante del equipo, registra periódicamente las intervenciones y evoluciones que se realizan en relación a una derivación en una base de datos (Sistema de Derivación). Esto posibilita la participación de todos/as en el registro de las novedades de la derivación, se visibilizan las diferentes intervenciones realizadas y promueve trabajar sobre la pertinencia e integración, superposición de aspectos abordados, lineamientos de trabajo, etc.

Mesa interdisciplinaria: Encuentros en los que se trabajan casos particulares.

La posición del equipo, como intermediario, coordinador de los diferentes momentos (inicio-transcurso-regreso) hizo evidente la necesidad de recibir, generar y transmitir la información del caso, procurando dar cuenta de su integralidad. Además, consignando los datos médicos, los aspectos sociales y psicológicos que requieran de un seguimiento o abordaje en continuidad.

Constituirse como nexo, seduce a fomentar una estrategia para que la información sea transmitida en el momento oportuno a quienes continuarán con los cuidados del derivado a su regreso a la Provincia de Tierra del Fuego. Se procura establecer un trabajo en red manteniendo contacto entre los equipos tratantes fueguinos y de Buenos Aires.

En ocasiones, son detectadas situaciones de vulnerabilidad social que ameritan la asistencia de áreas de protección y asistencia del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia. En estos casos, se coordinan acciones pensando en el regreso del derivado al contexto provincial.

Intervenciones finales, cierre de la derivación: Cuando los objetivos médicos son alcanzados, la devolución se realiza por medio de un formulario de alta (Anexo N° M) en el que se consigna la información básica de la derivación y los datos de contacto de los médicos tratantes en Bs. As. En este momento pueden ser indicados controles posteriores en Buenos Aires, o que la asistencia médica continúe en su lugar de origen de contarse con la capacidad instalada para tal fin. Este cierre se produce con una entrevista en la que se realiza una última intervención clarificando información en lo que hace al diagnóstico, tratamiento y continuidad de cuidados. (Retamar; Almendros; Espina, 2018).

En esta instancia de finalización, desde el 2017 se implementó la evaluación del servicio por medio de una encuesta anónima (Anexo N° V). A fines del 2019 se analizó el resultado de 252 encuestas. Las mismas arrojan el resultado de un 63% de usuarios/as muy satisfecho, el 17% satisfecho y sólo un 6% refiere que el servicio en CABA es aceptable.

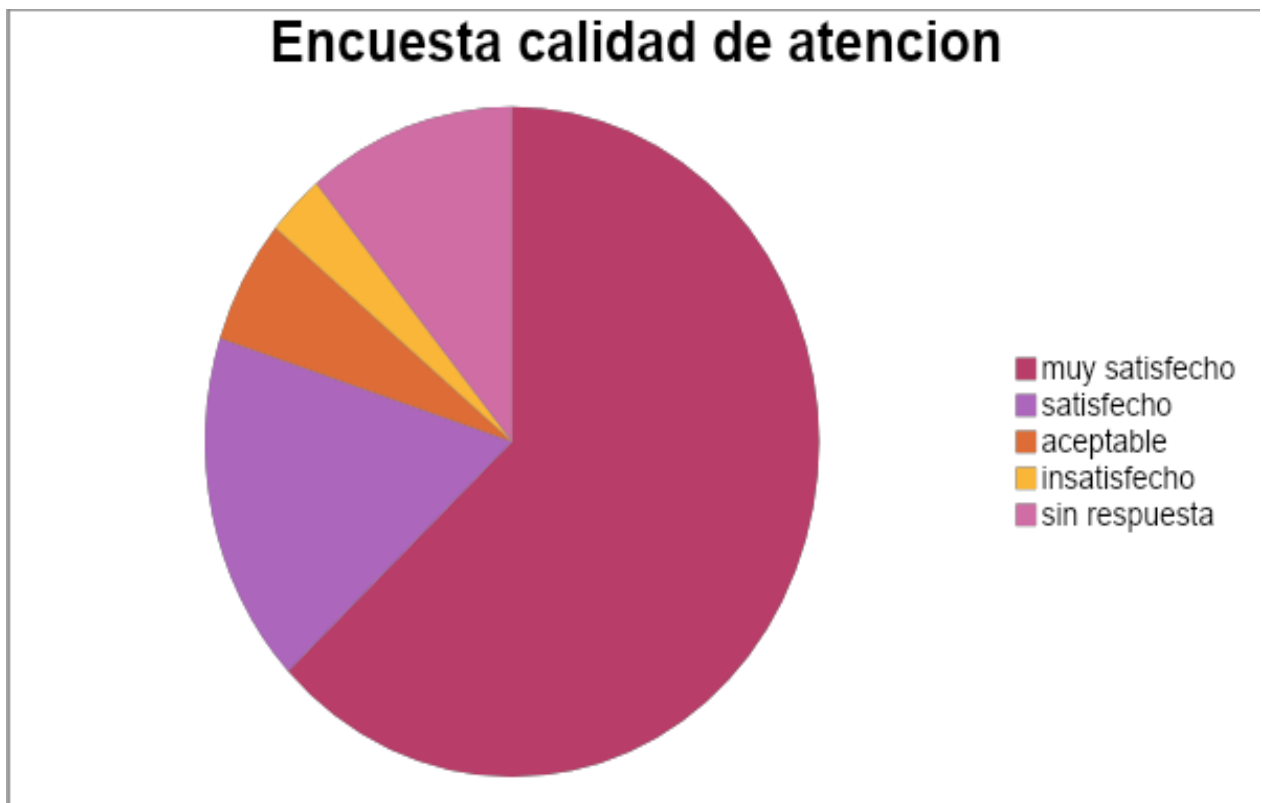
El 3% está entre insatisfecho y muy insatisfecho. El 11% de los encuestados/as no respondieron los ítems.

Es importante destacar que lo evaluado en esta encuesta es acotado a la atención recibida en la DCS-SRO.

Debido a que la opinión del/la usuario/a es de gran ayuda para evaluar la tarea sería ideal que la encuesta abarcara la totalidad del proceso o en su defecto incorporar este instrumento o similar en la DGPMS.

Gráfico 6: Encuesta calidad de atención

Fuente: DCS-SRO



3. Formulación del problema de gestión

El presente trabajo hace referencia a la necesidad de una articulación apropiada para garantizar la continuidad asistencial y el cuidado longitudinal y continuo durante todo el proceso de la derivación de los/as usuario/as de Tierra del Fuego a CABA con cobertura del gobierno provincial.

Diagnóstico: En el proceso de derivación entre los equipos de Prestaciones Médicas de Tierra del Fuego y CABA se ha observado:

- Falta de continuidad de la atención evidenciada en la escasa información.
- Falta de articulación y transferencia de la información.
- Desconocimiento de la historicidad del usuario/a.
- Informes de mala calidad y comunicación insuficiente esto repercute en la dilación de los días de derivación con el consecuente desarraigo y desatención a situaciones sociales (problemáticas familiares, pérdida de ingreso de único sostén familiar, desatención a la escolaridad, costes económicos exagerados y uso de recursos de manera inadecuada) llegando en alguna ocasión a no lograr el objetivo de la derivación.
- Asistencia fragmentada de distintos prestadores.
- Falta de articulación inter e intrasectorial.
- Problemas en la comunicación de los equipos de las distintas localidades.
- Falta de inserción oportuna y eficiente de los/las usuarios/as derivados/as de Tierra de Fuego a CABA.
- Mayores costos (sanitarios y viáticos, estadías) vinculados a las desarticulaciones entre los distintos prestadores.

Se pretende profundizar sobre este aspecto, proponiendo como alternativa la gestión de casos para mejorar el servicio prestado, intentando dar respuesta a la dificultad presentada en la interacción efectiva de ambos equipos, el traspaso de información y consecuentemente en la coordinación de la tarea.

En el 2015 y con el fin de conocer la opinión del equipo interdisciplinario en relación a la manera de trabajar en la DPCS-SRO se realizó observación participante y una entrevista a los/as integrantes (Anexo N°VI).

Se efectuaron 14 entrevistas, los/as entrevistados/as estaban comprendidos/as en una franja etaria entre los 20 y 63 años. Se desprendieron de las entrevistas que ocho de los/as integrantes tenían conocimiento de la normativa existente. Nueve de estos habían tenido experiencia de trabajar en equipos interdisciplinarios.

Pero el dato más relevante dentro de los resultados encontrados fue que el 80% de estos entrevistados/as hizo referencia a la falta de continuidad, la escasa comunicación entre los equipos, la incorrecta relación y coordinación entre los equipos de trabajo de Tierra del Fuego y CABA. A partir de esta encuesta es que se comenzó a pensar cómo dar respuesta a los múltiples problemas identificados.

Durante el proceso, la comunicación suele ser reticente y acotada básicamente a información médica, logrando la mayoría de las veces un papel exclusivamente administrativo, desaprovechando de esta manera el planteo apropiado que permita la toma de decisiones para el desempeño específico y particular para cada paciente en CABA sin lograr relaciones sinérgicas deseables entre los diferentes actores para el objetivo planteado.

Observándose la misma situación a la inversa, donde el/la paciente y su familia ya regresados a la provincia, en ocasiones, no logran concretar las indicaciones propuestas y/o solicitadas, ya sea por el equipo médico tratante en CABA o por el mismo equipo interdisciplinario perteneciente a la DPCS-SRO. Regresando en el contexto de una nueva derivación con la misma problemática que egresó.

4. Marco normativo

En Argentina el derecho a la salud es considerado un derecho humano fundamental, sin embargo, no se encuentra garantizado a todas las personas en paridad de condiciones por la presencia de múltiples barreras que dificultan la efectividad de este derecho para gran parte de la población (Echegoyemberry; Castiglia; Báscolo; Yavich, 2018). Las normas vigentes contienen indicaciones precisas que atañen a la definición de las políticas de salud. La Constitución Provincial establece con claridad la obligación para la provincia de garantizar el derecho a la salud de sus habitantes. En efecto, la constitución provincial expresa:

“Art. 53.- El Estado Provincial garantiza el derecho a la salud mediante acciones y prestaciones, promoviendo la participación del individuo y de la comunidad. Establece, regula y fiscaliza el sistema de salud pública, integra todos los recursos y concreta la política sanitaria con el Gobierno Federal, los gobiernos provinciales, municipios e instituciones sociales públicas y privadas.”
(Constitución de la Provincia de Tierra del Fuego, sancionada el 17 de mayo de 1991)

A pesar de haber transcurrido muchos años desde la sanción del texto constitucional, la elaboración de una Ley de Salud Pública todavía está pendiente. Los elementos centrales que debe contener dicha ley están detallados en el artículo 53 de esta manera:

“Art.19 La ley de salud pública provincial deberá como mínimo: 1 - Compatibilizar y coordinar la atención que brindan los sectores público y privado. 2 - Implementar la atención médica con criterio integral: prevención, protección, recuperación, rehabilitación, incluyendo el control de los riesgos biológicos, psicológicos y socio ambientales. 3 - Dar prioridad a la asistencia materno infantil, sanidad escolar, tercera edad y distintos tipos y grados de discapacidad. 4 - Promover acciones que protejan la salud en los ámbitos laborales. 5 - Promover acciones de saneamiento ambiental. 6 - Implementar la sanidad de fronteras. 7 - Garantizar la

atención médica a los pobladores rurales. 8 - Implementar la elaboración y puesta en vigencia de un vademécum de aplicación en los hospitales y centros de salud públicos, y facilitar su acceso a toda la población. 9 - Promover la permanente formación, capacitación y actualización de todos los agentes de la salud. 10 - Establecer normas de prevención contra la drogadicción, combatir su origen y consecuencias y atender integralmente la rehabilitación.” (Constitución de la Provincia de Tierra del Fuego)

La Ley Provincial N° 554, sancionada en 2002, establece la existencia de los Fondos de los Hospitales Regionales y de los Consejos Hospitalarios. Su artículo 1º dispone los principios que deben guiar el accionar del hospital público:

“a) Universalidad: entendida como la extensión de la cobertura de salud a toda la población de la provincia de Tierra del Fuego; b) Equidad: que implica una organización y distribución de las actividades de la salud según las necesidades de los diferentes grupos de población, priorizando la población de menores recursos; c) Eficacia: comprendida como el desarrollo de todas las acciones necesarias para la consecución de los objetivos de salud propuestos; y d) Eficiencia: que implica que en el cumplimiento de los tres principios anteriores se deberá asegurar la optimización y el uso racional de los recursos.” (Ley Provincial N° 554)

La misma ley describe la conformación y funciones de los Consejos Hospitalarios, pero estos organismos de conducción colegiada con participación de los/las trabajadores/as y la comunidad no están funcionando.

Por otro lado, existen distintas normativa y protocolos del Ministerio de Salud que regulan la referencia y contrarreferencia y la forma para la tramitación de prestaciones médicas (Resolución MS N°228/19 Norma para la tramitación de prestaciones Médicas que no se pueden resolver en la Red Pública Provincial y sus Anexos) (Anexo N° II).

Toda persona en el país tiene derecho a gozar del más alto nivel de salud posible.

La OMS (2005) estableció la comisión sobre determinantes sociales de la Salud con el propósito de analizar el impacto de las condiciones socioeconómicas y del entorno en la salud de la población. El objetivo fue reducir las desigualdades sanitarias mejorando la calidad de vida y salud de todas las personas.

De ahí la importancia que se garantice a los y las pacientes derivados/as de Tierra del Fuego a CABA, que no cuentan con cobertura de salud explícita el más alto nivel de salud posible, mental, social, psicológica y física. Debiendo ser la gestión eficiente, efectiva, eficaz, y equitativa para hacer realidad el derecho a la salud (Echegoyemberry; et. al. 2018).

Las recomendaciones internacionales ponen acento en la prevención y promoción de la salud y las acciones de cuidado integral, adecuado, continuo (Alma Ata, 1978; Astaná, 2018).

5. Marco conceptual

A continuación, se presentará el marco conceptual que guía y orienta las intervenciones propuestas. Se presenta en primer lugar el modelo de gestión de casos, luego, cuidado longitudinal e integral, trabajo interdisciplinario, y finalmente redes en salud, referencia y contrarreferencia.

5.1. Modelo de gestión de casos

La gestión de casos se ha incorporado en el sector sanitario persiguiendo integrar los servicios asistenciales en torno a la necesidad de cada persona. Esta modalidad se ajusta a la atención de personas con problemas de salud de alta complejidad, que afectan todas las dimensiones de la misma y requieren proveedores y entornos asistenciales diferentes.

La continuidad asistencial se muestra como una necesidad y un desafío, la gestión de casos se constituye a partir de la valoración integral, la atención planificada y la coordinación para garantizar a los/as usuarios/as el acceso a los recursos que necesiten de manera longitudinal a lo largo de su recorrido por el sistema.

Según A. Sarabia Sánchez (2007) “cada estamento (atención primaria, atención especializada, atención institucional) y cada escala territorial (local, provincial, regional, departamental y estatal) se rigen por sus propias normas, que la mayoría de las veces no tienen en cuenta la coordinación con el resto. Cada estamento asistencial es concebido como un mundo en sí mismo (...)” (Sánchez, 2007, p.7-8)

La conquista de un modelo integrado requiere de la construcción activa de estructuras y profesionales relacionados y comprometidos que actúen en pos de esta continuidad asistencial. La gestión de casos es un modelo organizativo-asistencial extendido e implantado en algunos países.

Se la podría definir entonces como un modelo de intervención que facilita la coordinación de los servicios socio sanitarios ayudando a las personas dependientes o en situaciones de vulnerabilidad a proporcionar el o los servicios apropiados aportando además una buena relación costo-efectividad al disminuir la fragmentación del cuidado (Paz D; et.al. 1999).

El servicio Andaluz de salud define la gestión de casos como una modalidad de atención dirigida a personas con elevada complejidad clínica y necesidad de cuidados de alta densidad. Cuyo objetivo es asegurar que reciban los servicios adecuados a su situación, de manera integrada, a través de un plan de gestión del caso personalizado acordado con ellas y con las personas de su red de apoyo en el que colabora el conjunto de profesionales implicado en la atención. (Manual de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud, 2007)

La gestión de casos, es una intervención compleja, que abarca un amplio conjunto de responsabilidades como la identificación del/la paciente, la evaluación de sus problemas y necesidades, la planificación del cuidado, la coordinación, la revisión, supervisión y adaptación del plan de cuidados. Normalmente se promueve la gestión de casos, bien como un elemento clave, o como complemento de otros enfoques de componentes múltiples. (Norris, et.al.2002), (Holland, et.al.2005).

La figura del gestor de casos, dentro del modelo de gestión se presenta como una oportunidad para la sociedad, el sistema y para los/las profesionales, incorporado estratégicamente en la red de atención, vela para que el/la paciente/familia alcance los objetivos terapéuticos previstos en la trayectoria clínica, identifica y moviliza los recursos necesarios y facilita la intervención de los diferentes profesionales y servicios para el logro de los mejores resultados (Fernández Moreno, A Perejón, 2007).

El elemento nuclear de la gestión de casos es el trabajo interdisciplinar y en equipo, centrado en la persona, con una perspectiva de atención integral que tenga en cuenta los factores biológicos, el contexto social, los acontecimientos vitales y la percepción subjetiva de la persona sobre su proceso (Manual gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud, 2007).

Existen múltiples experiencias de su uso tanto de manera nacional como internacional, este modo de gestión nació en Estados Unidos y en la actualidad es un método de intervención que han adoptado varios países desarrollados para los cuidados de la salud. La nutrida experiencia internacional en metodología de gestión de casos en el ámbito sanitario muestra una realidad diversa en cuanto a:

- La población a la que se dirige: personas vulnerables, con problemas crónicos complejos, población geriátrica, personas con trastornos mentales.

- Los objetivos del modelo: racionalizar la utilización de servicios, gestionar la continuidad, personalizar la atención, disminuir costos, mejorar la accesibilidad, mejorar la calidad.
- Los entornos asistenciales implicados: longitudinal (hospital, nivel primario, sector socio-sanitario).
- El eje de las intervenciones: coordinación/atención/gestión - (Manual gestión de Casos de Andalucía, 2007).

En la argentina se encuentran propuestas de gestión de casos para el seguimiento longitudinal de pacientes evaluados por la Encuesta Integral de salud ambiental (EISAR). Este modelo fue elaborado e implementado por la Coordinación de Redes de la autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR, 2016) en su plan integral de saneamiento ambiental (PISA). Se utilizó esta estrategia para abordar problemáticas individuales y familiares como la exposición a contaminantes, enfermedades agudas y crónicas de la población sin control médico, control a embarazadas y menores. Como así también dificultades para acceder a la seguridad social articulando con diferentes organismos y efectores.

Se realizó la propuesta de gestión de casos para el seguimiento longitudinal e integral de usuarios/as del primer nivel de atención de las Unidades sanitarias ambientales (USAM) de ACUMAR, donde se elaboró un plan de capacitación para el personal de salud para el cuidado longitudinal -individual y colectivo- de problemáticas ambientales; se elaboraron los términos de referencia para constituir el perfil del gestor/a de casos (habilidades, competencias, conocimientos esperados para el rol, o que debía adquirir mediante capacitaciones previas); se mapearon los actores que podían dar respuestas a distintas problemáticas y para institucionalizar las articulaciones inter- e intrainstitucional, se elaboró un recursero, se establecieron circuitos claros y efectivos de articulación intersectorial e intra sectorial para el seguimiento de los casos, se modificaron los instrumentos de registros, las bases de datos, y los modelos de informes, para que den cuenta del seguimiento sostenido en el tiempo) (Echegoyemberry, 2018).

Gráfico 7: Relación problema de gestión/antecedentes

Fuente: elaboración propia en base a los antecedentes relevados de la USAM



La gestión de casos como herramienta del equipo interdisciplinario sería entonces una estrategia de gran interés para evitar la fragmentación del cuidado y la atención, mejorar el flujo de información entre los niveles asistenciales y asegurar la continuidad asistencial en el contexto de una derivación.

La bibliografía da cuenta de abundantes evidencias referidas a la efectividad de esta estrategia. Se puede citar también la experiencia del sistema andaluz: el Sistema sanitario público de Andalucía introdujo esta modalidad de atención en el 2002, en el marco de las estrategias de mejora de la atención domiciliaria, extendiéndose poco después a los hospitales. En ambos niveles, este servicio se asignó a enfermeras con experiencia en APS, seleccionándolas para este puesto tras haber recibido una formación específica para ello. El diseño inicialmente pretendió instalar un modelo longitudinal con base en la atención primaria acompañando al usuario en su tránsito por el sistema.

Las barreras entre organizaciones impidieron el desarrollo del modelo original debido al progresivo aumento de población hospitalaria con alta necesidad de cuidados complejos. El gestor debió incorporarse a los hospitales, y de esta manera el papel de los mismos se centró en la coordinación de servicios en torno al plan asistencial de pacientes extremadamente vulnerables. El hecho de ubicar esta metodología en ambos niveles de atención fomentó un enfoque transversal en torno al paciente logrando muy buenos resultados (Servicio Andaluz de salud, 2007)

El perfil de las personas susceptibles a atención según este modelo es el de vulnerabilidad, fragilidad o complejidad, con necesidad de cuidados interdisciplinarios y continuos que demanden múltiples recursos de la red asistencial. Este modelo es de aplicación a los/as pacientes derivados/as de Tierra del Fuego a CABA. Personas, en este caso, con una problemática de salud compleja, en el contexto de una derivación a otra ciudad, donde muchas veces se ven amenazadas sus redes de soporte en términos de constitución como sujetos, dificultando el abordaje debido a la multiplicidad de determinantes en juego. Es común observar cómo los problemas persisten a lo largo del tiempo debido a que su prevención y/o abordaje cruzan los núcleos duros de la vulnerabilidad de las comunidades, esto implica, la necesidad de cambios que conduzcan a prácticas profesionales con una mirada integradora (Juárez; Tessio & Ferrandini, 2012).

El problema de gestión detectado impacta fuertemente en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidado, aparece así la necesidad de relacionar, articular e integrar nuevos conocimientos para abordar al ser humano de manera integral asegurando el cuidado longitudinal.

La longitudinalidad es diferente a la continuidad, ya que en este atributo de la APS puede haber interrupciones en las atenciones sin perder esta relación (Rosas Prieto, et al, 2013).

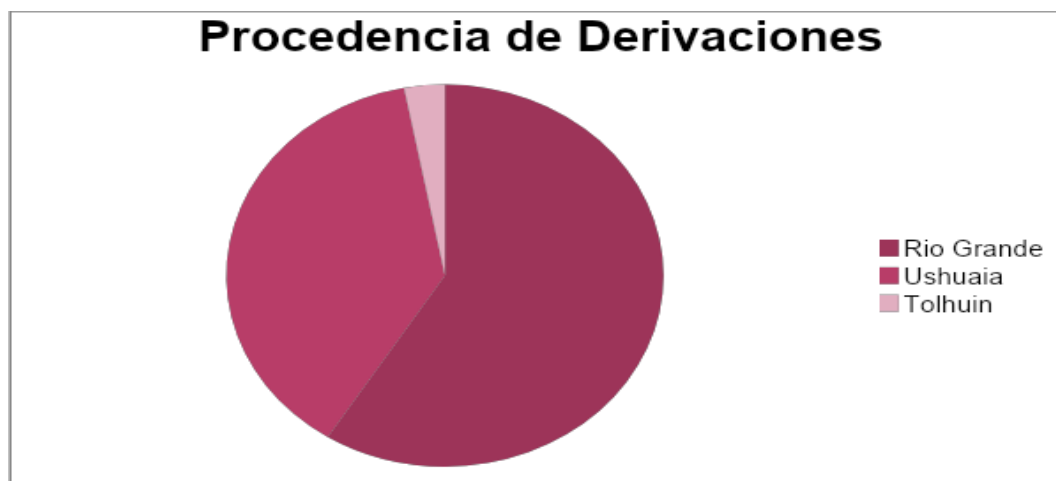
En este sentido Gervas (1995) encontró diferencias claras entre ambos conceptos, define continuidad como la concatenación de eventos de atención de un problema de salud concreto y se refiere a la longitudinalidad como la relación estrecha interpersonal con el paciente y a la coordinación de cuidados respecto a todos los problemas de salud del paciente a lo largo de su vida. Este autor puntualiza que la continuidad hace referencia a un problema y la longitudinalidad a una persona

(Gervas, 1995).

A continuación, se presentan algunos datos que permiten comprender el perfil de las derivaciones, tipo de tratamiento según sexo, la procedencia de las derivaciones, edad de los y las derivados/as, entre otros aspectos.

La mayoría de las derivaciones se generan en Río Grande que es la localidad con mayor densidad poblacional. El 58% de los tratamientos requeridos en Buenos Aires son para pacientes de sexo femenino y un 42% para pacientes de sexo masculino. Gráfico 8: Procedencia de las Derivaciones

Fuente: DCS-SRO



La prevalencia de las franjas etarias es de un 31% pediátricos (25% entre 1 y 14 años y un 6% de un año o menos) seguida por la el 29% de pacientes de entre 45 y 59 años.

La especialidad más derivada es la oncológica incluyendo las demandas de tratamientos de radioterapia, consultas por oncohematología, diagnóstico (PET), oncología infantil. Siguiendo con la prevalencia se presentan las especialidades de oftalmología, traumatología y ortopedia, cirugía cardiovascular y hepatología.

Las derivaciones son encausadas principalmente por medio de la red pública de los hospitales que dependen del gobierno de CABA, Hospitales Nacionales, del

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires y Hospitales Universitarios (Hospital de Clínicas e Instituto Ángel Roffo).

La construcción del concepto salud-enfermedad-atención-cuidado no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno/una entiende y vive como el proceso salud-enfermedad.

La salud se presenta como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurren diversas disciplinas que interactúen y se integren entre sí. (Moreno, G, 2008).

Tanto la manera en que el/la paciente entiende y vive su propio proceso de salud-enfermedad, como su contexto de vida a saber: factores económicos, sociales, familiares, laborales, son elementos esenciales para construir un diagnóstico más integral. Frente a estos diagnósticos, también es importante que los/as médicos/as puedan reconocer los límites de la medicina y recurran al aporte de otras disciplinas para abordar el problema de manera interdisciplinaria.

A partir de la redefinición de un objeto de estudio complejo que integra diversas dimensiones de la realidad, de las condiciones de vida y sanitarias, se plantean las potencialidades que genera una lectura de la complejidad de los procesos de salud-enfermedad abordándolos de manera continua e integral.

5.2. Cuidados longitudinales e integralidad en el cuidado

La continuidad y longitudinalidad asistencial como la coordinación entre los diversos dispositivos sanitarios son objetivos esenciales siempre enunciados y recomendados pero pocas veces resueltos.

Conceptuar la salud bajo la perspectiva de continuidad, longitudinalidad e integralidad implica en comprenderla como una cuestión de ciudadanía, visto que corresponde al derecho que toda persona tiene a la salud. Implica en relacionarla a las políticas económicas y sociales vigentes, y a las necesidades y demandas de la población que de ellas se derivan.

Requiere de actitudes respetuosas a las personas como seres histórico-sociales, poseedores de saberes que no deben ser desvalorados y descalificados, sino reconocidos en la organización de los servicios y en la práctica de los profesionales.

Alvim (2013) se refiere al término integralidad como un conjunto de actividades y de sentidos articulados entre sí, comprendiendo acciones individuales y colectivas en la organización de los servicios de salud, en las prácticas y modelos asistenciales y sus respectivos agentes-gestores, profesionales y usuarios- en los diferentes niveles de atención del sistema. Propone la superación de la acción objetivada o solamente circunscripta a sistemas aislados del cuerpo físico con concepción mecanicista, haciendo referencia a un enfoque más abarcativo, a la persona en su contexto.

Considera oportuna la intervención interdisciplinaria e intersectorial ya que presuponen respeto a los sujetos involucrados en los servicios de salud y a la ruptura con la fragmentación de saberes y acciones, eligiendo formas de intervención alusivas a la complejidad de los espacios, de los sujetos y de las acciones que conforman el cuidado.

Starfield (2001) define longitudinalidad como el aporte regular de cuidados de salud, así como su permanencia a lo largo del tiempo en un ambiente de relación mutua y trato humanizado entre equipo de salud e individuos y familia. Lo considera el aspecto central de APS ya que requiere del conocimiento del individuo inserto en su contexto económico, social y cultural.

La autora distingue las siguientes ventajas del cuidado longitudinal:

- Facilita el cumplimiento de tratamiento de enfermedades crónicas.
- Se asocia a mayor identificación de problemas asistenciales debido a que se crea un grado de familiaridad con el/la paciente.
- Se establecen diagnósticos precisos y tratamientos adecuados debido a que los profesionales conocen mejor al paciente.
- Aumenta la satisfacción de los/las pacientes, especialmente de aquellos/as que tienen más tiempo conociendo a los miembros del equipo de salud.
- Aumenta la posibilidad de recibir atención de salud preventiva.

- Presentan un menor número de hospitalizaciones y estancias más cortas.
- Al aumentar las consultas preventivas, tienden a padecer menos enfermedades prevenibles.
- Se reducen en aproximadamente un 25% los costos en la atención en salud.

Las estrategias de continuidad de atención y cuidados entre niveles siguen siendo un tema de estudio y profundización permanente para los equipos de salud, por lo que se presenta como materia pendiente en la que hay que avanzar necesariamente con políticas de coordinación entre los distintos niveles que integren los procesos asistenciales.

Coordinación definida como “una situación de armonía en una acción o esfuerzo común, siendo la esencia de esta la disponibilidad de información acerca de problemas previos y de servicios utilizados y el reconocimiento de dicha información para las necesidades de cuidados actuales” (Dávila, 2007, p.7)

Para el manejo de la información en Salud, la OMS, 1973 definió a la Coordinación como un mecanismo de recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios y también para la investigación y docencia (Organización Mundial de la Salud, 1973).

Los sistemas de información en salud son considerados sistemas de apoyo de las redes de atención en salud, herramientas importantes que constituyen un esfuerzo integrado para coleccionar, procesar, reportar y usar este conocimiento para las políticas, programas e investigación. (AbouZahr; Boerma, 2005). Estas redes tienen que ser respaldadas por informaciones eficaces que sirvan de ayuda a perfeccionar decisiones y conduzcan a mejores servicios, permitiendo reducir la incertidumbre y disminuir riesgos asociados al proceso (OPS, 2010).

En el problema presentado pareciera que la propuesta para hacer frente a este reto sería la existencia o incorporación de un profesional o equipo de profesionales que faciliten y promuevan la coordinación de todas las actividades, favoreciendo el trabajo interdisciplinario y asegurando los cuidados requeridos tanto por el/la paciente como su familia durante todo el proceso de atención-derivación.

5.3. Trabajo interdisciplinario

La constitución de equipos interdisciplinarios representa la posibilidad de

integrar al ser humano y comprenderlo desde toda su complejidad. Por lo tanto, esta práctica enriquece y complementa a todas las disciplinas intervinientes, pues no solo promueve un intercambio de saberes, sino que también brinda la posibilidad de diseñar intervenciones adecuadas a los problemas a resolver, donde cada disciplina tendrá, según la circunstancia, un liderazgo transitorio que irá mudando según varíen las dimensiones o fenómenos a abordar. La aplicación del sistema de salud basado en APS que intente desarrollarse eficientemente, deberá incluir: efectores de salud interdisciplinarios insertos en el seno de la comunidad con recursos humanos apropiados, que desarrollen sus acciones con equidad, integralidad, longitudinalidad y plena accesibilidad (Dávila, 2007).

Stolkiner (2005) afirma que “hablar de interdisciplina es situarse necesariamente en un paradigma post positivista, es reconocer una contraseña que agrupa a quienes adhieren, de diversas maneras, a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas” (Stolkiner, 2005, p. 5-6)

Para Stolkiner “las disciplinas no existen si no por los sujetos que la portan, la reproducen, las transforman y son atravesados por ellas” (Stolkiner, 1999, p.25-34), para Carbajal Escobar (2010) la interdisciplina implica la interacción, el diálogo y la colaboración de varias disciplinas para lograr la meta de un nuevo conocimiento (Carbajal Escobar, 2010)

Cada profesional de la salud posee una finalidad, una identidad, un objeto de estudio y campos de acción, aquí Stolkiner reconoce que el núcleo de las prácticas interprofesionales es el abordaje interdisciplinario, pero en estos se conjugan otros problemas en los que se pone en juego la cuestión del poder, afirma que en los equipos de salud lo interdisciplinario se manifiesta cuando la distribución de funciones y la importancia relativa de cada saber se define en relación al problema y no por el peso o tradición de cada profesión y resulta generalmente necesario un “operador de interface”, un agente que comprenda horizontalmente el lenguaje de las distintas disciplinas y opere como traductor (Stolkiner,2005)

Es responsabilidad de los/las profesionales de la salud articular mediante

herramientas de información y conexión para ofrecer servicios continuados e integrales. “El operador de interface” podría ser la figura capaz de coordinar y garantizar la atención continua entre profesionales. Este accionar estará sustentado en una red, porque si hablamos en términos de red, estamos hablando de vínculos, de relaciones. (Rovere, 1999).

5.4. Redes en salud: Referencia, contrarreferencia. Derivación.

A continuación, se presenta la conceptualización de redes de salud referencia, contrarreferencia y derivaciones.

El concepto de referencia y contrarreferencia aparece con la finalidad de simplificar el acceso universal de los servicios de salud y asegurar una atención oportuna e integral, acorde a las necesidades de cada individuo y/o comunidad por medio de un sistema organizado técnica legal y administrativamente.

Se lo define como: “el conjunto ordenado de mecanismos mediante los cuales se articulan procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de los usuarios con la debida oportunidad, eficiencia y eficacia, refiriéndolo de un establecimiento de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive y viceversa” (Manual de referencia y contrarreferencia, Hospital La Paz, 2008, P.11)

Para Rovere (1999) redes no es solamente “Referencia y Contrarreferencia” afirma que a partir del momento en que la gente entra en red, entra en vínculos solidarios, lo que se va a evaluar para decir que en verdad estos servicios son una red, es si hay comportamiento solidario. Haciendo referencia a lo solidario como lo define la física (nada que ocurre en un lugar le es ajeno a otro lugar)

Mario Testa (1998) enuncia que los sistemas de salud basados en este modelo de atención integral y continua implica una red de establecimientos interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordenen la circulación de los pacientes en el sistema.

Para definir derivación se puede citar el trabajo de Luna Lombardo (2011) quien la puntualiza como el proceso de traslado de personas de un hospital a otro de mayor complejidad con el objeto de brindar cuidados acordes a sus necesidades. Acota que

es un componente clave en la atención ya que presenta características particulares y únicas. La define como un proceso traumático en sí mismo que expone a la persona a una ruptura en la continuidad lógica cuidadora imperante en su lugar de origen, y a un encuentro con otras lógicas. Propone la jerarquización del proceso ya que los servicios de alta complejidad, geográficamente distantes configuran un caso particular que debe ser especialmente evaluado. Entendiendo al proceso de traslado como una modalidad particular de acceso a servicios de salud no disponibles en la localidad donde se encuentra el paciente, cuando existe necesidad de apoyo tecnológico avanzado o tratamientos especializados (Archivos Argentinos de Pediatría, 2000).

6. Respuesta político-institucional y organizacional. Fortalezas y debilidades

En este apartado se presentarán las respuestas político institucionales y organizacionales que se han dado a las derivaciones de pacientes desde Tierra del Fuego hacia CABA para el abordaje de problemas complejos de salud. Presentando las fortalezas y debilidades de estas respuestas y a partir de ésta se diseña el dispositivo de gestión de casos, que ya ha comenzado a implementarse de alguna manera en la DCS-SRO.

El proceso se inicia en Tierra del Fuego donde la persona acude al médico y este debido a que el problema de salud no puede ser resuelto en el contexto provincial solicita derivación a centro con mayor complejidad.

El especialista que deriva lo hace con una mirada que pone foco en su especialidad, presentándose esto como una debilidad del proceso, ya que estas personas, en reiteradas oportunidades presentan pluripatologías, y además, son atravesadas por múltiples problemáticas sociales.

El paciente con indicación de derivación hace un paso obligatorio por el servicio social donde se determina si tendrá la cobertura por parte del gobierno provincial, este paso suele obviar recabar información social completa y actualizada, siendo desaprovechado el momento y cumpliendo casi exclusivamente con el requerimiento de evaluar si corresponde la cobertura y si necesitara acompañante durante el periodo de su derivación.

Una vez corroborada la demanda por las auditorías médicas correspondientes se transmite el pedido a la DPCS-SRO para que se inicie la búsqueda de un lugar de atención dentro de los prestadores de la red pública, dato que se transmite inmediatamente después de ser gestionado según la urgencia de esta demanda.

En este punto es válido reconocer que administrativamente se van cumpliendo los pasos pactados, pero desatendiendo muchas veces cuestiones tan o más importantes como lo son lo social, lo psicológico, y/o patologías asociadas que en oportunidades no están directamente relacionadas con la afección de salud que genera la derivación.

Las autoridades del Ministerio de Salud Provincial, los/as directivos de los Hospitales Regionales, los/as trabajadores/as de los Servicios Sociales en conjunto con los directivos de la DPCS-SRO han mantenido reiteradas reuniones con el fin de mejorar y proponer una propuesta superadora.

Trabajando en esta propuesta, se logró consensuar y sincronizar acciones con actores claves impulsando cambios que dieron como resultado la modificación de la Resolución Ministerial 2012 (Anexo N° I) por la presentación de la Resolución Ministerial 2019 (Anexo N° II)

Una de las limitaciones o debilidades que se encuentra en la relación intersectorial es que en Tierra del Fuego (DGPM) se continuó desarrollando la tarea con una mirada casi exclusivamente administrativa poniendo énfasis en dar cumplimiento a lo normativo obviando la responsabilidad que conlleva la evaluación del/la paciente, la prestación de cuidados básicos que preparen al mismo para su traslado y la necesidad de proveerlo de la documentación necesaria y suficiente que abarque la totalidad de sus antecedentes.

Sea quizá porque descansa su accionar en el equipo médico tratante que fue quien identificó la necesidad de transferir al paciente, siendo de esta manera una mirada casi exclusivamente unidisciplinar acotada al síntoma, con datos insuficientes previos a la llegada del mismo a CABA.

En Tierra del Fuego, el procedimiento de derivación involucra áreas diversas con lógicas y competencias particulares y distintas que realizan su tarea de forma aislada, presentándose esto como una debilidad. Para esa Dirección la resolución de la derivación es una tarea más. El foco no está puesto en el cuidado longitudinal e integral. En la DPCS-SRO en CABA, por lo contrario, es una de las labores principales, presentándose como fortaleza el permanente contacto que se mantiene con el derivado lo que hace propicio la visibilización de la persona y su situación abarcando todos los aspectos implicados logrando obtener una mirada integral del caso. La DPCS-SRO tiene una mirada centrada en los y las usuarios/os del servicio y se basa en un enfoque de derechos humanos.

7. Determinantes sociales y políticas socio-sanitarias

El perfil de los y las usuarios/as que son derivados/as desde Tierra del Fuego a CABA, es un perfil que se encuentra muy vulnerabilizado con marcadas desigualdades sociales.

Al hablar de determinantes sociales, en la población derivada con la cobertura del gobierno provincial, generalmente las principales causas de los problemas son socioeconómicas, mientras que las políticas de salud continúan enfocándose en el tratamiento de la enfermedad sin incorporar intervenciones sobre el entorno social donde suelen encontrarse las “causas de las causas” (Lalonde, 1974)

La población que es asistida por el Ministerio de Salud es vulnerable en términos socio-económicos. Según indicadores brindados por el INDEC (2010) tiene una población de 5,6% por debajo de la línea de la pobreza y de 1,6% por debajo de la línea de la indigencia. Según informe del IPIEC del 2018 la tasa de desocupación es del 6,9% y 4,3% de indigencia.

Sumado a esto, el fenómeno provincial de una población en constante crecimiento que al llegar a la provincia se enfrenta tanto a la necesidad de tierras y vivienda como a un acceso equitativo a los servicios de salud y educación.

El 8,9 %de la población nació en el extranjero según el último censo. Para el 2010 los porcentajes de hogares con servicios básicos habían descendido significativamente aumentando el hacinamiento. El 1,3% de la población de la Provincia no cuenta con agua potable. El 49% de las viviendas son de material ligero como madera, chapas y cartón y el 51% restante de ladrillo, piedra y hormigón (INDEC, 2010).

Los recursos económicos provienen especialmente de la pesca, explotación de bosque, hidrocarburos, ganadería, turismo, industrias electrónicas y construcción.

Se podría agregar que, si se piensa la salud como una construcción histórica, social, cultural y subjetiva de carácter multideterminado con connotaciones y significados distintos según los grupos sociales, los/as pacientes derivados/as están expuestos no solo a los determinantes previamente mencionados. El desarraigo se experimenta en cada derivación dejando familia y hogar para trasladarse a una ciudad

que quizá solo conoce por las noticias de la TV, en un ambiente considerado hostil y peligroso sumado a la afección que lo derivó.

Parte de la atención integral implica considerar los determinantes sociales del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado, y tener en cuenta las condiciones materiales de vida, las problemáticas de género implicada en el traslado y derivación a otra ciudad (cuidado de personas dependientes absolutas o relativas, fragilidad y precariedad de empleos, pérdidas de trabajo por el desplazamiento y por el tiempo del tratamiento, pluriempleo o pluriactividad que realiza la persona derivada o sus familiares, o desempleo, etc.). Es necesario un sistema que permita el cabal conocimiento de la persona, su entorno social, económico, laboral, cultural, étnico (Echegoyemberry, 2018).

De ahí la importancia de conocer la historicidad -objetiva y subjetiva- de estas personas para planificar su atención y cuidado durante todo el proceso de derivación.

Dentro de los determinantes sociales están los determinantes estructurales de la salud, y los determinantes intermedios, siendo el sistema de salud un aspecto fundamental de este último (OMS, 2005). Por lo que la respuesta integral desde el subsector público es sumamente necesaria, de ahí la propuesta de intervención que se realiza en este trabajo.

8. Fundamentación. Construcción conceptual del problema

A continuación, se presentan un punteo de problemas a los que se busca dar respuesta y se ejemplifica a través de casos reales abordados en los últimos años para dar cuenta de la verdadera dimensión de la problemática, como de la necesidad de la pronta respuesta integral y longitudinal.

Problemas:

- 1- información poco precisa e incompleta.** En reiteradas oportunidades no llega esta información a tiempo siendo enviado luego del arribo del paciente a CABA. Otras veces no se cuenta con informe social o con documentación relacionada a otras patologías. (Documentación desactualizado o falta de la misma)

Caso ilustrativo:

Ej.: Sra. MM, 45 años, derivada para realizar RMN cardiaca (prestador privado) y evaluación por electrofisiología en el Hospital "El Cruce". Diag.: taquicardia ventricular sostenida, mareos a repetición y cuadro sincopal. Al tomar contacto con la misma (DCS) la Sra. comenta que no pudo realizar el estudio por presentar ataques de pánico desde hace dos años, que se encuentra en tratamiento psicológico y psiquiátrico y que no podrá volver a subirse al avión por que tuvo que ser asistida durante todo el vuelo a CABA. La Sra. viajo sin acompañante. Ninguno de estos datos se especificaba en la información recibida en la DCS.

Recomendación: Intervención

En relación a los equipos

Previo a la llegada de la persona derivada desde la DGPMS se deberá contar con toda la documentación y establecer canales de comunicación para el abordaje integral del caso. De ser posible, ateneo de caso entre la oficina que deriva y la que recibe, de puesta en común del caso y definición de la ruta de derivación.

En relación al paciente

Pre abordaje. El pre abordaje se deberá realizar tomando contacto con el/la usuario/a previo a su llegada a CABA. Este contacto telefónico será para constatar documentación y hacerse de información aún antes de la derivación propiamente

dicha, se evaluará la información transmitida desde Tierra del Fuego con el fin de anticipar una valoración del caso, previendo requerimientos médicos, sociales y/o psicológicos que fueran necesarios al momento del arribo a Buenos Aires.

2- Imposibilidad de pre abordaje: Este recurso (el pre abordaje) puede utilizarse cuando la información de la derivación llega a tiempo, confirmando día y hora de aéreos del derivado, por lo menos un día antes a su viaje, así se podrá hacer algún tipo de intervención o sugerencia. Se torna imposible cuando los informes sociales no están actualizados y los teléfonos informados no corresponden en la actualidad al derivado.

Caso ilustrativo:

Ej.: el niño GR de 7 años de edad es derivado al Hospital Garrahan para CX traumatológica. Los datos del pasaje son informados a la DCS el mismo día del arribo, se intenta tomar contacto con fliar acompañante que según datos de vuelo es el papa. En el informe social enviado figuran los datos (incluido cel.) de la madre a quien se le ha destituido el hijo por problemas de violencia. Se puede constatar que el informe social enviado es el mismo del año anterior (instancia de evaluación previa del niño en CABA) pero con la fecha cambiada (actual). No se logró el pre abordaje.

Recomendación Intervención: a) vía de comunicación fluida con el equipo de la DGPMS. Debido a que el turno se saca en la DPCS-SRO, crear herramienta bidireccional responsabilizando a un referente en esa dirección para que los pasajes se provean con anterioridad y se informe oportunamente a la DPCS-SRO. b) contar con trabajadores sociales en la DGPMS que se aboquen a la tarea del derivado.

3- Información de mala calidad: Documentación desactualizada, falta de informes que hacen a la derivación. Duplicación de informes. Informes incompletos que carecen de un responsable sin firma ni fecha de realizado. Documentación mal presentada, de difícil lectura: escaneos de mala calidad, manuscritos ilegibles.

Caso ilustrativo:

Ej.: Sr. AM de 62 años de edad se deriva para evaluación cardiológica consulta de 1ª vez al Hospital "El Cruce". Se realiza pre abordaje, el Sr refiere tener todos los estudios y documentación. Al realizar consulta en HEC, desde esa institución se lo orienta a sacar nuevo turno (no se logró consulta) y realizar la consulta con estudios médicos actualizados. (Todas las pruebas cardiológicas tenían más de un año de realizadas)

Recomendación Intervención: Crear equipos referentes en ambas direcciones que centralicen la información y corroboren calidad de la misma y si es pertinente al caso. Creación de un protocolo tipo Check-list donde se constate y confirme cantidad y calidad de información.

4- Comunicación informal: Información por vía telefónica, o de pasillo, con acotaciones extras del transmisor cargadas de subjetividades que no hacen al proceso de la derivación.

Caso ilustrativo:

Ej.: el Sr E.S de 58 años de edad es derivado para evaluación pre trasplante hepático al Hospital Italiano, se informa tel. "ese hombre tiene solvencia económica, tiene aserraderos y anda en una camioneta 0km", "tenía que hacerse estudios en la provincia, previos a la derivación, pero prefirió hacer todo en Bs As".

Recomendación Intervención: Protocolizar la forma de transmitir la información relevante asegurándose que llegue a todo el equipo de manera completa y a tiempo.

5- Falta de cooperación entre los niveles asistenciales: Se ve reflejada en los informes acotados que realizan los/as profesionales médicos/as, la realización de los mismos a desgano. Falta de informes sociales. Falta de informes psicológicos si la situación lo amerita. Transferencia deficiente de la documentación obtenida

del 1er nivel de atención, Se obvia mandar esta información quizá por considerarla poco relevante.

Caso ilustrativo:

Ej.: la Sra. G.A, de 45 años de edad, derivada al Hospital Posadas para CX del oído, en la derivación anterior se le solicitó pre quirúrgico que debía traer, no realizó los mismos, nadie contacto el incumplimiento de lo indicado. No logro realizar su CX en la derivación por falta de turnos para realizar pre quirúrgico en CABA.

Intervención: Designar referente que pueda manejarse tanto intra como extramuros para poder articular de manera eficiente. Este referente deberá tener formación afín para poder evaluar y discernir la información recabada.

6- Información fragmentada: La información hace hincapié en la afección médica desatendiendo los otros determinantes del usuario.

Caso ilustrativo:

Ej.: la Srta. R.J de 27 años de edad con diagnóstico oncológico, es derivada para su tratamiento al Instituto Ángel Roffo. Luego de la consulta realizada se le solicitan una serie de estudios que se programan en el transcurso del mes. La Pte. refiere no poder quedarse debido a que las cuidadoras de sus 2 hijos discapacitados solo están disponibles por una semana y tiene la experiencia de su derivación anterior que debió permanecer más tiempo del previsto en CABA y el área social le sacó la tenencia de los menores.

Recomendación Intervención: Realizar entrevistas interdisciplinarias de primera vez en ambas direcciones al abordar al usuario/a para obtener información relacionada a todos los aspectos de la persona. La entrevista inicial, es una herramienta que tiene el objeto de lograr una aproximación interdisciplinaria al caso, a los fines de realizar una construcción integral del diagnóstico situacional del derivado y obtener la mayor información del/la paciente desde una mirada integral, en toda su complejidad e historicidad.

Además, permitirá informar sobre el rol del equipo en cuanto a aspectos generales para el curso de la derivación. Es una instancia propicia para una mejor perspectiva de los aspectos, Médico, Sociales y Psicológicos.

7- Falta de continuidad en la atención: Queda en evidencia en el no logro de objetivos planteados, falta de acceso a los tratamientos, escasa adherencia al mismo.

Caso ilustrativo:

Ej.: la Sra. N.P de 55 años de edad, derivada al Hospital Argerich para evaluación pre trasplante renal, en la derivación anterior se le indica que en la provincia deberá ser cargada en el sistema nacional (SINTRA) para que se puedan adjuntar las evaluaciones realizadas y se postule en lista de espera. Regresa a CABA sin este paso previo.

Intervención: Reuniones de equipo periódicas, ateneos, mesas de trabajo en conjunto. Parte diario, registros estandarizados.

8- Falla en el proceso de referencia y contrarreferencia: No se logran concretar los objetivos que el/la usuario/a tiene que resolver una vez regresado a la provincia y viceversa. Dificultad en el acceso a los efectores de salud y en la gestión de tratamientos y medicación.

Caso ilustrativo:

Ej.: El niño B.R de 10 meses acude a la entrevista de 1ª vez en la DCS ya en CABA. Su familiar informa que no pudo cumplimentar el tratamiento indicado en el Hospital Gutiérrez en su derivación anterior por no haber tenido el dinero para comprar la medicación debiendo interrumpirse todo el tiempo que permaneció en la provincia.

Intervención: Creación de un informe de continuidad de cuidados, revisión y rediseño de ser necesario de la hoja de alta.

9- Dificultad del/la usuario/a para moverse en CABA: Desconocimiento de la ciudad, afección psicológica, temor al uso de transportes públicos. Falta de recursos económicos. Imposibilidad física.

Caso ilustrativo:

Ej.: El Sr A.E, de 76 años de edad derivado al Instituto Ángel Roffo para realizar tratamiento de RDT por diagnóstico oncológico. No asiste a su turno por no haberse transmitido a la DCS las novedades en referencia a la imposibilidad de desplazarse, el Sr utiliza silla de ruedas, solo camina unos pocos pasos. No se pudo prever la disponibilidad de una silla de ruedas en CABA.

Intervención: Pre abordaje, comunicación telefónica con el/la derivado/a, orientación para la movilización y/o acompañamiento en primeros turnos. Evaluación de la necesidad del uso de taxi.

10-Tiempos incrementados de la estancia en CABA: Días agregados a la derivación relacionados a la omisión de la documentación (estudios) o por falta de requerimientos solicitados previos a la misma. Ejemplo: pre. Quirúrgicos, informes odontológicos, etc.

Caso ilustrativo:

Ej.: el Sr L.D de 62 años de edad derivado para cirugía cardiovascular de reemplazo valvular en el Hospital El Cruce, al momento de su turno no cuenta con apto odontológico, requerimiento indispensable para este tipo de CX. Se lo referencia al Hospital odontológico Ramón Carrillo, su CX se pospone y en consecuencia su estancia en CABA se prolonga hasta obtenido el mismo, una vez completadas las intervenciones dentarias que fueron necesarias.

Intervención: Optimizar el pre abordaje desde la DPCS-SRO. Contar con referente que nuclea la información en la DGPMS, creación de un Check list.

11- Acompañante inadecuado para el/la usuario/a: Presencia de familiar o allegado que cumple el rol de acompañante en una derivación que presenta situaciones interpersonales previas complejas que se desconocían al momento.

Caso ilustrativo:

Ej.: la Sra. R. M de 28 años de edad evacuada al Hospital Argerich en avión sanitario por embarazo de riesgo acompañada de su pareja. Su primera noche en CABA sufre de violencia por parte de este, al informar la novedad a la DGPMS se recibe la información que su pareja tenía restricción de acercamiento por violencia de género.

Intervención: Entrevista completa a la persona postulada como acompañante en la DGPMS, informe social y transferencia a tiempo de la información recabada.

12- Aumento de la frecuencia de las derivaciones: La persona derivada no logra el objetivo de la derivación, o lo hace a medias, ya sea por cuestiones sociales, falta de información médica, falta de adherencia al tratamiento o por cuestiones psicológicas.

Caso ilustrativo:

Ej.: la Sra. MS de 62 años de edad es derivada al Instituto Santa Lucia por desprendimiento de retina, es la 1ª vez que se encuentra en CABA, no ha tenido ningún tipo de intervención quirúrgica previamente y al tomar contacto con la misma se niega a acudir a la cirugía debido a comentarios negativos de otras personas que se han operado de los ojos.

Intervención: Acompañamiento y asesoramiento del equipo interdisciplinario, intervención psicológica. Lograr obtener información (antecedentes) previo a su estancia en CABA.

13- Deficiente comunicación entre ambos equipos: No se comparte la información más pertinente. No se logra el feedback deseado.

Caso ilustrativo:

Ej.: la niña P.S de 6 años de edad derivada al Hospital Garrahan para realizar estudio de cistouretrografía. Al momento de informar el turno se omitió que la condición para que se efectúe era urocultivo (-). El médico en la provincia no lo tuvo en cuenta, la Pte. asistió al turno sin el análisis realizado. Perdió turno de estudio urológico.

Intervención: Creación de herramienta para circulación de la información pertinente de manera bidireccional.

14-Incremento de costos del estado: El uso del recurso económico se ve comprometido al aumentar los días de derivación, duplicar estudios, uso indiscriminado de taxi, días de alojamiento, cambios en los acompañantes y pérdidas de turno.

Caso ilustrativo:

Ej.: Sra. LG de 37 años con diagnóstico oncológico, turno en Instituto Ángel Roffo para consulta con oncólogo para 2da opinión. La Sra. no trajo los tacos de biopsia, este es un requerimiento del hospital para hacer revisión de los mismos previo a las intervenciones. Se mandan a pedir a Tierra del Fuego, dilatando la consulta hasta no contar con este material. Con el consecuente aumento de gastos en alojamiento y racionamiento y movilización del Pte. y su acompañante.

Intervención: Participación de reuniones interdisciplinarias, ronda de pacientes y ateneos de cada caso en particular. Comunicación efectiva bidireccional.

15-Ausencia de equipos de gestión de casos: La DPCS-SRO cuenta con un equipo interdisciplinario sin formación en gestión de casos que oficia de nexo, nucleando toda la información durante el proceso de la derivación no se replica este equipo en la DGPMS.

Caso ilustrativo:

Ej.: si se hubieran abordado de manera integral y centralizada la información en un equipo capacitado para tal fin en las dos direcciones, creando circuitos integradores todos los casos descriptos probablemente hubieran tenido otra resolución.

Intervención: Contar con equipos interdisciplinarios en ambas direcciones, crear plan de capacitación para la gestión de casos y llevarla a cabo.

Las personas derivadas de Tierra del Fuego suelen prolongar sus derivaciones en el tiempo por no contar con la documentación necesaria al momento de su turno o directamente no lograr el objetivo de la derivación por no haber previsto cuestiones psicológicas o sociales que se logran constatar en CABA. Inevitablemente lo antes dicho tiene fuerte impacto no solo en el/la paciente sino también en los recursos económicos.

La obtención de turnos en prestadores de la red pública en CABA se realiza mediante circuitos específicos según sean establecidos por cada institución, por lo general estos turnos se deben solicitar con meses de anticipación, las situaciones previamente enunciadas dan por resultado la pérdida de estos o consultas fallidas en las que no se pudo avanzar en la afección de salud que lo derivó. Se desaprovechó el turno otorgado (recurso sumamente valioso en prestadores públicos) y el recurso humano que estuvo a cargo de la gestión del mismo.

Al reflexionar en el costo beneficio, un gestor de casos no solo beneficiaría la continuidad en la atención, sino que también optimizará la utilización de los recursos económicos. Este modelo persigue objetivos claros como mejorar la calidad, personalizar y dar continuidad a la atención, mejorar la accesibilidad y también racionalizar la utilización de servicios y disminuir costos. (Manual de gestión de Andalucía, 2007)

9. Propuesta de intervención

9.1. Objetivo general:

Diseñar un dispositivo de gestión de casos para el cuidado longitudinal e integral de usuarios/as derivado/a de Tierra del Fuego a CABA, sin cobertura explícita de salud, durante el periodo 2020/2021 en la DPCS-SRO/ DGPMS.

9.2 .Objetivos Específicos:

1. Establecer circuitos claros de referencia y contrarreferencia y de articulaciones inter e intrasectoriales.
2. Crear registros para transmisión eficaz de información y comunicación bidireccional entre los/as actores de los diferentes niveles.
3. Establecer mejoras en los registros existentes (entrevista de 1ª vez, de alta).
4. Fortalecer las redes mediante un mapeo de actores y recursos.
5. Elaborar plan de capacitación en gestión de casos para profesionales.
6. Implementar capacitaciones continuas para los/as profesionales del equipo interdisciplinario para la gestión de casos.
7. Crear los términos de referencia para el/la gestor/a de casos consensuados y validados con el equipo de salud interviniente.
8. Diseñar un protocolo consensuado y participativo de continuidad de casos.

10. Intervención

Enfermería es quien habitualmente se encuentra próxima al paciente, familia y comunidad, adecuando la información y actuando en base a su misión que es el cuidado integral, facilitando y promoviendo la coordinación de todas las actividades, favoreciendo el trabajo interdisciplinar y la continuidad de atención.

Si bien la Enfermería es considerada una profesión nexa, con perfil para este tipo de tarea, la misma puede delegarse en otro profesional o profesionales con formación de características similares.

La Dirección General de Prestaciones Médicas en Tierra del Fuego debería designar un/a profesional o equipo de profesionales que se ajuste a esta condición o en su defecto incorporar a Enfermería dentro de su equipo de trabajo para desempeñar este rol.

La incorporación del dispositivo de gestión de casos en ambas Direcciones (equipo interdisciplinario de CABA y el equipo multidisciplinario de Tierra del Fuego respectivamente) asociado al uso de un informe o protocolo como herramienta bidireccional durante todo el proceso asistencial en el contexto de una derivación contribuiría a garantizar la coordinación entre los/as distintos/as actores facilitando el seguimiento, favoreciendo la comunicación y ayudando a detectar y anticipar problemas (Almeida, 2007).

Sería óptimo contar con un equipo interdisciplinario en la DGPMS, pero lo considero una propuesta algo ambiciosa de llevar a cabo ya que se cuenta con equipos multidisciplinarios en ambos hospitales provinciales. Por lo antes enunciado la recomendación sería que estos equipos logren diseñar intervenciones interdisciplinarias donde se comprenda la multidimensionalidad de la salud, y a su vez, se valgan del gestor/es de casos para trabajar activamente en pos de la esperada continuidad, integralidad y longitudinalidad del cuidado y la atención.

Este modelo de gestión que propone un profesional o un equipo de salud que se responsabilice de la atención del/la paciente durante todo el proceso, coordinará la atención por todos los servicios e instituciones que integran el sistema de salud determinando el nivel adecuado de prestación de servicio verificando si el paciente

logra cumplirlos. Considero que esta sería la forma de gestión que más se ajustaría a la dinámica de atención en una derivación.

“La gestión de casos no es una profesión, es un método. Los gestores de casos provienen de distintas disciplinas: trabajo social, psicología, enfermería, mediación o educación, pero son principalmente los/as trabajadores/as sociales y enfermeros/as los que reivindican para sí la gestión de casos”. (Sarabia Sánchez, 2007-p16)

La ejecución del método de gestión de casos requiere el desarrollo de competencias que incluyan capacidades para trabajar con problemáticas complejas, con las familias y sus múltiples necesidades. El gestor de casos actuará como consejero, asesor, mediador, facilitador, defensor, administrador y evaluador por lo que es necesaria una formación específica para desempeñar este rol.

En este punto se supone que se deberá definir “quién” y “cómo” lo llevaría a cabo oficiando de recurso adecuado a la necesidad planteada. El/la profesional de Enfermería quizá sea quien se ajuste más a ese rol, por su formación, ya que es una profesión frontera, con conocimientos tanto médicos-sanitarios como administrativos próximos al paciente y su familia, con conocimiento científico propio, actuando en base a su misión que es el cuidado (papel de Enfermería en APS, Madrid 2009). De todas maneras, esto no sería excluyente ya que comparte características de su formación con otros/as profesionales.

El punto de partida será ordenar el trabajo a realizar mediante establecimiento de rutas y procesos asistenciales integrados, basados en el consenso de los/as profesionales implicados/as y en la mejor evidencia posible, la comunicación, su factibilidad y el profesionalismo, contemplando las buenas prácticas y los modelos que han funcionado. (Servicio Madrileño de Salud, Documento marco para el desarrollo de la continuidad asistencial, 2015).

Surge así la necesidad de contar con un instrumento propicio para tal fin, un informe, protocolo o documento que articule las intervenciones y unifique información acompañando al paciente y su familia durante todo este proceso dinámico que es la derivación. Se propone “El informe o guía de continuidad de casos” como herramienta integradora y válida que facilite la información sobre el proceso de salud favoreciendo una atención continua y de calidad.

El informe, guía o protocolo de continuidad de casos como parte de este proceso asistencial sería complementario a la propuesta planteada, destinado a optimizar la coordinación entre los gestores; priorizar y establecer actividades facilitando el seguimiento de los/as pacientes mediante la información pertinente sobre el proceso, satisfaciendo necesidades y expectativas.

La Revista Española de Investigaciones en el año 2011, “Continuidad de Cuidados de Enfermería a través de un protocolo Asistencial de Transferencia”. Propone un modelo de informe de continuidad de cuidados y comunicación Inter niveles que se ajustaría a la necesidad planteada. Esta presentación hace referencia al código 7960 de la Nurse International Classification (NIC) que reza: “Intercambio de Información de cuidados de salud” y cuya definición ampliada es: proporcionar información a los/as profesionales de la salud de otros centros acerca de los cuidados de un/a paciente en particular. Basado en este enunciado propone como proyecto de transferencia y derivación de los cuidados de la salud la implementación de un protocolo con el fin de reorientar los planes de cuidados en las condiciones y criterios valorados continuamente a través de este canal de comunicación diseñado.

Para poner en marcha esta propuesta será necesaria la elaboración y consenso de un protocolo en común que asegure un dispositivo de contacto permanente, estableciendo canales de continuidad y articule todos los mecanismos posibles. Apostando a la máxima operatividad con el fin de optimizar la atención del/la paciente derivado/a dando respuestas a los problemas que existen actualmente en referencia a la continuidad de cuidados.

Se pretende además que la utilización de este instrumento se vea reflejada en la calidad de las intervenciones y en el uso de recursos de manera más efectiva.

Estas incorporaciones contribuirán tanto a la satisfacción del/la paciente como a la de todos los/as actores intervinientes. Sin el recorrido ya realizado sería imposible llevarlas a cabo, quedando claro que, con el solo aporte de un gestor de casos y esta herramienta, sin un equipo interdisciplinario y el trabajo en red sustentando las actuaciones no se lograría la continuidad deseada.

10.1. Metodología de la Intervención

Se realiza una propuesta de intervención para la creación de un dispositivo de gestión de casos. Este dispositivo se fue implementando en parte en el contexto organizacional a partir del diseño realizado por la maestranda, con el objetivo de dar continuidad e integralidad a las prácticas de cuidado que se realizan. Para Olga Nirenberg (2001) las políticas, programas y proyectos sociales se formulan y ejecutan para resolver o aliviar situaciones críticas o desfavorables que padecen grupos poblacionales, las cuales no podrían resolver las personas de esos grupos en forma individual (Nirenberg, 2001)

10.2. Definición de resultados esperados e indicadores de logro

Se espera que, al finalizar la intervención en el año 2021, se obtengan los siguientes resultados:

- Contar con un Plan de capacitación en gestión de casos para profesionales de la salud elaborado y validado con el equipo.
- El 100% del plan de capacitaciones sobre gestión de casos implementado.
- 100% elaborado los Términos de referencias (TRGC) para el/la gestor/a de casos.
- 100% consensado el Protocolo de derivación donde consten circuitos claros de referencia y contra referencia y de articulaciones inter e intrasectoriales.
- 100% elaborado el registro para transmisión eficaz de información y comunicación bidireccional entre los actores de los diferentes niveles.
- 100% de propuestas de mejoras en los registros existentes (Elaboración e implementación del Registro de entrevista de 1ª vez, elaboración e implementación del Registro de alta)
- 100% Tener a disposición de los/as gestores de casos un mapeo de actores y recursos sociales y de salud.

10.3. Diseño de estrategias de intervención, actividades e identificación de las instancias responsables de la ejecución

A continuación, se presentan las principales actividades de la intervención en una tabla vinculadas con los objetivos específicos propuestos, se desglosan y especifican más abajo las actividades.

Tabla 2: Actividades de intervención

Fuente: elaboración propia de acuerdo a intervención propuesta

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | ACTIVIDADES (*) |
|--|--|
| Establecer circuitos claros de referencia y contra referencia y de articulaciones inter e intrasectoriales. | <ul style="list-style-type: none"> -Identificar actores principales. -Mapeo de involucrados. |
| Crear registros para transmisión eficaz de información y comunicación bidireccional entre los actores de los diferentes niveles. | <ul style="list-style-type: none"> -Reuniones de equipo/puesta en común -Consenso para la creación de un único protocolo. |
| Establecer mejoras en los registros existentes (entrevista de 1ª vez, de alta). | <ul style="list-style-type: none"> -Reuniones con actores claves de ambas direcciones. -Puesta en común de debilidades y fortalezas de los registros en uso. |
| Fortalecer las redes mediante un mapeo de actores y recursos. | <ul style="list-style-type: none"> -Identificar actores y recursos en ambas provincias. Crear nuevas redes. -Establecer un recursero en común. -Asegurar que sea conocido por todos los actores intervinientes. |
| Elaborar plan de capacitación en gestión de casos para profesionales. | <ul style="list-style-type: none"> -Crear comité de docencia. -Identificar principales contenidos. -Identificar capacitadores. |

| | |
|---|--|
| <p>Implementar capacitaciones continuas para los/as profesionales del equipo interdisciplinario para la gestión de casos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Facilitar las horas/días de capacitación en horario de trabajo. -Proveer de recursos financieros/materiales necesarios. |
| <p>Crear los términos de referencia para el/la gestor/a de casos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Propiciar debates con actores involucrados para determinar términos de referencia. -Puesta en común y armado de documento. |
| <p>Diseñar un protocolo consensuado y participativo de continuidad de casos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> -Reuniones de equipo para discusión en ambas Direcciones. -Creación del documento que cumpla las expectativas. |

11. Actividades de la intervención propuesta:

11.1. Intervención: Elaboración de Términos de Referencia del Gestor/a de casos

A partir de las recomendaciones se propone trabajar en la elaboración de los Términos de Referencia del Gestor/a de casos, tomando como base los elaborados por María Natalia Echevoyemberry, Schelica Mozanbacyck, Florencia Pasqualini (2016) para ACUMAR, realizando adecuaciones a éstos para el contexto de la intervención específica. (Se presenta uno de los términos de Referencia que se utilizó en el Anexo VII).

Basado en este modelo se hace a continuación la propia propuesta de Términos de referencia para el dispositivo de gestión de casos, el que seguirá los siguientes lineamientos:

- 1- La estrategia abordará problemáticas individuales y familiares de una población concreta, la de fueguinos con necesidad de derivación a CABA. Los diagnósticos serán realizados por los equipos interdisciplinarios de ambas direcciones. Se diseñará el proceso de valoración y planificación a través de la entrevista inicial, relacionando las circunstancias de la persona con la necesidad asistencial. Se trazará entonces un plan proporcionando la estructura del cuidado y asegurando que los diferentes objetivos estén alineados.
- 2- Se propondrá como enfoque de la metodología a utilizar el PAE (proceso de atención de enfermería) que es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados, eje de todos los abordajes, el proceso promueve cuidados humanísticos centrados en la persona y en objetivos eficaces. (Rev. Mex. Enf. Cardiológica, 2002) El mismo deberá examinarse continuamente para replantear la necesidad del usuario/a acorde a al momento o circunstancia.
- 3- Se actuará sobre la complejidad de cada realidad presentada, accionando en situaciones como: seguimiento y articulación con los distintos organismos, acceso a los servicios de salud, a atención psicológica, actuación en menores en situación de riesgo, escolarización y en tramitaciones varias de seguridad social como la gestión de DNI, certificado de Discapacidad, etc. Asumiendo la

responsabilidad de apoyo continuo al transitar por el sistema organizando y coordinando la atención como complemento de los equipos de referencia.

4- Las características que deberá tener esta estratégica serán similares a las del PAE; (Vicenta, 2016) a saber:

-Sistemático: Realizar acciones acordes a cada una de las cinco fases (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación)

-Dinámico: Poder moverse entre las distintas fases del proceso, combinando actividades. Re planificando según la necesidad del momento o el problema emergente de la persona que demanda los cuidados de salud.

-Humanístico: Planificar y ejecutar los cuidados teniendo en cuenta los intereses, necesidades, valores y deseos específicos del derivado y su familia.

11.2. Términos de Referencia:

Cuadro 1: Términos Referencia

| |
|---|
| <p>1. Nombre del puesto: Gestor/a de casos</p> <p>2. Lugar:</p> <p>Lugar de prestación de servicios: DGPMS y DPCS-SRO.</p> <p>Las actividades podrán tener diferentes escenarios (intra y extramuros) cumplimentando un total de 8 hs. diarias.</p> <p>3. Horario:</p> <p>Horario a especificar: 8 a 16/ 9a17/ 10 a 18 hs.</p> <p>Carga horaria: 40 horas semanales</p> <p>4. Requisitos:</p> <p>El o la gestora de casos deberá cumplir los siguientes requisitos:</p> <p>A. Profesional Enfermero, Trabajador social o formación afín.</p> <p>B. Con o sin experiencia en coordinación de servicios.</p> <p>C. Disposición para el trabajo interdisciplinario.</p> <p>5. Línea de autoridad: -reporta al director o a quien este designe como referente.</p> |
|---|

6. Funciones, misiones y actividades:

- A. Presta servicios e interacción directa con las personas, familias, comunidad, instituciones de salud, organizaciones y áreas de protección.
- B. Realiza intervenciones de prevención y promoción de la salud.
- C. Realiza entrevistas e intervenciones a fin de apoyar seguimientos y demandas tanto clínicas como socio-ambientales.
- D. Organiza sus actividades intra y extramuros.
- E. Planifica la atención integrada, coordinada y continua durante todo el proceso de derivación.
- F. Se posiciona como enlace fortaleciendo las respuestas de los diferentes sectores.
- G. Evalúa continuamente el plan de atención y re planifica el mismo.
- H. Participa del diseño del Plan de Capacitación, informa sobre necesidades y prioridades de formación.
- I. Actualizar el mapeo de actores estratégicos y de recursos disponibles.

7. Requerimientos de la prestación de servicio:

Actitudes:

- A. Compromiso con la efectivización de los derechos de salud de la comunidad.
- B. Respeto y ética profesional.
- C. Actitud positiva y colaborativa hacia el trabajo interdisciplinario.
- D. Motivación para la capacitación continua.

Capacidades: (presentes o a desarrollar en la capacitación)

- A. Habilidad para contextualizar sus intervenciones.
- B. Habilidad para establecer vínculos y comunicación efectiva con todos los actores.
- C. Habilidad y disponibilidad en la identificación y creación de redes.
- D. Capacidad para diseñar y difundir técnicas de promoción y cuidado para la salud.
- E. Conocimiento del perfil epidemiológico de la comunidad con la que trabaja.
- F. Capacidad para la reflexión y autoevaluación de su propia praxis.

8. Conocimientos deseables (presentes o a desarrollar en el plan de capacitación)

- A. Conocimiento de salud Pública

B. APS

C. Manejo de la estratificación de la complejidad y sus necesidades.

D. Conocimiento de plan de cuidados.

E. Identificación de servicios y/o recursos de apoyo al cuidado.

F. Manejo en la utilización de servicios.

G. Conocimientos básicos de medicación, dispositivos y pruebas complementarias.

H. Técnicas de comunicación efectiva.

I. Educación para la salud. (Prevención, manejo de afrontamiento a situaciones, etc.)

J. Enfoque de derechos y género en salud pública.

9. Relaciones internas: en el diseño del plan de gestión del caso se mantendrá contacto continuo con el equipo interdisciplinario

10. Relaciones externas: interactúa con personas, familias, organizaciones, instituciones de salud, profesionales, actores sociales y gubernamentales.

11. Responsabilidades exigibles: desarrollar el proceso de gestión de casos, mediante la valoración, diseño de plan y coordinación de intervenciones. Mantener la confidencialidad de la información que produce o maneja.

12. Requisitos formales:

DNI

Título habilitante

Matrícula Nacional y Provincial

CV

11.3. Plan de Capacitación

A continuación, se presentan los contenidos mínimos que deberán formar parte de la capacitación para el/la gestor/a de casos, como también para el resto del equipo interdisciplinario de la organización:

Hunter, 1988 explica que el requisito fundamental para ser gestor de casos es querer ser gestor de casos. (Porrás; Sánchez, 2014).

Cuadro 2: Contenidos Capacitación

Contenidos mínimos de la capacitación:

1. Modelo de gestión, modelo de atención, modelo de financiamiento. Sistema de salud. Niveles de atención
2. Atención integral-**APS**
3. Promoción de la salud
4. Cuidado longitudinal- **PAE**
5. 5 etapas del **PAE** (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación)
6. Trabajo en equipo interdisciplinario
7. Trabajo social comunitario
8. Comunicación en salud
9. Enfoque de derechos humanos, interculturalidad y género en el campo de la salud colectiva
10. Redes de salud. Redes integrales en salud
11. Autonomía-autocuidado. Legitimación de prácticas de autocuidado
12. Continuidad de atención
13. Enfoque biopsicosocial
14. Referencia y contra referencia.
15. Liderazgo y entornos saludables
16. Capacidad de gestión.

(+) Estos contenidos son establecidos de manera provisoria, los contenidos definitivos serán consensuados y validados con la totalidad del equipo interviniente.

11.4. Recursero y mapeo de actores

A los fines de esta intervención se elaborará un recursero de instituciones y un mapeo de actores relevantes en la temática, como sigue:

El equipo de gestión de casos realizará articulaciones con las áreas responsables de los problemas detectados: Ministerio de Salud Provincial, Desarrollo Social, Hospitales Provinciales y Nacionales, CAPS, Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), áreas de protección de derechos, defensorías del pueblo, secretarías de educación.

Se presentan los datos mínimos que contendrá este mapeo:

- Directores de la DCS-SRO y de la DPMS pertenecientes al Gobierno de Tierra del Fuego.
- Hospitales e Instituciones de salud Públicas (HRU, HRRG y CAPS) y privadas de la Provincia de Tierra del Fuego.
- Hospitales e Instituciones de Salud Nacionales.
- Proveedores de insumos, medicamentos, etc. provinciales y nacionales.
- Instituciones y entes sociales y de protección Provinciales y Nacionales. (Registro Nacional de personas, Planes nacionales, Instituto Nacional de viviendas, etc.)

A los fines del Recursero se elaborará una Grilla y se georeferenciará la información, contendrá tantos actores del sector salud, como de otros sectores (trabajo, desarrollo social, áreas de protección y asistencia, etc.)

11.5. Establecimiento de circuitos de Referencia y Contrarreferencia

A los fines de optimizar los circuitos toda la información referente al derivado/a será centralizada en el equipo o profesional gestor/a de casos quién referenciará la misma a su par. Al momento de la contrarreferencia será a la inversa donde el otro equipo/profesional gestor de casos será quien transmita y transfiera toda la información referente al caso al primer gestor.

Institución (genera la derivación en T. de F) >DGPMS (gestor de casos)> DPCS-SRO (gestor de casos) > Institución (a donde fue derivado en CABA))> Gestor de casos de la DPCS-SRO> Gestor de Casos de la DGPMS.

11.6. Registros para la transmisión eficaz de información y comunicación bidireccional.

La continuidad de cuidados se podrá lograr a través de un protocolo asistencial de transferencia de cuidados mediante el cual se proporcione información a los/as profesionales de la salud de ambas direcciones acerca del derivado/a, con el fin de reorientar de ser necesario el plan de cuidados según las condiciones y criterios valorados continuamente a través de este canal de comunicación diseñado. El mismo establecerá canales de continuidad y articulará los mecanismos posibles apostando a la máxima operatividad con el fin de dar respuestas a los problemas existentes en referencia al proceso de derivación.

Los lineamientos que se tendrán en cuenta para la confección del protocolo asistencial de transferencia de cuidados se elaborarán, consensuarán y validarán con los equipos de ambas provincias. Para esto, se propone realizar reuniones participativas en ambas ciudades mediante comisiones de servicio en las que los/as actores claves o principales puedan consensuar encuentros en los que se haga participes también a los/as actores embebidos de ambos equipos posibilitando el intercambio de ideas y unificación de criterios para diseñar el mencionado protocolo.

11.7. Mejora en los registros existentes (entrevista de 1ª vez, de alta)

La maestranda formó parte del equipo de la DCS-SRO donde se diseñó e implementó el uso de la entrevista de primera vez en el año 2017(Anexo N° III).

Este registro consta de tres apartados, el 1ro hace referencia a los datos del derivado y todo lo referente a lo médico, el 2do hace hincapié en lo social y el último aborda lo psicológico. Este solo se implementó en la DCS-SRO, su uso es acotado al tiempo que dura la estadía del derivado en CABA, no circula, queda como documento en el legajo del derivado/a en la DCS-SRO.

El mencionado registro puede ser parte del protocolo a diseñar ya que el mismo aborda la totalidad de la problemática, realiza una exhaustiva valoración de la persona

con datos concretos que permiten planificar las intervenciones y cuidados necesarios. Será necesario realizar los ajustes necesarios e implementarlo haciendo uso de este en ambos equipos como un único documento de continuidad de cuidados.

La hoja de alta, (Anexo N° IV) es un documento que circula desde la DCS-SRO a la DGPMS, que pretende ser la información que dé continuidad a la atención del derivado/a. Este documento es muy acotado, basado en una mirada biológica, orientado solo a la afección de la salud que justificó la derivación, desatendiendo al resto de la persona y su problemática. Deberían unificarse ambos documentos preexistentes logrando un protocolo superador que los incluya. Describiendo en un mismo informe o protocolo los comentarios referentes a la conclusión o cierre de derivación y pendientes desde el enfoque interdisciplinar.

Ambos registros ya se encuentran en uso en la DCS-SRO y se presentan en los anexos III y IV: (Registro de evaluación inicial: entrevista de primera vez y Registro de alta).

12. Actividades programadas

12.1. Responsables de la ejecución

1- Elaboración de términos de referencia.

Responsable de ejecución: Autoridad gubernamental/ directores de ambas ciudades

2- Plan de capacitación.

Responsable de ejecución: Directores de ambas ciudades

3- Recursero y mapeo de actores.

Responsable de ejecución: Directores de ambas ciudades

4- Establecimiento de circuitos de referencia y contra referencia.

Responsable de ejecución: Directores de ambas direcciones

5- Registros para la transmisión eficaz de información y comunicación bidireccional.

Responsable de ejecución: Directores de ambas ciudades

6- Mejora en los registros existentes (entrevista de 1ª vez, hoja de alta).

Responsable de ejecución: Directores de ambas ciudades

7- Diseño de protocolo consensuado y participativo para la continuidad de casos.

Responsable de ejecución: Directores de ambas ciudades.

12.2. Cronograma tentativo de implementación de actividades:

Tabla 3: Implementación de actividades propuestas

Fuente: elaboración propia

| Actividades | Meses- Año 2020-2021 | | | | | | | |
|--|----------------------|------|-------|---------|-------|------|------|------|
| | 8/20 | 9/20 | 10/20 | 11/2020 | 12/20 | 1/21 | 2/21 | 3/21 |
| Presentar borrador de TDR y solicitar comentarios a los actores principales de ambas direcciones | X | X | | | | | | |
| Revisión y versión final de TDR | | X | | | | | | |
| Realizar programa de Capacitaciones | | X | | | | | | |
| Implementar en su totalidad el programa de capacitación | | | X | X | X | | | |
| Personal de salud capacitado en gestión de casos. | | | | | | X | | |
| Encuentros para discusión, análisis y preparación de nuevo instrumento con actores de ambas direcciones. | | | | | | X | X | |
| Finalización de protocolo consensuado. | | | | | | | X | |
| Puesta en marcha de la propuesta. | | | | | | | | X |

12.3. Presupuesto tentativo de implementación:

Se tienen en cuenta para la implementación de la intervención los siguientes rubros:

Aéreos y viáticos para traslados y movilización de actores involucrados para reuniones de equipos. (Mínimo 2 representantes). Un encuentro en cada ciudad. 120.000 pesos aproximadamente.

Se prevé realizar encuentros mensuales de planificación y coordinación de modo virtual, utilizando las plataformas digitales ya existentes de la organización, con lo cual no hay costos adicionales.

Material científico y didáctico (fotocopias, etc.): 5.000 pesos aproximadamente

Recurso humano (profesionales de las distintas disciplinas). Sin costo adicional. Se trabajará en las capacitaciones con personal de la propia organización, no se contratarán externos.

Se utilizarán las instalaciones comunes incluyendo PC, aulas, etc.

12.4. Planeamiento de la Evaluación. Preguntas que guiarán la evaluación de la propuesta:

A continuación, se presenta el planteamiento de la evaluación de la intervención propuesta. La evaluación se realizará teniendo en cuenta los dominios de proceso y de resultado y las dimensiones de calidad, cuidado longitudinal y accesibilidad. Se realizan las siguientes preguntas que guiarán la evaluación de la propuesta de intervención:

- a. ¿El dispositivo de gestión de casos sirvió para brindar cuidado longitudinal a las personas sin cobertura explícita de salud derivadas desde Tierra del Fuego a CABA?
- b. ¿La asistencia brindada a los usuarios/as durante todo el proceso de derivación ha sido efectiva, eficiente e integral?
- c. ¿Las capacitaciones realizadas sirvieron para comprender el dispositivo de gestión de casos?

- d. ¿El dispositivo de gestión de casos mejoró la accesibilidad a los servicios garantizando la continuidad de la atención en las transiciones entre profesionales, intervenciones, niveles asistenciales y sectores implicados?
- e. Los protocolos de derivación y articulación ¿sirvieron para la efectiva derivación de pacientes y para fortalecer la red de prestadores?

13. Recomendaciones y propuesta

A continuación, y a partir del análisis de la información recabada y de la inserción profesional de la maestranda, se formulan las siguientes recomendaciones de gestión:

Si bien los resultados de la implementación de la gestión de casos son incipientes en la organización, dicho modelo es recomendado por distintas organizaciones que lo han implementado. La expectativa es poder generar información para mejorar la calidad de atención y brindar continuidad del cuidado a partir de una visión longitudinal, integradora, teniendo en cuenta a la persona en su contexto, familia, comunidad y entorno.

Se establece como recomendación unnexo, equipo o profesional integrador o de enlace, en ambas direcciones (DPCS-SRO y DGPMS), un dispositivo de “Gestión de casos”, que logre la coordinación y conexión entre las diferentes disciplinas como así también la implementación de un protocolo, informe o guía de derivación único como canal de comunicación entre niveles.

El desarrollo de este trabajo de investigación permitió profundizar la importancia del conocimiento de un modelo o propuesta como la de gestión de casos, con el convencimiento que la implementación de esta herramienta de gestión mejorará y jerarquizará el proceso de derivación en su totalidad abordando los múltiples aspectos dando respuesta a la fragmentación del cuidado en esta etapa de atención tan particular que ya que de por sí es un proceso traumático tanto emocional, como físico y social.

Considero que la propuesta es viable ya que en la DCS-SRO se están realizando tareas que acuerdan con esta manera de gestionar. Cabe mencionar además la predisposición del equipo y del director que ha propiciado continuamente el trabajo interdisciplinario mostrándose como un agente de cambio, jerarquizando el proceso de derivación reformulándolo en un marco de cuidados para la población fueguina bregando porque este no se convierta solo una mera transición entre la atención brindada por los distintos servicios.

A partir de la experiencia en lo que se ha trabajado, este dispositivo reorienta el modelo de atención permitiendo un cuidado integral y personalizado enfocado al conjunto de problemas y necesidades derivadas de la salud, incluyendo una valoración multidimensional, con intervenciones y coordinación de la atención bajo una mirada interdisciplinar. La figura del/la gestor/a de casos, delegada en un único profesional genera ciertos conflictos interprofesionales e interpersonales entre enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales poniéndose en juego la cuestión del poder reflejándose en el clima laboral y la predisposición a realizar la tarea. Es por esto que, a la luz del camino recorrido, se recomienda que sea un equipo interdisciplinario el que cumpla esta función y no recaiga sobre una persona o profesional específico.

Lo antes dicho se constituirá en un aprendizaje más para el equipo de profesionales que requerirá de una actitud de humildad, escucha hacia el otro, e incorporación de otras miradas. Será aconsejable entonces, generar en ambas Direcciones una masa crítica de profesionales convencidos de la importancia del cuidado integral y longitudinal apostando a un modelo de decisiones compartidas en un marco social de alianzas y valores comunes a la ciudadanía y profesionales de la salud.

Se recomienda también de manera complementaria un instrumento facilitador (protocolo o guía de comunicación bidireccional) que permita conocer en profundidad los datos fundamentales del derivado/a en términos no solo médicos. Este protocolo quizá sea muy extenso para obtener datos con otras finalidades por lo que se sugiere además la incorporación de un sistema de data entry especializado en la DGPMS similar al que se utiliza en la DCS-SRO ya que es una herramienta óptima para generar datos o patrones de repetición capaces de producir información que colaborará en la toma de decisiones clínicas y estadísticas futuras.

En síntesis, conforme fue analizado en distintos apartados de este trabajo es necesario para implementar la gestión de casos y dar respuesta a las problemáticas de falta de continuidad en la atención e integralidad que:

- 1- Los equipos sean conformados de manera interdisciplinaria.

- 2- Que el proceso de atención y cuidado sea percibido y abordado de manera integral entre la sede de Tierra del Fuego y CABA.
- 3- Que se generen capacitaciones continuas para poder articular de manera interdisciplinaria e intersectorial.
- 4- Que se logre el empoderamiento de los y las usuarias/os para que puedan colocarse en el lugar de exigibilidad.
- 5- Que se realicen mejoras de los instrumentos de generación de datos y su procesamiento para la toma de decisiones.

14. Consideraciones éticas

Se trabajó con documentación que fue solicitada oportunamente a fuentes institucionales, haciendo uso de la misma con responsabilidad y a solo fines del trabajo investigativo.

Previo a la realización del proyecto se realizaron entrevistas a la totalidad del equipo interdisciplinario de la DPCS-SRO, las mismas fueron anónimas y se tomó consentimiento informado antes de efectuarlas.

En los enunciados citados como ejemplos de casos concretos de pacientes derivados con problemáticas varias, se resguardo la identidad de los mismos utilizando iniciales de fantasía o ficticias.

15. Conclusión

A partir de los problemas de gestión identificados en el contexto organizacional, como: la falta de continuidad en el cuidado; asistencia fragmentada de distintos prestadores, falta de inserción oportuna en el nivel de complejidad que el/la usuario/a requiere, entre otros, se diseñó un dispositivo: GESTIÓN DE CASOS que sirve de herramienta en la dinámica del proceso que experimentan ciudadanos/as fueguinos derivados a Buenos Aires, por un problema de salud que no puede ser resuelto en el ámbito Provincial, con la cobertura del Gobierno de Tierra del Fuego.

Se considera que este trabajo permitió profundizar el conocimiento del modelo de gestión de casos, y no sólo generar una propuesta en abstracto, sino que también se logró implementar paulatinamente en la organización. La implementación de esta con todo el alcance y extensión desarrollados en este trabajo va a depender de aspectos vinculados con la factibilidad técnica, política y económica. La integralidad y longitudinalidad en salud requieren de una fuerte voluntad política para aplicarse en los contextos locales.

Actualmente, el dispositivo se encuentra en etapa de evaluación para ver si ha contribuido (o no) en la mejora del proceso de atención y cuidado de los/as pacientes derivados/as y si a partir de éste se logró mejorar la continuidad e integralidad.

Queda en evidencia que se requiere de una atención flexible, integral y cercana ante situaciones tan singulares y complejas como lo es una derivación. A la luz de los diferentes aportes conceptuales se concluye que la tarea realizada por la DPCS-SRO pareciera estar bien orientada incorporando como herramienta la gestión de casos.

La maestría en gestión de Servicios y Sistemas de Salud (MGSS) ha sido un importante aporte al desempeño laboral de la maestranda ya que a medida que se recorrían los distintos seminarios, se lograba contextualizar e incorporar el aprendizaje en el trabajo del día a día surgiendo esta propuesta a partir del análisis crítico de los problemas de salud en el contexto organizacional.

Así se logró relacionar la teoría con la problemática observada en el ámbito laboral y a partir de esto reflexionar en los cambios que podrían favorecer la tarea desempeñada, aportando conceptos, ideas, reflexiones y métodos, incentivándolos a

experimentar algunos de estos cambios que, de hecho, con el apoyo, predisposición y anuencia del director han servido como primer paso del trabajo propuesto.

Dentro de los principales aportes de este trabajo se considera que es tanto el diseño como la implementación de la gestión de casos en la organización en la que estoy inserta. Entendiendo por gestión de casos, no una figura individual sino un equipo interdisciplinario que apoya permanentemente la continuidad del cuidado longitudinal, cuyo abordaje de problemáticas serán colectivas. Es decir, aun cuando el equipo gestor de casos atienda un caso individual buscará patrones de repetición o de vulnerabilidad que son comunes a más casos.

El presente ha sido valioso no sólo en términos de resultados o producto, sino en términos de procesos participativos y consensuados que se dieron en estos casi dos años con el equipo de salud para lograr primero el diseño y luego su implementación.

Es preciso e ineludible citar a Tobar: “No hay gestión de cosas, solo de personas, de voluntades y de acciones (...) Sólo las personas generan cambios organizativos. Lo hacen cuando introyectan conductas, cuando sincronizan sus acciones hacia un rumbo determinado y diferente del anterior, cuando comienzan a pensar, a actuar, a querer y a sentir distinto (...) No hay cambios a partir de las herramientas. Sólo hay cambios en las personas” (Tobar, 2002, p. 20).

Se sugieren algunas líneas para profundizar en la generación de conocimientos como: 1) analizar y evaluar la calidad de atención desde la perspectiva de los/as usuarios/as de los servicios durante el proceso completo de la derivación; 2) incorporar análisis desde la perspectiva de género tanto en relación a los servicios como a los y las usuarios/as.

Por último, la MGSS ha sido un elemento fundamental al incrementar las competencias profesionales de la maestranda para elaborar esta propuesta tanto en lo teórico, como en lo metodológico.

16. Bibliografía

- AbouZahr, C y Boerma, T. (2005). Sistemas de Información en Salud: los fundamentos de la salud Pública. Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 83, 578-583.
- Acumar- Gestión de casos individuales (ente interjurisdiccional de derecho público creado por la ley Nac. 26.168 del Poder ejecutivo Nac. Y adherido por las legislaturas de la Prov. De Bs y CABA. Disponible: PISA 2016. ACUMAR
- Alvim, Nat. (2013) Salud en la perspectiva de la integralidad Oct-Dic.; 17(4): 599-602.
- Carbajal Escobar, Y. (2010) Interdisciplinariedad; desafío para la educación Superior y la Investigación en internet <http://lunazul.ucaldas.edu.co/index.php?option:content&task=view&d:576>
- Dávila, A. (2007) Comprender íntegramente al ser humano. Revista de Atención Primaria de la Salud, 4 (7).
- De Alma Ata, D. (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Alma Ata, URSS, 6-12.
- DE, P., & DE LA COMUNIDAD, D. M. Papel de Enfermería en Atención Primaria.
- Documento marco para el desarrollo de la continuidad asistencial en la comunidad de Madrid, 2015- P: 16-20. Servicio madrileño de salud. Edición 1.
- Echegoyemberry, M.N., Schelica Mozanbacyck, Pasqualini, F. (2016) para ACUMAR
- Echegoyemberry, M.N.; Castiglia, G.; Yavich, N.; Báscolo, P.; (2018) Desafíos de la implementación de la atención primaria de la salud desde el enfoque de Derechos Humanos; Universidad Autónoma de Chiapas; Espacio j+D. Innovación más Desarrollo; VI; 15; 10-2017; 10-32.
- Fernández; Moreno, A; Perejón; Guerra, MD. (2007) Enfermeras Hospitalarias de enlaces (Gestoras de Casos) Enf. Global. 2007; 6 (10) 1-11
- García-Abad Martínez, M.P. (2012) Coordinación e implementación de estrategias en la continuidad de cuidados (Doctoral Dissertation, Universidad Complutense de Madrid)
- Gervas, J., & Ortun, V. (1995) Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Atención primaria, 16, 501-507.

- Hernández, M.D.J.P. (2002). Operacionalización del proceso de atención de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 10 (2), 62-66.
- Holoand R., Battersby J., Harvey I., Lenaghan E., Smith J., Hay L. (2005). Systematic review of Multidisciplinary Intervention in heart failure. *Heart*. 2005;91(7): 899-906
- INDEC, D. (2010). Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas.
- Juárez, A.; Tessio, M.; Ferrandini, D. (2012). Algunos problemas de salud complejos. Edición a cargo de G, Orsi-1° ed.-Bs As, 2012. Ministerio de Salud de Nación.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians: A working document. Ottawa. Information Canadá.
- Luna lombardo, Marco Aurelio. (2012). Perfil Epidemiológico del traslado de pacientes a centro de mayor complejidad: Hospital Zonal Chos Malal. Prov. de Neuquén. Trienio 2008-2011 [en línea]. Universidad Nacional de Lanús .Dpto. de Salud Comunitaria. Disponible: <http://WWW.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/033628-Lunalombardo.pdf>.
- Manual de Gestión de Casos de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Enfermera Gestora de casos en APS- Sevilla: la junta 2007. [consultado 2010 julio] www.juntadeandalucia.es/
- Martínez, M.P.G.A. (2010). Enfermera Gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados. *Reduca (enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 2 (1).
- Ministerio de Salud de La Nación-Programa FEAPS-REMEDIAR. [documento na internet].[acceso 2010 jun 4] Disponible en: <http://WWW.msal.gov.ar/htm/site/prog-FEAPS.asp>
- Moreno, G.A. (2008). La definición de Salud de la Organización Mundial de la Salud y la Interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9 (1), 93-107.
- Nirenberg, O. (2001, November). Nuevos enfoques en la evaluación de proyectos y programas sociales. In VI Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Buenos Aires, Argentina.

- Norris S., Nichols P.J., Caspersen C.J., Glasgow R.E., Engelgau M.M., Jak L., et al. (2002) the effectiveness of disease and case management for people with diabetes. A systematic review. *Am J Prev Med.* 2002;22(4 Suppl): 15-38
- OMS, 2005 - Agost Felip, M.R, & Martin Alonso, L (2012). Acercamiento al papel de los procesos de exclusión social y su relación con la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38, 126-140.
- Orsi, M.C, Rasetto, N.D.C., & Sarli, M. (2000). Consenso sobre traslado de niños críticamente enfermos. *Arch. Argent. Pediatr*, 98 (6), 415.
- panamericaine de la Sante, O. (2010). Redes Integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas [Internet]. Washington (DC): OPS.
- Park, S. y Abrams, R. (2019). Celebraciones del 40 cumpleaños de Alma- Ata y la Declaración de Astana sobre Atención Primaria de Salud 2018
- Paz; Galdeano, N; Garrido, M; Lacido, M; Martin; Morales, JM; et al. (2007) Comisión para el desarrollo de la enfermería en el Servicio Andaluz de la salud. Continuidad de cuidados en Atención especializada y Atención Primaria. Sevilla- Conserjería de Salud,1999 (consultado 2011, Febrero) www.indixf.com/lascasa/documentos/lc_0229.pdf
- Porras, J.A, & Sánchez, J.C. (2014). Las estrategias de proximidad y centradas en la persona como alternativa a la fragmentación en la atención. *Documentos de trabajo social; Revista de trabajo y acción social*, (54), 7-25.
- Referencia y contrarreferencia. Comité de referencia y contrarreferencia. Manual de Referencia y Contrarreferencia. La Paz; hospital La Paz, 2008. P 11
- Retamar, Almendros, Espina, (2018) .Memorias del XXXIII-Congreso Nacional de Medicina General- Abril 2018. Título: “Abordaje integral e Interdisciplinario de personas derivadas desde la Provincia de Tierra del Fuego a Buenos Aires con cobertura del sistema de salud público Fueguino”
- *Revista Española de Investigaciones quirúrgicas. Spanish journal surgical research.* Vol. XIV, núm. Z, Año 2011. Disponible en <https://www.repositoriosalud.ca/handle/10668/1052>
- Rosas Prieto, Moisés A., Zarate N., Víctor & Cuba Fuentes, M.S. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (APS): una visión desde la Medicina Familiar. *Acta Médica Peruana*, 30(1), 42-47.

- Rovere, M. (1999) Redes en salud: un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Editora Secretaría de Salud Pública/AMR
- Sarabia Sánchez, A. (SIPOSO) La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional, Madrid, Oct 2006. Abendua Diciembre 2007.
- Starfield, B. & Aspachs, J.P. (2001). Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson
- Stolkiner, A. (2005) Interdisciplina y Salud Mental “Art. Presentado en las IX Jornadas Nacionales de Salud Mental: estrategias posibles en la Argentina de hoy”
- Talamantes, C.S., Chulia, V.S., Poveda, M.F., Izquierdo, A. M., Andrés, M.P., Hernández, E.G., & Zamorano, M.A. (2007).Continuidad de cuidados: alta de enfermería. Enfermería en cardiología: revista científica e informativa de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, (41) ,35-40.
- Testa, M. (1998). Atención ¿Primaria o primitiva? de la Salud. Segundas jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Grupo Editor de las jornadas, 75-90
- Tobar, F. (2002). Modelos de gestión en salud. Buenos Aires, 43-49
- Trujillo, N. R. (2000) Selección efectiva del personal basada en Competencias. Revista do Servicio Publico, 51(3), 99-120.
- Vicenta, G.M. (2016). Proceso de Enfermería una visión general.

17. Anexos

Anexo N° I: Resolución 182/12

Anexo N° II: Resolución 228/1919

Anexo N° III: Entrevista de 1a vez

Anexo N° IV: Registro: hoja de alta

Anexo N° V: Encuesta de calidad de atención

Anexo N° VI: Registro Observacional participante; Consentimiento informado y entrevistas al equipo Interdisciplinario.

Anexo N° VII: ACUMAR (Términos de Referencia)



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
MINISTERIO DE SALUD

"2012 en Memoria de los Héroes de Malvinas"

USHUAIA,

000182
30 MAR 2012

VISTO el Expediente N° 4110-MS/12 del registro de esta Gobernación; y

CONSIDERANDO:

Que mediante el mismo se tramita la aprobación de las Normas para el procedimiento de Prestaciones Médicas por Atención de Mayor Complejidad dentro y fuera de la Provincia.

Que es de fundamental importancia articular las acciones que lleva a cabo el Estado Provincial, efectores públicos y privados de salud, para la atención de los pacientes en los que existen responsabilidades compartidas sea correcta y oportuna, cuando requieren la cobertura médica por atención de mayor complejidad.

Que mediante Resolución S.S.P. N° 708/02 se aprobó la "Norma para el diligenciamiento administrativo de los pedidos de informes" y por su similar N° 1327/04 se aprobaron su modificatoria en los incisos 1 y 4 del Anexo I de la misma.

Que mediante Resolución M.S. N° 265/07, artículo 2°, Anexo B, se aprobaron las "Normas de Procedimientos para las Evacuaciones Aeromédicas".

Que por Resolución M.S. N° 221/09 se aprobaron los Formularios de Prestación Médica y Derivaciones a fin de normalizar la documentación respaldatoria para la rendición de gastos y/o erogaciones producto ello de derivaciones médicas y practicas extrahospitalarias.

Que en reuniones realizadas entre los responsables de las áreas que les compete intervenir en una prestación médica por atención de mayor complejidad – Directivos de los Hospitales Públicos, Jefes de los Servicios Sociales, Auditores Médicos, Jefes de la Dirección de Prestaciones Medicamentos y Tecnología, Directivos de la Representación Oficial de Gobierno en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del área de Salud y colaboradores técnicos – se alcanzó un consenso a fin de normalizar los procedimientos médicos y administrativos.

Que por lo expuesto se hace necesario dictar el presente acto administrativo.

Que la suscripta se encuentra facultada para el dictado de la presente norma legal en virtud de lo dispuesto por la Ley Provincial N° 859, artículo 16° y Decreto Provincial N° 3034/11.

Por ello:

LA MINISTRO DE SALUD

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Aprobar las Normas para el procedimiento de Prestaciones Médicas por Atención de Mayor Complejidad, dentro y fuera de la Provincia, detalladas en el Anexo I, que forma parte de la presente. Ello por los motivos expuestos en los considerandos.

ARTÍCULO 2°.- Aprobar los Formularios que como Anexo II "Solicitud de Prestaciones Médicas por Atención de Mayor Complejidad", Anexo III "Evaluación Servicios Social", Anexo IV "Conformidad con las condiciones de la

.../1.-

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sanwich del Sur, son y serán Argentinas"



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina
MINISTERIO DE SALUD

"2012 EN MEMORIA A LOS HEROES DE MALVINAS"

"2012 en Memoria de los Héroes de Malvinas"

/...1.-

Derivación para el paciente", Anexo V "Conformidad con las condiciones de la Derivación para el acompañante", Anexo VI "Formulario de Seguimiento Médico del paciente derivado" y Anexo VII "Informe de Alta Médica", que forman parte integrante de la presente. Ello por los motivos expuestos en los considerandos.

ARTÍCULO 3º.- Asignar a las Direcciones Generales y Direcciones Médicas de los hospitales públicos de la provincia y Centros Asistenciales de la Salud, la responsabilidad de difundir las Normas y la provisión del Formulario Anexo II a todos los profesionales en los consultorios de atención al pacientes ambulatorio, guardia e internación.


ARTÍCULO 4º.- Comunicar, dar al Boletín Oficial de la Provincia y archivar.

RESOLUCIÓN M.S. N°

000182

/12.-

| |
|--------|
| M.S. |
| L. CIA |
| |
| |


Dra. María Haydee GRIECO
Ministerio de Salud

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sanwich del Sur, son y serán Argentinas"



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

000182

- Atención médica: según lo requerido por el servicio médico y la condición social del paciente.
- Medicamentos:
 - Provisión de medicamentos indicados durante la derivación.
 - En el caso de enfermedades preexistentes es necesaria la mención del tratamiento farmacológico correspondiente, con el aval médico pertinente a fin de dar continuidad al tratamiento.
- Acompañante: de la evaluación de aspectos sociales, fundamentar la necesidad de un acompañante. Asimismo **debe realizar la evaluación de la aptitud del acompañante**, para que éste pueda cumplir con su función durante la derivación, y asegurarse que comprenda las responsabilidades que asume. **(Anexos IV y V)**
- Alojamiento y racionamiento: para el paciente o acompañante que lo requiera. En el caso de contar con otras alternativas, indicar los datos (dirección, teléfono) del lugar donde se alojará.
- Transporte:
 - Aéreo: En el caso de requerir el formulario MEDIF dispuesto por la línea aérea, cumplimentar el mismo a fin de evitar inconvenientes en el traslado.
 - Taxi de arribo y partida: se trasladará al paciente y a su acompañante desde el aeropuerto hasta el lugar de alojamiento (salvo expresa negativa de dicho requerimiento).
 - Taxi durante la derivación: en el caso en que el servicio social considere necesaria la cobertura de traslado en taxi en el lugar de destino, dicho requerimiento será consignado con la fundamentación respectiva.
 - Transporte público (colectivo, subterráneo y tren): de acuerdo a criterio social.
- Especiales:
 - Pañales: de acuerdo a criterio social.
 - Leche para niños: de acuerdo a criterio social.
- Documentación adjunta al informe:
 - Copias de DNI: 1ra, 2da y cambio de domicilio.
 - Constancia negativa de ANSES e IPAUSS.

En el caso del paciente derivado en forma repetida por un tratamiento específico, al momento de una nueva derivación se solicitará la intervención del servicio social a fin de actualizar la evaluación efectuada, indicando si es necesaria o no modificar la cobertura requerida inicialmente.

A.3) Auditoría del Hospital: Instancia necesaria de evaluación de lo actuado para continuar con la gestión de la derivación o la prestación extra hospitalaria.

A.4) Dirección del Hospital:

- Supervisa y avala lo actuado.



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

"2012 EN MEMORIA A LOS HEROES DE MALVINAS"

000182

- Se remite toda la documentación a la Dirección de Prestaciones Medicamentos y Tecnología de la Secretaría de Salud Comunitaria.
- El resumen médico, se enviará también por correo electrónico a la Dirección de Prestaciones Medicamentos y Tecnología (prestacionesmedicastdf@hotmail.com) o (derivacionespm@hotmail.com).

B) GESTIÓN DEL PEDIDO DE DERIVACIÓN O PRESTACION EXTRA HOSPITALARIA

B.1) Dirección de Prestaciones Medicamentos y Tecnología:

- Se evalúa que estén cumplimentados todos los criterios para la cobertura de la derivación por parte del Estado Provincial.
- De acuerdo al caso, deben considerarse las siguientes alternativas:
 1. **Consulta a distancia con los especialistas:** Efectuada por el médico cabecera o jefe de Servicio, transmitiendo la información actualizada del paciente, nuevos estudios, etc. Esta posibilidad es particularmente importante para el seguimiento del paciente que ya viene siendo atendido fuera de la Provincia, a fin de optimizar el traslado en caso de requerirlo.
 2. **Derivaciones de pacientes pediátricos:** Se realizará la consulta a distancia con el Hospital Garrahan. (No requerido en los casos de niños que están siendo atendidos por equipos pediátricos de otros hospitales públicos de referencia).
 3. **Derivación a otro efector público provincial de salud:** Prestaciones médicas que se realizan en la provincia dentro del ámbito público.
 4. **Derivación a efectores privados de la Provincia:** Prestaciones médicas que se realizan en la provincia fuera del ámbito público.
 5. **Traslado del profesional requerido:** a la Provincia de Tierra del Fuego, especialmente si coincide la atención de varios pacientes de la especialidad.
 6. **Traslado del paciente fuera de la Provincia para su atención:** Se da intervención al área de Salud y Desarrollo Social de la Representación Oficial. Se envía la documentación por fax y el resumen de historia clínica por correo electrónico a la dirección saludcasatdf@hotmail.com.
 7. **Traslado en avión sanitario (evacuación):** Desarrollo en Punto D).

B.2) Dirección de Salud y Desarrollo Social de la Representación Oficial (DPS y DS – SRO): Recibe la documentación relativa a la solicitud de derivación, incluyendo todos los datos personales del paciente, la patología que motivo la derivación y el resumen de historia clínica.

- Se gestionan los turnos requeridos en los centros asistenciales adecuados.
- Se remite la información en relación a la disponibilidad de turnos a la Dirección de Prestaciones Medicamentos y Tecnología, indicando el lugar y fecha como así también los requisitos previos a cumplir (estudios o tratamientos a realizar con los informes respectivos).
- El paciente debe viajar a Buenos Aires con toda la información disponible sobre su condición médica.

B.3): Dirección de Prestaciones Medicamentos y Tecnología:

- Gestión del traslado aéreo.
- Entrevista informativa y firma de conformidad del paciente (y en su caso, del acompañante) con las Normas de Derivación. (**Anexos IV y V**). Se entrega al paciente toda la documentación necesaria para la derivación, incluyendo teléfonos de la guardia de la Dirección de Salud y Desarrollo Social. Los pacientes de Río Grande

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sanwich del Sur, son y serán Argentinas"



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

000182

recibirán la información en el Servicio Social del Hospital Zonal o unidad PRCFE según corresponda.

- Remisión de la documentación a DPS y DS – SRO donde se informa el itinerario del paciente, con las autorizaciones correspondientes para el paciente durante la derivación.

C) DESARROLLO DE LA DERIVACION

C.1) Dirección de Salud y Desarrollo Social SRO: Arribo a Bs As

- Gestiona el alojamiento y racionamiento del derivado según lo autorizado.
- Gestiona el traslado en taxi desde el aeropuerto de arribo al hotel.
- Entrevista de orientación, efectuada por profesionales donde se abordan aspectos psicosociales del caso y se brinda información en relación al funcionamiento del área y los servicios de la misma.
- Orientación, seguimiento y contención tanto para el paciente como para su acompañante.

C.2) Dirección de Salud y Desarrollo Social SRO: Estadía en Bs As

- Guardia telefónica permanente para orientación en caso de urgencia.
- Gestión de cobertura y provisión estudios, material de cirugía, medicamentos y otros insumos requeridos para el tratamiento del paciente derivado.
- Seguimiento médico semanal: Anexo Renovación de cobertura (**Anexo VI**)
- Articulación entre los interlocutores implicados en el tratamiento del paciente, a fin de facilitar el intercambio de información, propiciando el seguimiento de la situación del paciente.
- La Auditoría Médica de la SRO supervisará el desarrollo de la derivación.

C.3) Dirección de Salud y Desarrollo Social SRO: Regreso a TDF

- El paciente en condiciones de regresar a la provincia debe presentar completo el formulario médico de alta. (**Anexo VII**)
- Visado por Auditoría Médica.
- El formulario es enviado a la Dirección de Prestaciones Medicamentos y Tecnología para la gestión de los pasajes.

C.4) Dirección de Prestaciones Medicamentos y Tecnología

- Gestiona pasajes y envía itinerario a Casa TDF

C.5) Dirección de Salud y Desarrollo Social SRO

- Informa al paciente la fecha de vuelo.
- Coordina el taxi para traslado al Aeropuerto.
- Informa al hotel el fin de la autorización de alojamiento y racionamiento.



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

000182

C.6) Dirección de Prestaciones Medicamentos y Tecnología:

- Con la documentación generada durante la derivación, informa a cada Servicio Social sobre el regreso del paciente para la reserva de un turno en el servicio y con el profesional que derivó al paciente, o en su defecto con el jefe de dicho servicio.
- Se informa al paciente que debe presentarse con toda la documentación provista (resumen de historia clínica, original del formulario de alta e indicaciones efectuadas) a fin de dar un cierre formal a la derivación.
- Si el informe de alta firmado por el médico receptor indicara la necesidad de una nueva derivación, la misma no se generará en forma automática, sino que será evaluada por el médico de cabecera del paciente. En caso de considerarse necesaria, será solicitada con actualización de la historia clínica y descripción de lo realizado en las derivaciones previas.

D) EVACUACIÓN - Traslado en avión sanitario (Anexo II - 3er sección).

La Dirección de Prestaciones Medicamentos y Tecnología, informa de inmediato al funcionario responsable sobre el pedido de evacuación quien decide la conducta apropiada considerando las opciones. Ídem punto B.1.

D.1) - Dirección de Salud y Desarrollo Social de la Representación Oficial:

- Recibe la documentación relativa a la solicitud de derivación, incluyendo todos los datos personales del paciente, la patología que motivo evacuación, el resumen de historia clínica y los requerimientos del traslado en ambulancia.
- Se gestiona la cama requerida en el centro asistencial adecuado.
- Se genera la comunicación entre el médico que deriva y el receptor, a fin de facilitar el intercambio de información, propiciando el adecuado tratamiento de la urgencia y el momento y condiciones más adecuadas para el traslado.
- Se remite la información en relación a la disponibilidad a la Dirección de Prestaciones Medicamentos y Tecnología, indicando el lugar, el nombre y datos de contacto del profesional que recibirá al paciente, en qué plazos y los requisitos previos, si los hubiere.
- Gestión del servicio de ambulancias. Si la evacuación es hacia un hospital público del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se remitirá toda la información necesaria al SAME para solicitar el traslado en ambulancia. Si el destino es otro hospital se contratara el servicio en el ámbito privado.

D.2): Dirección de Prestaciones Medicamentos y Tecnología:

- Gestión del traslado aéreo.
- Coordinación del traslado con el médico aeroevacuador de guardia y el personal de aeronáutica, o con la empresa a cargo del servicio.
- Se comunica al servicio social las novedades para que se le informe al familiar o el acompañante el itinerario estimativo.
- Se informa al personal de la Dirección de Salud y Desarrollo Social el itinerario estimativo del traslado y se los provee de los datos necesarios para contactar al piloto o al coordinador del vuelo.

30



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

000182

D.3) Dirección de Salud y Desarrollo Social de la Representación Oficial:

- Se coordina la admisión del paciente con el centro receptor y el servicio de ambulancia.
- El personal de guardia de la Dirección de Salud y Desarrollo Social de la Representación Oficial, se hace presente en el aeroparque para facilitar el traslado y agilizar la admisión del paciente en el hospital, propiciado orientación y contención al acompañante del paciente en ese momento crítico.
- Una vez internado el paciente se traslada al acompañante al lugar de alojamiento.

El trámite de la derivación continúa luego su curso normal (C.2).

Dra. María Haydée GRIECO
Ministro de Salud



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

000182

ANEXO II - RESOLUCIÓN M.S. N° /12

SOLICITUD DE PRESTACIONES MEDICAS POR ATENCION DE MAYOR COMPLEJIDAD

Apellido y Nombre: _____
 DNI N° _____ HC N° _____ Nacionalidad: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Localidad: _____
 Obra Social: _____ N° de Afiliado: _____

Diagnóstico: _____
 Prestación Solicitada: _____

 Propósito de la prestación y breve resumen clínico: _____

Paciente: Internado / Ambulatorio **Carácter:** Urgente / A la brevedad / Programado

Fecha: ____/____/____ Hora: ____
 Hospital: _____
 Servicio: _____
 Firma y sello del Solicitante
 Teléfono personal para contacto de Auditoría Médica: _____
 email: _____

ATENCION: para **Derivaciones** completar también los datos al dorso →

Handwritten signature or mark.



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

En el caso de **Derivaciones** o **Evacuaciones** dentro o fuera de la Provincia:

- Acompañar este formulario con un **resumen de historia clínica**, escrito con procesador de texto y agregar copia de los informes relevantes (biopsias, análisis, estudios por imágenes, parte quirúrgico, etc.) que permitan sostener la continuidad en la atención del paciente.
- Completar los datos siguientes referidos al traslado:

CONDICIONES DE TRASLADO

Acompañante: SI / NO

Motivo: _____

Tipo de traslado: AÉREO / TERRESTRE

¿Puede viajar por empresa de transporte regular? SI / NO

¿Requiere Traslado Sanitario / Evacuación? SI / NO

Condiciones del traslado:

- Con ENFERMERO
 MÉDICO y ENFERMERO

Con MONITOREO ECG / Saturometría / Oxígeno / ARM

Otros Requisitos: _____

Firma y sello del Médico Solicitante

AUDITORIA MEDICA HOSPITALARIA

Observaciones: _____

Firma y sello Auditoria Médica

Firma y sello Director Médico



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

000182

ANEXO III - RESOLUCIÓN M.S. N°

112

Evaluación Servicio Social

FECHA

EVALUACION SERVICIO SOCIAL

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDO _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ TIPO DE DOCUMENTO _____ NUMERO DE DOCUMENTO _____

DOMICILIO _____

NACIONALIDAD _____ ESTADO CIVIL _____

TELEFONO FIJO N° _____ TELEFONO MOVIL N° _____

TIEMPO DE RESIDENCIA EN LA PROVINCIA _____

PACIENTE _____

CORRESPONDE OBRA SOCIA TRAMITO OBRA SOCIAL

PRIMERA DERIVACION

COBERTURA SUGERIDA POR:

| PACIENTE | ACOMPAÑANTE |
|---|---|
| AMBULANCIA <input type="checkbox"/> | |
| TRASLADO <input type="checkbox"/> | TRASLADO <input type="checkbox"/> |
| ALOJAMIENTO <input type="checkbox"/> | ALOJAMIENTO <input type="checkbox"/> |
| RACIONAMIENTO <input type="checkbox"/> | RACIONAMIENTO <input type="checkbox"/> |
| TRASLADO EN TAXI <input type="checkbox"/> | TRASLADO EN TAXI <input type="checkbox"/> |

DATOS DEL ACOMPAÑANTE

NOMBRE Y APELLIDO _____

TIPO DE DOCUMENTO _____ NUMERO DE DOCUMENTO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NACIONALIDAD _____ ESTADO CIVIL _____

DOMICILIO _____

TELEFONO FIJO _____ TELEFONO MOVIL _____

RESEÑA DEL PACIENTE Y GRUPO FAMILIAR

Dra. María Haydée GRIECO
Ministro de Salud



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

"2012 EN MEMORIA A LOS HEROES DE MALVINAS"

000182

ANEXO IV – RESOLUCIÓN M.S. N° 12

Conformidad con las condiciones de la derivación para el paciente

Estimado Sr/a:

Le agradecemos que lea atentamente el siguiente "Compromiso para el paciente derivado por razones de salud" Si hacen falta más aclaraciones o Usted cree que no puede cumplir con alguno de los puntos establecidos, por favor no dude en preguntarnos.

¡Muchas gracias!

Compromiso para el paciente derivado por razones de salud

- El paciente deberá ajustarse a las normas de horarios y conducta fijadas por el lugar de internación o alojamiento.
- La Provincia NO se responsabiliza de los comportamientos irregulares de los pasajeros (robos, roturas, hurtos) hospedados en el establecimiento. Estos correrán por exclusiva responsabilidad y cuenta de los causantes en los términos del Art. 1078 del Código Civil, como así también de los gastos generados en el Hotel por consumos no autorizados.
- No se aceptará el cambio de acompañante luego de haber sido emitido el pasaje correspondiente, ya que el ticket es personal.
- Si el acompañante decide volver por razones personales antes de que el proceso de atención del paciente haya concluido, la Provincia no se hará cargo de su pasaje de regreso.
- En el caso de solicitar un cambio de acompañante durante la derivación, la Provincia no se hará cargo de su traslado, a excepción del regreso junto con el paciente.
- El paciente solo podrá ser acompañado en su derivación por una sola persona mayor de edad, en buenas condiciones de salud y desenvuelta que, le pueda brindar compañía y asistencia.
- El paciente deberá presentar el formulario de Seguimiento Médico ante las oficinas de la Delegación de C.T.F en Buenos Aires, a fin de gestionar su regreso a la Provincia.
- El paciente se compromete a presentar el formulario de Alta Médica y todos los estudios realizados a su médico derivador una vez de regreso en la Provincia.

Cobertura autorizada: Traslado aéreo: SÍ / NO Taxi aeropuerto SÍ / NO
Alojamiento SÍ / NO Traslado en destino SÍ / NO
Racionamiento: SÍ / NO Taxi en destino: SÍ / NO

Sr/a..... DNI..... en su derivación a la ciudad de, declaro haber leído, comprendido y aceptado las presentes Normas.

Firma

Lugar y fecha:...../.../...

D.N.I.....

En caso de paciente menor o incapaz, consignar vínculo: Padre / Madre / Tutor legal

María Haylé GRIECO
Ministro de Salud



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

"2012 EN MEMORIA A LOS HEROES DE MALVINAS"

000182 /12

ANEXO V – RESOLUCIÓN M.S. Nº

Conformidad con las condiciones de la derivación para el acompañante

Estimado Sr/a:

Le agradecemos que lea atentamente el siguiente "Compromiso para el acompañante de personas derivadas por razones de salud". Si hacen falta más aclaraciones o Usted cree que no puede cumplir con alguno de los puntos establecidos, por favor no dude en preguntarnos.

¡Muchas gracias!

Compromiso para el acompañante de personas derivadas por razones de salud

- El acompañante se compromete a brindar compañía y asistencia a la persona derivada durante todo el tiempo que dure su derivación.
- Si el paciente debe estar internado, el acompañante se compromete a asistirlo en todo lo necesario, incluyendo su presencia junto al enfermo, ayuda con las comidas y la realización de trámites por estudios o medicamentos.
- Si el paciente no está internado, el acompañante se compromete a asistirlo en las actividades de la vida diaria, en el traslado a la institución médica y en la realización de los trámites necesarios para su atención.
- El acompañante deberá ajustarse a las normas de horarios y conducta fijadas por el lugar de internación o alojamiento.
- La Provincia NO se responsabiliza de los comportamientos irregulares de los pasajeros (robos, roturas, hurtos) hospedados en el establecimiento. Estos correrán por exclusiva responsabilidad y cuenta de los causantes en los términos del Art. 1078 del Código Civil, como así también de los gastos generados en el Hotel por consumos no autorizados.
- No se aceptará el cambio de acompañante luego de haber sido emitido el pasaje correspondiente, ya que el ticket es personal.
- Si el acompañante decide volver por razones personales antes de que el proceso de atención del paciente haya concluido, la Provincia no se hará cargo de su pasaje de regreso.
- Tampoco se aceptará el cambio de acompañante luego de haber sido emitido el pasaje correspondiente, ya que el ticket es personal.
- En el caso de solicitar un cambio de acompañante durante la derivación, la Provincia no se hará cargo de su traslado, a excepción del regreso junto con el paciente.
- La falta de cumplimiento de este compromiso por parte del acompañante habilita a la Provincia a dejar de cubrir su estadía y el pasaje de regreso.

| | | | |
|--|---------|---------------------|---------|
| <u>Cobertura autorizada:</u> Traslado aéreo: | SÍ / NO | Taxi aeropuerto | SÍ / NO |
| Alojamiento | SÍ / NO | Traslado en destino | SÍ / NO |
| Racionamiento: | SÍ / NO | Taxi en destino: | SÍ / NO |

Como acompañante del Sr/a.....
DNI..... en su derivación a la ciudad de, declaro haber leído, comprendido y aceptado las presentes Normas.

Firma:..... Nombre y Apellido:.....
Lugar y fecha:...../...../..... D.N.I.:.....

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sanwich del Sur, son y serán Argentinas"

Dra. María Haydée GRIECO



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

000182

ANEXO VI – RESOLUCIÓN M.S. N° /12

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO MEDICO DEL PACIENTE DERIVADO

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO TRATANTE CADA VEZ QUE EL PACIENTE ACUDA A LA CONSULTA.

Apellido y Nombre: _____

Diagnóstico: _____

Servicio: _____

Fecha de consulta: _____

Fecha próxima consulta: _____

Firma y sello del profesional

Servicio: _____

Fecha de consulta: _____

Fecha próxima consulta: _____

Firma y sello del profesional

Servicio: _____

Fecha de consulta: _____

Fecha próxima consulta: _____

Firma y sello del profesional

Nota: Es requisito indispensable que el médico tratante acredite la asistencia del paciente a la consulta, para la renovación de la cobertura semanal de alojamiento y racionamiento.

Se pone en conocimiento al paciente

Firma.....

Aclaración.....

DNI



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

000182/12

ANEXO VII - RESOLUCIÓN M.S. N°

INFORME DE ALTA MEDICA

Secretaría de Representación Oficial del Gobierno en la C.A.B.A.

Estimado Dr. / Dra. Agradecemos su colaboración para completar este informe que recibirá el médico de cabecera del paciente a su regreso a la Provincia de Tierra del Fuego.

¡Muchas Gracias por su gentil atención!

Fecha ____/____/____

DATOS DEL PACIENTE

Apellido _____ y _____ Nombre: _____

Diagnóstico: _____ Edad: _____

Tratamientos / Estudios realizados: _____

Indicaciones para el paciente: _____

Plan de Seguimiento para informar al medico de cabecera: _____

Agradeceremos nos brinde los siguientes datos para que, de ser necesario, el médico de cabecera de la Provincia se pueda contactar con Ud:

Telefonos: _____ Horarios: _____

Celular: _____ e-mail: _____

¡Muchas Gracias!

Firma y Sello del Profesional

Auditoría Médica en C.T.F.

Observaciones: _____

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, son y serán Argentinas"



Provincia de Tierra del Fuego Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

"2019 - Año del Centenario del Nacimiento de Eva Duarte de Perón"

USHUALA, 28 FEB 2019

VISTO la Resolución M.S. N° 182/12; y

CONSIDERANDO:

Que mediante la misma se aprobaron las normas para el procedimiento de Prestaciones Médicas por Atención de Mayor Complejidad, dentro y fuera de la Provincia, detalladas en el Anexo I de la referenciada.

Que resulta necesario implementar y formalizar un nuevo mecanismo para la tramitación de prestaciones médicas que no se pueden resolver en la red Pública Provincial.

Que debido a la actual complejidad de los sistemas de salud se hace necesario redefinir los roles de los actores involucrados en el proceso.

Que resulta necesario simplificar el procedimiento a fin de optimizar los tiempos del trámite y evitar gastos innecesarios.

Que los suscriptos se encuentra facultados para emitir el presente acto administrativo, de conformidad con lo establecido en el Decreto Provincial N° 3607/17, Decreto Provincial N° 699/04, Decreto Provincial N° 1495/16 y artículo 10° y 16° de la Ley Provincial N° 1060.

Por ello:

EL MINISTRO DE SALUD Y
LA SUBSECRETARIA DE COORDINACIÓN Y ARTICULACIÓN POLITICA
A CARGO DE LA SECRETARIA DE LA REPRESENTACIÓN OFICIAL DE GOBIERNO
DE LA PROVINCIA EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
RESUELVE:

ARTICULO 1°.- Derogar la Resolución M.S N° 182/12, mediante la cual se aprobaron las normas para el procedimiento de Prestaciones Médicas por Atención de Mayor Complejidad, dentro y fuera de la Provincia, que se detallaron en el Anexo I de la misma.

ARTICULO 2°.- Implementar las Normas para la tramitación de Prestaciones Médicas que no se puedan resolver en la red Pública Provincial. Todo ello, de acuerdo a los Anexos I a VI que forman parte de la presente, por los motivos expuestos en el exordio.

ARTÍCULO 3°.- Comunicar. Dar al Boletín Oficial de la Provincia. Cumplido archivar.

RESOLUCIÓN M.S. N°

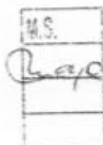
000228

/19.-

RESOLUCIÓN S.R.O. N°

000026

/19.-



Lic. María Cristina Tchintian
Subsec. Coordinación y Articulación Política
Representación Oficial del Gobierno
de Tierra del Fuego en la Ciudad de Bs. As.

Dr. Guillermo Adrián Ruckauf
Ministro de Salud



Provincia de Tierra del Fuego Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

"2019 - Año del Centenario del Nacimiento de Eva Duarte de Perón"

000228

CDE. RESOLUCIÓN M.S. N° /19.-

CDE. RESOLUCIÓN S.R.O N° 000026 /19.-

ANEXO I

NORMAS PARA LA TRAMITACIÓN DE PRESTACIONES MEDICAS
QUE NO SE PUEDEN RESOLVER EN LA RED PÚBLICA PROVINCIAL

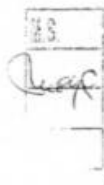
A) SOLICITUD DE LA PRESTACIÓN MÉDICAS

A.1) Servicio hospitalario que genera la derivación:

- Cuando el profesional a cargo del paciente considera necesaria una prestación que no es posible brindar en su institución por no contar con la capacidad instalada o complejidad requerida, el médico a cargo, deberá completar la solicitud de derivación. (Anexo II).
- En caso de que la prestación solicitada sea pertinencia de otra especialidad o servicio del hospital, se requiere la intervención del mismo, refrendando la solicitud con su sello y firma.
- La solicitud debe especificar el diagnóstico y precisar las prestaciones requeridas, así como el propósito de la misma y el plazo necesario para la resolución del pedido. Dicha solicitud debe expresar en forma completa, clara y legible (informatizado) un resumen completo, acompañado de los antecedentes relevantes (biopsias, estudios, imágenes, parte quirúrgico, etc).
- En el caso de que las condiciones del paciente y el tipo de prestación requerida hagan aconsejable el acompañamiento durante la derivación, el profesional consignará los motivos de dicha solicitud. De igual forma se procederá para los casos en los se requiera un servicio de traslado específico por restricciones de su autonomía por razones médicas.
- El profesional que deriva estará a cargo del caso durante la gestión de la derivación por lo que deberá estar disponible para ampliar la información o compartir su opinión técnica con los otros profesionales que intervienen en el proceso. Con tal fin, se consignarán los horarios y teléfonos para localizarlo (Red privada - RPV - y celular) y la dirección de correo electrónico. Es indispensable que los datos de contacto, estén disponibles para poder propiciar el intercambio de información antes, durante y después de la derivación.
- La solicitud junto con la documentación correspondiente pasará a una instancia de auditoría.

A.2) Auditoría del Hospital: Instancia de evaluación de lo solicitado, donde se determinará si el caso es posible de ser resuelto mediante alternativas distintas a la derivación fuera de la provincia o si se procederá con la solicitud de prestación en Buenos Aires. Una vez cumplimentado lo anterior, y determinada la necesidad de derivación fuera de la

///...2



Lic. Maria Cristina Tchintian
Subsecr. Coordinación y Articulación Política
Representación Oficial del Gobierno
de Tierra del Fuego en la Ciudad de Bs. As.



Provincia de Tierra del Fuego Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

2///...

provincia se dará intervención a :

A.3) Servicio Social:

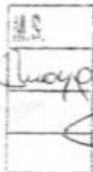
Verificación de cobertura y encuadre:

- El Servicio Social del hospital evalúa la existencia de cobertura de obra social, prepaga o Incluir Salud, en cuyo caso se orientará según corresponda, para poder encauzar su atención por medio de su cobertura médica.
- En caso de no haber realizado el trámite de adhesión y en contexto de urgencia, hasta que se culmine el trámite, se sugiere autorizar la prestación, estableciendo un tiempo hasta que la/s persona/as, estén fehacientemente inscriptas en la Obra Social.
- En aquellos casos en que se detecte la existencia de cobertura de obra social o prepaga pero, por algún motivo, la misma no sea efectiva y se considere cubrir la atención a través de la Dirección General de Prestaciones Médicas y Programas Sociales, es indispensable adjuntar el rechazo y/o la baja del padrón del tercer pagador implicado.
- En el caso que el destinatario del Servicio de Salud Pública sea monotributista y no haya adherido a obra social, se orientará sobre las obras sociales que tienen representación en Tierra del Fuego, asesorando al respecto y orientando a fin que la persona reciba la cobertura, para la cual su empleador realiza los aportes.

Informe Social para caso a derivar: La evaluación social se realizaría en forma coordinada con la trabajadora social del área de Prestaciones Médicas para orientar el abordaje a la situación de derivación.

- En caso de constatar que la persona no cuenta con cobertura médica el área social hospitalaria, confeccionará un informe social, donde deberá evaluar en términos generales la situación socio ambiental, económica y sanitaria de la persona destinataria, plasmando las siguientes variables:
 - o Datos personales y de contacto, completos y actualizados.
 - o Lugar de residencia del destinatario del servicio.
 - o Antecedentes de Cobertura de Salud.
 - o Identificación de red familiar y/o de referencia, grupo familiar a cargo. Indicando grupo de convivencia.
 - o Situación Socio -Económica del paciente y su grupo familiar o de referencia. Identificando tipo de trabajo, lugar e ingresos.
 - o Situación socio- ambiental, contempla los siguientes indicadores, tipo y condiciones de la vivienda, servicios sanitarios, contexto ambiental.
 - o Situación laboral del paciente y su grupo familiar y/o de referencia.
 - o Consideraciones acerca de la necesidad de garantizar el acceso al derecho a la salud, contemplando la posibilidad de cobertura por parte del paciente.
- De ser necesario asignar un acompañante, **ya sea por criterio médico, psicológico o social** (según lo previamente consignado) se evaluará al postulante al rol, considerando las particularidades del caso, anticipando la situación y vicisitudes de una derivación en Buenos Aires.
- Disponibilidad de referentes y/o familiares en lugar de derivación a los fines de acompañar al paciente. En esta opción, se procurará la información sobre domicilio, teléfono donde permanecería el paciente y quien sería su acompañante. (No es

///...3



Lic. María Cristina Tchintian
Subsecr. Coordinación y Articulación Política
Representación Oficial del Gobierno
de Tierra del Fuego en la Ciudad de Bs. As.

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, son y serán Argentinas"



Provincia de Tierra del Fuego Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

"2019 - Año del Centenario del Nacimiento de Eva Duarte de Perón"

000228
000026

5///...

derivación y proponer el seguimiento que requiera el caso durante la derivación.

B.3) D.G.P.M.y.P.S.:

• Previo a la gestión del traslado, se deberá verificar el cumplimiento de todos los requisitos solicitados para concretar la derivación. Check-list en el que conste un listado con la documentación imprescindible.

Ejemplos a saber:

- o Apto odontológico (es un requisito para las Cirugías cardiovasculares, la traumatológicas y otras grandes intervenciones, no se realiza el procedimiento propuesto hasta no tener el apto odontológico)
- o Estudios actualizados.
- o Informe médico- tacs para anatomía patológica (si el caso lo amerita, ya que NO se puede comenzar ningún tratamiento oncológico hasta no obtener tener los mismos)
- o Informe social, SUBE.
- o Stock de medicamentos o insumos básicos.
- o Entregar folleto con los teléfonos de contacto en CABA (celular de guardia, oficina en Casa TDF, servicio de taxi, y alojamiento)
- o Gestión del traslado terrestre y/o aéreo.

- Entrevista informativa y firma de conformidad del paciente (y en su caso, del acompañante) con las Normas de Derivación. (Anexos IV y V). Se entrega al paciente toda la documentación necesaria para la derivación, incluyendo teléfonos de la guardia de la DCS-SRO. Los pacientes de Río Grande recibirán la información en la dependencia de la DGPMYPS o la División Prestaciones Medicas Zona Norte según corresponda.
- También se informará al beneficiario y, en su caso, al acompañante, que deben presentarse obligatoriamente en la Secretaría de Representación Oficial en el primer día hábil posterior a su arribo, en el horario de 8:30 a 16:00 hs, para dar continuidad al proceso de derivación.
- Remisión de la documentación a la DCS-SRO donde se informa el itinerario del beneficiario, con las autorizaciones correspondientes durante la derivación.

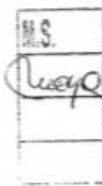
C) DESARROLLO DE LA DERIVACIÓN:

C.1) DCS-SRO: Coordinar y supervisar desde las instancias iniciales del proceso de derivación, los aspectos organizacionales, profesionales, operativos y administrativos para la atención integral e interdisciplinaria de las personas derivadas. Desde esta área se organizará y gestionará la prestación y servicios necesarios para el desarrollo de las derivaciones.

Arribo en Buenos Aires

- Gestiona el traslado en taxi desde el aeropuerto de arribo, al lugar donde se aloja.
- Gestiona el alojamiento y racionamiento del derivado según lo autorizado.
- Entrevista de orientación y evaluación, efectuada por profesionales donde se abordan aspectos generales del caso. Se brinda información y orientación en relación la

///...6



Lic. Maria Cristina Tchintian
Subsecr. Coordinación y Articulación Política
Representación Oficial del Gobierno
de Tierra del Fuego en la Ciudad de Bs. As.

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, son y serán Argentinas"



Provincia de Tierra del Fuego Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

000228
000026

MINISTERIO DE SALUD

6...///

- derivación, el funcionamiento del área y forma de acceso a los servicios y/o prestaciones requeridas. Se exploran y abordan aspectos psicosociales.
- Se asesorará sobre los medios de transporte disponibles para el traslado entre el lugar de alojamiento y los centros de atención. Se evaluará si corresponde la autorización de cobertura en transporte público y/o la necesidad de movilizarse en taxi o remis.
- Orientación, seguimiento y contención tanto para el beneficiario como para su acompañante.

C.2) DCS-SRO: Estadía en Bs As

- Guardia telefónica permanente para orientación en caso de urgencia.
- Gestiona la atención médica, cobertura y provisión de estudios, material de cirugía, medicamentos y otros insumos requeridos durante la derivación.
- Seguimiento y acompañamiento periódico interdisciplinario.
- Se articulará entre los interlocutores implicados en el tratamiento del derivado, a fin de facilitar el intercambio de información, propiciando el seguimiento de la situación del paciente.
- La información relevante durante el curso de la derivación será remitida vía mail al servicio médico que generó la derivación en el ámbito provincial.

C.3) DCS-SRO: Regreso a TDF

- El beneficiario en condiciones de regresar a la provincia, debe presentar completo el formulario médico de alta y también la epicrisis de su tratamiento en Bs. As, si es que cuenta con ella.
- El Formulario será evaluado, a fin de verificar si se ha cumplido el objetivo de la derivación y corroborar que la documentación adjuntada permita una contrarreferencia adecuada. En caso de requerirse prácticas o consultas a realizar en Tierra del Fuego, se confirmará con la DGPMYPS que las mismas estén disponibles.
- El formulario es enviado a la DGPMYPS para la gestión de los pasajes.
- Se adelanta envía vía mail al servicio que generó la derivación una copia del alta junto con información relevante para la continuidad de la atención en el contexto provincial.

C.4) DGPMYPS:

- Gestiona pasajes y envía itinerario a Casa TDF

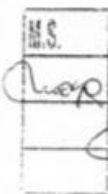
C.5) DCS-SRO:

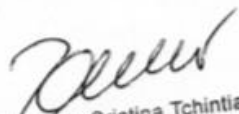
- Informa al beneficiario la fecha de vuelo.
- Coordina el horario del traslado en taxi hacia el Aeropuerto.

C.6) DGPMYPS:

- Con la documentación generada durante la derivación, se envía una devolución a la Dirección del Hospital para tramitará la consulta con el profesional que derivó al paciente, o en su defecto con el jefe de su servicio, a fin de dar continuidad a la atención del paciente.
- Se informa al beneficiario que debe presentarse con toda la documentación provista

///...7




Lic. María Cristina Tchintian
Subsecr. Coordinación y Articulación Política
Representación Oficial del Gobierno
de Tierra del Fuego en la Ciudad de Bs. As.



Provincia de Tierra del Fuego Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

000228
000026

MINISTERIO DE SALUD

7///...

- (resumen de historia clínica, original del formulario de alta e indicaciones efectuadas a fin de dar un cierre formal a la derivación.
- Si el informe de alta firmado por el médico de Buenos Aires, indique la necesidad de una nueva derivación, la misma no se generará en forma automática, sino que será evaluada por el médico de cabecera del paciente. En caso de considerarse necesaria, será solicitada con actualización de la historia clínica e informe social y descripción de lo realizado en las derivaciones previas.

D) Traslado en avión sanitario (Anexo II - 3ª sección).

La DGPMMyPS informa de inmediato al funcionario responsable sobre el pedido de evacuación quien decide la conducta apropiada considerando las opciones. Ídem punto B.1.

D.1) DCS-SRO:

- Recibe la documentación relativa a la solicitud de derivación, incluyendo todos los datos personales del paciente, la patología que motivó evacuación, el resumen de historia clínica, el informe social y los requerimientos del traslado en ambulancia, este último en el caso de ser necesario por no estar incluido en el servicio de traslado contratado.
- Se realiza la búsqueda de cama requerida en centros asistenciales de la red pública en Buenos Aires.
- Se genera la comunicación entre el médico que deriva y el receptor, a fin de facilitar el intercambio de información, propiciando el adecuado tratamiento de la urgencia, determinando el momento y condiciones más adecuadas para el traslado.
- Se remite la información en relación a la disponibilidad al Departamento de Prestaciones Médicas, indicando el lugar, el nombre y datos de contacto del profesional que recibirá al paciente, en qué plazos y los requisitos previos, si los hubiere.
- De ser necesario, por no estar incluido en el traslado contratado, se gestionará el servicio de ambulancias. En caso de ser requerido y si la evacuación es hacia un hospital público del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, se remitirá toda la información necesaria al SAME para solicitar el traslado en ambulancia. Si el destino es otro hospital se contratará el servicio en el ámbito privado.

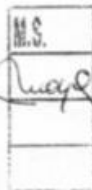
D.2) Departamento de Prestaciones Médicas TDF:

- Gestión del traslado aéreo.
- Coordinación del traslado con el médico aeroevacuador de guardia y el personal de aeronáutica, o con la empresa a cargo del servicio. Se generará la comunicación entre el médico que solicita la derivación y el médico aeroevacuador, a fin de corroborar que los requerimientos de equipo profesional y equipamiento para la asistencia en vuelo sean los adecuados a las necesidades del paciente.
- Se comunica al servicio social las novedades para que se le informe al familiar o el acompañante el itinerario estimativo.
- Se informa al personal de la DCS-SRO el itinerario estimativo del traslado y se los provee de los datos necesarios para contactar al piloto o al coordinador del vuelo.

D.3) Dirección de Salud y Desarrollo Social de la Representación Oficial:

- Se coordina la admisión del paciente con el centro receptor y el servicio de

///...8



María Cristina Tchintian
Subsecr. Coordinación y Articulación Política
Representación Oficial del Gobierno
de Tierra del Fuego en la Ciudad de Bs. As.



"2019 - Año del Centenario del Nacimiento de Eva Duarte de Perón"

Provincia de Tierra del Fuego Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

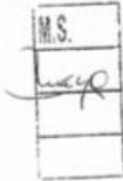
000228
000026

MINISTERIO DE SALUD

8///...

- ambulancia, este último en los casos necesario.
- El personal de guardia de la DCS-SRO supervisa y acompaña en forma telefónica, el proceso de la derivación hasta la admisión del paciente en el hospital, brindando orientación y contención al acompañante. De ser posible, en instancias posteriores, se orientará el traslado del familiar al lugar de alojamiento asignado.
- Personal del equipo interdisciplinario de la DCS-SRO se hará presente en el lugar de internación para abordar el caso, planificar el acompañamiento y el seguimiento adecuado..

El trámite de la derivación continúa luego su curso normal (C.2).




Lic. María Cristina Tchintian
Subsecr. Coordinación y Articulación Política
Representación Oficial del Gobierno
de Tierra del Fuego en la Ciudad de Bs. As.


Dr. Guillermo Adrián Ruckauf
Ministro de Salud



Provincia de Tierra del Fuego Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

CDE. RESOLUCIÓN M.S. N°

000228

/19.-

CDE. RESOLUCIÓN S.R.O. N°

000026

/19.-

ANEXO II

FORMULARIO DE DERIVACIONES/EVACUACION

Apellido y nombre: _____
D.N.I. N° _____ HC N° _____ Nacionalidad: _____
Edad: _____ Sexo: _____ Localidad: _____
Obra Social: _____ N° de Afiliado: _____

Diagnostico: _____

Prestación Solicitada: _____

Propósito de la prestación y breve resumen clínico: _____

Paciente: Internado/Ambulatorio

Carácter: Urgente / A la brevedad /Programado

Fecha: ___/___/___ Hora: _____

Hospital: _____

Servicio: _____

Firma

Sello del Solicitante

Teléfono personal para contacto de Auditoria

Médica: _____

e-mail: _____



000228

000026

Provincia de Tierra del Fuego Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

En el caso de Derivaciones o Evacuaciones dentro o fuera de Provincia.

- Acompañar este formulario con un resumen de Historia Clínica, escrito con un procesador de texto y agregar copia de los informes relevantes (biopsias, análisis, estudios por imágenes, parte quirúrgico, etc.) que permitan sostener la continuidad en la atención del paciente.
- Completar los datos siguientes referidos al traslado.

CONDICIONES DE TRASLADO

Acompañante: SI/NO

Motivo: _____

Tipo de Traslado: AEREO/TERRESTRE

¿Puede viajar por empresa de transporte regular? SI/NO

¿Requiere Traslado Sanitario/Evacuación? SI/NO

Condiciones del traslado:

Con: ENFERMERO
MEDICO y ENFERMERO

Con MONITOREO ECG / Saturometría / Oxígeno / ARM

Otros Requisitos: _____

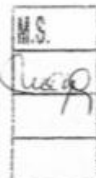
Firma y Sello del Médico Solicitante

AUDITORIA MEDICA HOSPITALARIA

Observaciones: _____

Firma y Sello Auditoria Médica

Firma y Sello Director Médico



[Signature]
Lic. María Cristina Tchintian
Subsect. Coordinación y Articulación Política
Representación Oficial del Gobierno
de Tierra del Fuego en la Ciudad de Bs. As.

[Signature]
Dr. Guillermo Adrián Ruckauf
Ministro de Salud



000228

Provincia de Tierra del Fuego Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

CDE. RESOLUCIÓN M.S. N° _____ /19.-

CDE. RESOLUCIÓN S.R.O. N° 000026 /19.-

ANEXO III

Fecha:

EVALUACION SERVICIO SOCIAL
Datos del Paciente

Nombre y Apellido:

Fecha de Nacimiento:

Tipo de Documento:

Número:

Domicilio:

Nacionalidad:

Estado Civil:

Teléfono Fijo N°

Teléfono Móvil N° :

Tiempo de Residencia en la Provincia:

Paciente:

Corresponde Obra Social:

Tramito Obra Social:

Primera Derivación:

COBERTURA SUGERIDA POR:

| <i>Paciente</i> | <i>Acompañante</i> |
|---|--|
| Ambulancia: Traslado: Alojamiento: Racionamiento: Traslado en Taxi: | Traslado: Alojamiento: Racionamiento: Traslado en Taxi: |

DATOS DEL ACOMPAÑANTE:

Nombre y Apellido:

Fecha de Nacimiento:

Tipo de Documento:

Número:

Domicilio:

Nacionalidad:

Estado Civil:

Teléfono Fijo N°

Teléfono Móvil N° :

RESEÑA DEL PACIENTE Y GRUPO FAMILIAR:

| |
|--------------------|
| M.S. |
| <i>[Signature]</i> |
| |
| |

[Signature]
Lic. María Griselda Tchintian
Subsección Coordinación y Articulación Política
Representación Oficial del Gobierno
de Tierra del Fuego en la Ciudad de Bs. As.

[Signature]
Dr. Guillermo Adrián Ruckauf
Ministro de Salud



Provincia de Tierra del Fuego Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

000228

MINISTERIO DE SALUD

CDE. RESOLUCIÓN M.S. N° /19.-

CDE. RESOLUCIÓN S.R.O. N° 000026 /19.-

ANEXO IV

Conformidad con las condiciones de la derivación para el paciente.

Estimado Sr/a:

Le agradecemos que lea atentamente el siguiente "Compromiso para el paciente derivado por razones de Salud", si hacen falta más aclaraciones o Usted cree que no puede cumplir con alguno de los puntos establecidos, por favor no dude en preguntarnos.

¡MUCHAS GRACIAS!

COMPROMISO PARA EL PACIENTE DERIVADO POR RAZONES DE SALUD

El paciente deberá ajustarse a las normas de horarios y conducta fijadas por el lugar de internación.

La provincia No se responsabiliza de los comportamientos irregulares de los pasajeros (robos, roturas, hurtos) hospedados en el establecimiento. Estos correrán por exclusiva responsabilidad y cuenta de los causantes en los términos del Art. 1078 del Código Civil, como así también de los gastos generados en el Hotel por consumos no autorizados.

No se aceptará el cambio de acompañante luego del haber sido emitido el pasaje correspondiente, ya que el ticket es personal.

Si el acompañante decide volver por razones personales antes de que el proceso de atención del paciente haya concluido, la provincia no se hará cargo de su pasaje de regreso.

En el caso de solicitar un cambio de acompañante durante la derivación, la provincia no se hará cargo de su traslado, a excepción del regreso junto con el paciente.

El paciente solo podrá ser acompañado en su derivación por una sola persona mayor de edad, en buenas condiciones de salud y desenvuelta que, le pueda brindar compañía y asistencia.

El paciente deberá presentar el formulario de Seguimiento Médico antes las oficinas de la Delegación de C.T.F. En Buenos Aires, a fin de gestionar su regreso a la provincia.

El paciente se compromete a presentar el formulario de Alta Médica y todos los estudios realizados a su medico derivador una vez de regreso en la provincia.

| | | |
|-----------------------|-----------------------|----------------------------|
| Cobertura autorizada: | Traslado aéreo: SI/NO | Taxi Aeropuerto: SI/NO |
| | Alojamiento: SI/NO | Traslado de destino: SI/NO |
| | Racionamiento: SI/NO | Taxi en destino: SI/NO |

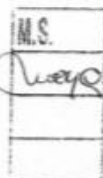
Sr/a:D.N.I. N°.....en su derivación a la ciudad de, declaro haber leído, comprendido y aceptando las presentes normas.

Firma

Lugar y Fecha:

D.N.I. N°

En caso de paciente menor o incapaz, consignar vinculo: Padre / Madre / Tutor legal.



Lic. María Cristina Tchintian
Subsecr. Coordinación y Articulación Política
Representación Oficial del Gobierno
de Tierra del Fuego en la Ciudad de Bs. As.

Dr. Guillermo Adrián Ruckauf
Ministro de Salud

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, son y serán Argentinas"



"2019 - Año del Centenario del Nacimiento de Eva Duarte de Perón"

Provincia de Tierra del Fuego Antártida e Islas del Atlántico Sur - República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

CDE. RESOLUCIÓN M.S. N° 000228 /19.-

CDE. RESOLUCIÓN S.R.O. N° 000026 /19.-

ANEXO V

Estimado Sr/a.:

Le agradecemos que lea atentamente el siguiente "Compromiso para el acompañante de personas derivadas por razones de salud". Si hacen falta más aclaraciones o Usted cree que no puede cumplir con alguno de los puntos establecidos, por favor no dude en preguntarnos.

¡Muchas Gracias!

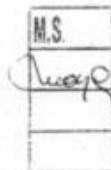
COMPROMISO PARA EL ACOMPAÑANTE DE PERSONA DERIVADAS POR RAZONES DE SALUD

- El acompañante se compromete a brindar compañía y asistencia a la persona derivada durante todo el tiempo que dure su derivación.
• Si el paciente debe estar internado, el acompañante se compromete a asistirlo en todo lo necesario, incluyendo su presencia junto al enfermo, ayuda con las comidas y la realización de trámites por estudios o medicamentos.
• Si el paciente no está internado, el acompañante se compromete a asistirlo en las actividades de la vida diaria, en el traslado a la institución médica y en la realización de los trámites necesarios para su atención.
• El acompañante deberá ajustarse a las normas de horarios y conducta filadas por el lugar de internación o alojamiento.
• La provincia NO se responsabiliza de los comportamientos irregulares de los pasajeros (robos, roturas, hurtos) hospedados en el establecimiento. Estos correrán por exclusiva responsabilidad y cuenta de los causantes en los términos del Art. 1078 de Código Civil, como así también de los gastos generados en el Hotel por consumos no autorizados.
• No se aceptará el cambio de acompañante luego de sido emitido el pasaje correspondiente, ya que el ticket es personal.
• Si el acompañante decide volver por razones personales antes de que el proceso de atención del paciente haya concluido, la provincia no se hará cargo de su pasaje de regreso.
• Tampoco se aceptará el cambio de acompañante luego de haber sido emitido pasaje correspondiente, ya que el ticket es personal.
• En el caso de solicitar un cambio de acompañante durante la derivación, la Provincia no se hará cargo de su traslado, a excepción del regreso junto con el paciente.
• La falta de cumplimiento de este compromiso por parte del acompañante habilita a la Provincia a dejar cubrir su estadía y el pasaje de regreso.

Cobertura Autorizada: Traslado aéreo: SI/NO Taxi Aeropuerto: SI/NO
Alojamiento: SI/NO Traslado en destino: SI/NO
Racionamiento: SI/NO Taxi en destino: SI/NO

Como acompañante del Sr/a....., D.N.I. N°
en su derivación a la ciudad de, declaro haber leído, comprendido
y aceptado las presentes Normas.

Firma:..... Nombre y Apellido:.....
Lugar y Fecha:..... D.N.I. N°.....



LIC. María Cristina Tchintian
Subsecr. Coordinación y Articulación Política
Representación Oficial del Gobierno
de Tierra del Fuego en la Ciudad de Bs. As.

Dr. Guillermo Adrián Reckauf
Ministro de Salud



Provincia de Tierra del Fuego Antártida
e Islas del Atlántico Sur
- - República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

CDE. RESOLUCIÓN M.S. N°

CDE. RESOLUCIÓN S.R.O. N°

000228

000026

/19.-

/19.-

ANEXO VI

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO MEDICO DEL PACIENTE DERIVADO

PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO TRAACNTE CADAS VEZ QUE EL PACIENTE ACUDA A LA CONSULTA

Nombre y Apellido: _____
Diagnostico: _____
Servicio: _____
Fecha de Consulta: _____
Fecha próxima consulta: _____

Firma y Sello del Profesional

Servicio: _____
Fecha de Consulta: _____
Fecha próxima consulta: _____

Firma y Sello del Profesional

Servicio: _____
Fecha de Consulta: _____
Fecha próxima consulta: _____

Firma y Sello del Profesional

Nota: Es requisito indispensable que el médico tratante acredite la asistencia del paciente a la consulta, para la renovación de la cobertura semanal de alojamiento y racionamiento.
Se pone en conocimiento al paciente.
Firma: Aclaración:
D.N.I. N° Fecha:

M.S.
[Signature]

[Signature]
Lic. María Cristina Tchintian
Subsecr. Coordinación y Articulación Política
Representación Oficial del Gobierno
de Tierra del Fuego en la Ciudad de Bs. As.

[Signature]
Dr. Guillermo Adrián Ruckauf
Ministro de Salud

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, son y serán Argentinas"

Anexo III: Entrevista de 1a vez

Datos de la Derivación: Fecha de Derivación.....

Nombre del Paciente:.....

Edad:.....Fecha y lugar de Nacimiento:.....

DNI:.....Años de residencia en la Prov.....

Domicilio:.....

Ocupación/Lugar de trabajo:.....

Estudios:.....

Teléfonos particulares:.....

Nombre del Acompañante:.....

Vinculo con el derivado:.....

Ocupación/Lugar de Trabajo:.....

Estudios:.....

Teléfonos particulares:.....

Hospital: _____ **Servicio:** _____ **Hab:** _____

Hotel: _____ **Hab:** _____ **Traslados:** _____

Diagnóstico:.....

Que conocimientos tiene sobre su enfermedad?.....

.....

Motivo de la Derivación:.....

Conoce el motivo por el que fue derivado?.....

.....

¿Qué expectativas tiene en esta derivación?.....

.....

¿En qué año le diagnosticaron esta enfermedad?.....

Antecedentes. Es la primera vez que se encuentra derivado? ¿Cómo fue esa experiencia?

.....

.....

¿Cuáles son los antecedentes médicos? Que recorridos realizó? (tratamientos, cirugías, internaciones, etc).....

.....

.....

¿Trajo estudios previos?.....

¿Qué medicación toma? Trajo cantidad suficiente?.....

¿Trajo el apto dental?.....Peso:.....Altura:.....

¿Tiene alguna alergia?.....

¿Qué médicos se encuentran tratándolo? Como se siente con ellos?.....

¿Cual es su grupo familiar conviviente?

Condiciones de la vivienda:.....

Ingresos y beneficios económicos:.....

Instituciones que han intervenido:.....

¿Cual es su grupo familiar no conviviente? En Tierra del Fuego y fuera de la Provincia

¿Realiza alguna actividad? Que le gusta hacer? Participa en alguna organización/ Iglesia/ Amistades:.....

¿Cómo podríamos definir, conjuntamente, lo que significa para usted esta derivación?

¿Cómo cree que lo podemos acompañar desde la casa de TDF?

-Reforzar su autonomía en el contexto médico, en cuanto a los derechos que tiene como paciente.

¿Cómo se lo Observa al paciente? Signos externos de la persona (estado de presentación)

| | | | |
|-------------------|------------------------|----------------------|-------------------|
| Angustiado..... | Verborragico..... | Ansioso..... | Alegre..... |
| Inexpresivo..... | Mirada Evasiva..... | Temeroso..... | Llanto..... |
| Introvertido..... | Extrovertido..... | Seguro..... | Resignado..... |
| Enojado..... | Frio/no emocional..... | Cálido/amistoso..... | Irrespetuoso..... |
| Tranquilo..... | Negativo..... | Agresivo..... | Otro..... |

Diagnóstico de Situación:

-Adherencia al Tratamiento:.....

.....

-Conciencia de Enfermedad:.....

.....

-Qué tipo de acompañamiento vamos a realizar con el paciente:.....

.....

.....

.....

Observaciones:

Firma y nombre del profesional:.....



Provincia de Tierra del Fuego, Antártida
e Islas del Atlántico Sur
República Argentina

MINISTERIO DE SALUD

"BRINDA UN MENSAJE A LOS HEROES DE MALVINAS"

ANEXO VII - RESOLUCIÓN M.S. N° _____ /12

INFORME DE ALTA MEDICA

Secretaría de Representación Oficial del Gobierno en la C.A.B.A.

Estimado Dr. / Dra. Agradecemos su colaboración para completar este informe que recibirá el médico de cabecera del paciente a su regreso a la Provincia de Tierra del Fuego.

¡Muchas Gracias por su gentil atención!

Fecha _____ / _____ / _____

DATOS DEL PACIENTE

Apellido y Nombre: _____ Edad: _____

Diagnóstico: _____

Tratamientos / Estudios realizados: _____

Indicaciones para el paciente: _____

Plan de Seguimiento para informar al medico de cabecera: _____

Agradeceremos nos brinde los siguientes datos para que, de ser necesario, el médico de cabecera de la Provincia se pueda contactar con Ud:

Telefonos: _____ Horarios: _____

Celular: _____ e-mail: _____

¡Muchas Gracias!

Firma y Sello del Profesional

Auditoria Médica en C.T.F.....

Observaciones: _____

"Las Islas Malvinas, Georgias y Sandwich del Sur, son y serán Argentinas"

Anexo N° V: Encuesta de calidad de atención



DIRECCIÓN DE
COORDINACIÓN SANITARIA:
ENCUESTA DE CALIDAD DE
ATENCIÓN

Edad: Sexo:
Escolaridad: Sin escolaridad Primario Secundario Terciario Universitario
Ciudad de Origen: Ushuaia: Tolhuin: Río Grande:
Fecha de encuesta: Tiempo estimado de permanencia en CABA:

Con objeto de evaluar y mejorar el servicio brindado por parte del personal del área de Salud de la Casa de la Provincia, tenga a bien responder las siguientes preguntas:

1. Como fue la atención brindada por el personal de la Dirección de Coordinación Sanitaria. Por favor califique con un puntaje de **1** (Muy insatisfecho/a) **2** (Insatisfecho/a) **3** (Aceptable) **4** (Satisfecho/a) **5** (Muy satisfecho/a)

- A. ¿Tiempo de espera para ser atendido?-----
- B. ¿Tiempos de tramitación para la obtención de medicamentos?-----
- C. ¿Tiempos de tramitación para la realización de estudios?-----
- D. ¿Sus necesidades durante la derivación fueron escuchadas por parte del equipo?-----
- E. ¿Cómo califica el seguimiento y apoyo profesional brindado durante su derivación?-----
- F. ¿Lugar o espacio físico en el que fue atendido en la Casa TDF?-----

Por favor agregue algún comentario que nos ayude a mejorar el servicio:

2. Como fue la información y la orientación brindada por el personal del sector durante su estadía? Por favor, califique con un puntaje de **1** (Muy insatisfecho/a) **2** (Insatisfecho/a) **3** (Aceptable) **4** (Satisfecho/a) **5** (Muy satisfecho/a)

- A. ¿Asesoramiento para trasladarse por medios de transporte público en CABA?-----
- B. ¿Cómo lograr su atención en el centro de salud al que fue derivado?-----
- C. ¿Cómo tramitar medicamentos y estudios que surjan de su consulta médica?-----
- D. ¿Cómo utilizar el servicio de guardia que ofrece esta Dirección?-----
- E. ¿Trámites y gestiones que deberá realizar por nuestro intermedio?-----

3. Califique la cantidad y claridad de la información con la que cuenta en relación a su situación médica para la continuidad de los cuidados en su lugar de origen **1** (Muy insatisfecho/a) **2** (Insatisfecho/a) **3** (Aceptable) **4** (Satisfecho/a) **5** (Muy satisfecho/a)

- A. ¿Información sobre su situación médica?-----
- B. ¿Cuidados generales y consultas médicas posteriores?-----
- C. ¿Explicaciones realizadas por el personal del sector en relación a su salud?-----

Por favor, agregue algún comentario que nos ayude a mejorar el servicio:

4. En cuanto al servicio de Guardia de esta Dirección, por favor califique: **1** (Muy insatisfecho/a) **2** (Insatisfecho/a) **3** (Aceptable) **4** (Satisfecho/a) **5** (Muy satisfecho/a)

- A. ¿Cómo califica la atención recibida por parte del personal de Guardia?-----
- B. ¿Pudo establecer contacto en forma fácil ante una Urgencia?-----
- C. ¿Su consulta o necesidad fue resuelta en forma satisfactoria?-----

Por favor, califique del 1 al 5 los diferentes servicios recibidos:

Hotel: Hospital: Traslados: Servicio de Salud de la Casa de la Provincia:

Por favor agregue algún comentario que nos ayude a mejorar el servicio:.....

.....
.....

Agradecemos su participación en la encuesta y su aporte para mejorar su atención.

Equipo de trabajo de la Dirección de Coordinación Sanitaria

Anexo N° VI: Registro Observacional participante; Consentimiento informado y entrevistas al equipo Interdisciplinario.

Anexo VI:

Registro observacional participante:

- 1- Fecha
- 2- Nombre y Apellido del observador
- 3- Organización donde se realiza la observación
- 4- Grupo observado
- 5- Actividad a realizar. Objetivos
- 6- Campo temático
- 7- Descripción de lo observado
- 8- Lenguaje verbal y no verbal
- 9- Otras observaciones
- 10-Comentarios personales.

Consentimiento informado:

Introducción y presentación: esta guía de entrevista tiene como objetivo profundizar acerca del trabajo interdisciplinario del equipo interviniente en la Dirección de Coordinación Sanitaria en CABA, será analizada con la finalidad de cumplir con los objetivos de investigación propuestos en el marco del Plan de la Tesis para el otorgamiento del título de Magister en Gestión de Sistemas y Servicios de salud otorgado por la Universidad de Rosario.

Tendrá una duración de aproximadamente 30 minutos y se tomarán los recaudos para garantizar la confiabilidad de sus datos. Agradezco la participación y contribución a este proceso investigativo.

Acepto participar de manera voluntaria en el proyecto investigativo. Se me informo acerca de:

- 1- Mi identidad quedará resguardada.
- 2- Puedo desistir de participar en el momento que lo decida.
- 3- Se me informó detalladamente sobre propósitos y procedimientos de la investigación.

FIRMA:.....

ACLARACIÓN:.....

DNI:.....

FECHA Y LUGAR:.....

Guía Entrevista para los integrantes del equipo interdisciplinario de la Dirección de Coordinación Sanitaria en CABA

Fecha:

Hora de inicio y finalización:

Edad:

Sexo:

Profesión y Estudios:

Ocupación:

Formación profesional:

Conformidad con la tarea:

Modo de contratación:

Consentimiento informado:

Comentarios:

Preguntas:

- 1- ¿Conoce la normativa de trabajo existente en la Dirección Provincial de coordinación Sanitaria?
- 2- ¿Cuál es el rol que Ud. desempeña en la organización?
- 3- ¿Ud. considera que se trabaja de manera multidisciplinaria o interdisciplinaria en la Dirección Provincial de Coordinación Sanitaria?
- 4- ¿Reconoce factores motivadores para realizar la tarea? ¿Existen?
- 5- ¿Ha trabajado previamente en equipos interdisciplinarios?
- 6- ¿Cree que el trabajo interdisciplinario mejora la atención del paciente derivado?
- 7- ¿Considera que la organización fomenta la tarea interdisciplinaria?
- 8- ¿Existe un lineamiento claro a la hora de organizar el trabajo en Dirección de Coordinación Sanitaria en CABA?
- 9- ¿Considera que las diferentes disciplinas superponen sus trabajos?

10- ¿Cree que la manera en que se aborda al paciente contribuye a una atención de calidad? ¿Cree que el pte está conforme con la atención recibida en esta Dirección?

11- De acuerdo a su mirada, ¿se logra abordar al Pte. de manera integral? ¿Percibe fragmentación en el abordaje y cuidado del Pte.?

12- ¿Existe alguna normativa que genere frustración o incomodidad al momento de realizar su tarea?

13- ¿Cree que posible la tarea interdisciplinaria en este equipo de trabajo?

14- La formación personal recibida ¿le permite abordar a los ptes derivados de manera integral?

¿Cómo es la comunicación que tiene con los integrantes del equipo? 16- Desde su perspectiva ¿que considere Ud. que podría

Anexo N° VII: ACUMAR (Términos de Referencia)

**TÉRMINOS DE REFERENCIA
ENFERMERO/A UNIVERSITARIO/A**

- 1. Nombre del puesto:** Enfermero/a Universitario/a.
- 2. Lugar de prestación de servicio:** desarrolla sus tareas dentro de la USAM y en actividades territoriales - extramuros- del municipio donde se desempeña y/o en otros municipios, según proyectos a los que sea asignado/a por parte de la DGSA, en la franja horaria a determinar por EL CONTRATANTE.

| | |
|---|---|
| Lugar de prestación de servicios: | Carga horaria de la prestación de servicios: 30 |
| USAM <input type="checkbox"/> | horas semanales <input type="checkbox"/> |
| ACUMAR Central <input type="checkbox"/> | 40 horas semanales <input type="checkbox"/> |

Especificar.....
.....

Especificar.....
.....

3. Líneas de autoridad e Instrucciones; formas de comunicación: reporta Director General de Salud Ambiental o a quien éste designe como referente.

4. Funciones, misiones y actividades.

- 4.1. Realiza actividades de cuidado de la salud en enfermería, preventivas y de promoción de la salud.
- 4.2. Contribuye con las tareas administrativas relacionadas con su quehacer.
- 4.3. Participa en operativos asistenciales, de prevención y promoción de la salud, en el municipio en el que se desempeña o en otros municipios, según proyectos definidos por la DGSA.
- 4.4. Redacta informes vinculados a las funciones que desempeña.

Todo su accionar se realiza según asignación de funciones y tareas por parte del Coordinador/a de la USAM, del Director de Salud Ambiental de ACUMAR, o de otro referente designado por el mismo.

5. Requerimientos del puesto. Auxiliar de enfermería.

6. Valores/Actitudes:

- 6.1. Respeto hacia la cultura, valores y prácticas de la comunidad con la que trabaja.
- 6.2. Respeto hacia las personas, familias, actores territoriales, usuarios de los servicios de salud e integrantes del equipo de salud con quienes interactúa.
- 6.3. Actitud proactiva hacia la participación en proyectos de atención clínica, de prevención y promoción de la salud, y positiva hacia el trabajo en equipos interdisciplinarios de salud.
- 6.4. Predisposición hacia la formación permanente.
- 6.5. Compromiso con la efectivización de los derechos de salud de la comunidad.
- 6.6. Compromiso hacia las normas institucionales de ACUMAR.

7. Habilidades/Capacidades deseables (presentes o a desarrollar en su plan de formación futura).

- 7.1. Habilidad para establecer una comunicación positiva con la comunidad, usuarios de los servicios de salud, y con el equipo de salud en el que se inserta.
- 7.2. Capacidad para redactar informes técnicos propios de su actividad.

8. Conocimientos deseables (presentes o a desarrollar en su plan de capacitación)

- 8.1. Conocimientos relacionados con su área profesional.
- 8.2. Conocimientos de enfermería comunitaria.
- 8.3. Conocimiento de promoción de la salud y promoción de ambientes saludables, a nivel local.
- 8.4. Conocimientos básicos de internet y paquete office.

9. Relaciones internas con otros puestos de la organización. Presta servicios en colaboración con el/la Coordinador/a de la USAM y con otros integrantes del equipo de salud, en la planificación y ejecución de proyectos y acciones sanitarias.

10. Relaciones externas. Puede vincularse con personas, familias, instituciones y organizaciones (públicas, privadas y del tercer sector) de la comunidad (bajo la supervisión del Coordinador/a de la USAM) a fin de llevar adelante los proyectos en los que participa.

11. Responsabilidades exigibles.

- 11.1. Es responsable por alcanzar los resultados de las acciones y actividades que específicamente se le asignen, en el marco de sus posibilidades.
- 11.2. Es responsable de reportar, de modo fehaciente, al Coordinador/a de la USAM, los obstáculos que encuentre para el desarrollo de sus actividades, y/o cualquier circunstancia que pueda interferir con el buen desempeño de las mismas.
- 11.3. Es responsable por la adecuación de los vínculos que establece con la comunidad, los actores territoriales con los que interactúa (públicos, privados y de la sociedad civil) y con el resto del equipo de trabajo.
- 11.4. Es responsable de mantener la confidencialidad de la información que produce o maneja en el marco de sus tareas.
- 11.5. Es responsable de actuar conforme a las normas dictadas por ACUMAR y de desempeñarse de modo ético, conforme a las normas establecidas por los colegios, asociaciones profesionales o autoridades sanitarias que regulan el ejercicio de su profesión.

12. Requisitos formales

- 12.1. Documento Nacional de Identidad (DNI).
- 12.2. Constancia de CUIL/ CUIT.

- 12.3. Constancia de Opción de Monotributo.
- 12.4. CV actualizado.
- 12.5. Título o certificado habilitante. De ser extranjero validado en la República Argentina por autoridad competente de acuerdo a normativa vigente.
- 12.6. Matrícula Nacional y/o Provincial vigente.
- 12.7. Fotocopia del Seguro de Mala Praxis vigente.
- 12.8. Si está cursando estudios, presentar título o constancia, según corresponda.

13. Incompatibilidades

Se anexa la Declaración Jurada de Incompatibilidades y Conflicto de Intereses.

