

50
FCPOLIT

Facultad
de Ciencia Política
y Relaciones Internacionales
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

TRABAJO INTEGRADOR FINAL
MODALIDAD PRÁCTICA
DISCIPLINAR

DISEÑO DE UN SISTEMA
DE GESTIÓN PARA

TRANSITAR

LA ATENCIÓN DE PACIENTES DE
EFECTORES PEDIÁTRICOS AL SERVICIO DE
ADULTOS

SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL DE
NIÑOS "VÍCTOR J. VILELA"



ALUMNA

Natalia C. Paccussi

DIRECTOR

Lic. Jean Escobar

CO-DIRECTORA

Lic. Silvana Morales

ROSARIO, 2024

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1	1.1 Breve presentación de la situación problemática	5
		1.2 Identificación del área de intervención.....	6
		1.3 Objetivo General.....	8
		1.4 Objetivos Específicos	8
		1.5 Justificación de la pertinencia del trabajo y modalidad elegida	9
		1.5.1 Motivos por los cuales se seleccionó el espacio sobre el cual se proyectará la intervención. Modalidad de práctica disciplinar.....	10
ASPECTOS TEÓRICO- METODOLÓGICOS	2	2.1 Perspectiva Teórico-conceptuales elegidas para abordar la problemática	11
		2.1.1 Adolescencia	11
		2.1.2 Transición	11
		2.1.3 Transición como proceso y como evento. Diferencias.....	13
		2.1.4 Enfermedades crónicas complejas	14
		2.1.5 Trasabilidad en pacientes pediátricos	15
		2.2 Enfoques y técnicas metodológicas utilizadas	15
DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN	3	3.1 Caracterización de la organización/ámbito de intervención	19
		3.1.1 Los ejes de la gestión de salud pública municipal de Rosario	20
		3.1.2 Atención Primaria de la salud	21
		3.1.3 Articulaciones entre niveles intersectoriales	22
		3.1.4 Dinámica de atención en red: Area Ambulatoria del Hospital de Niños " Víctor J. Vilela" (C.E de especialidades Médicas) y Centros de Salud	22
		3.2 Mapa de actores intervinientes	25
		3.3 Identificación de la problemática a abordar y sus causas ..	27
PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE ACCIÓN	4	4.1 Identificación y descripción de la estrategia de intervención seleccionada	34
		4.2 Objetivos de la estrategia	36
		4.2.1 Objetivo General	36
		4.2.2 Objetivos específicos.....	37
		4.2.2.1 OE1.....	37
		4.2.2.2 OE2.....	37
		4.3 Beneficiarios.....	38
		4.3.1 Beneficiarios/as directos/as.....	38
		4.3.2 Beneficiarios/as indirectos/as.....	38
		4.4 Plan de Actividades	
		4.4.1 Nivel de acción N° 1	38
		4.4.2 Nivel de acción N° 2.....	45
CRONOGRAMA	5		50
REFLEXIÓN FINAL	6		51
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	7		54
ANEXOS	8		56

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y TABLAS

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Ubicación geográfica Hospital de Niños “Víctor J. Vilela”	8
Gráfico N° 2: Principales causas de enfermedades por años de vida	12
Gráfico N° 3: Diagrama de flujos: Circuito de turnos HVJV	24
Gráfico N° 4: Mapeo de actores intervinientes	27
Gráfico N° 5: Matriz FODA. HVJV	31
Gráfico N° 6: Arbol de Problemas	32
Gráfico N° 7: Arbol de Objetivos	33
Gráfico N° 8: Patologías que ofrecen mayores dificultades para lograr la transición	35
Gráfico N° 9: Cuadro resumen Estrategia de Intervención	36
Gráfico N° 10: Muestra de pacientes atendidos por el Servicio de Neurología. Segun rango etario. Año 2023.....	37
Gráfico N° 11: Circuito del proceso de atención : Neurólogo/a, Familia y Médico/a coordinador/a	41
Gráfico N° 12: Infomapa Corredores Sanitarios.....	43
Gráfico N° 13: Base de datos de pacinetes en condiciones de realizar la transición.....	44
Gráfico N° 14: Diagrama de Gantt.....	50

INDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Diferencias entre la asistencia médica pediátrica y la del medico de adultos	14
Tabla N°2: Resultados del Relevamiento de experiencias de transiciones en Argentina 2022	18
Tabla N°3: Actividades y Tareas	48



AGRADECIMIENTOS

A Benicio, Vera y Sebastián por acompañarme y esperarme siempre.

Al Lic. Jean Escobar y Lic. Silvana Morales por su confianza, profesionalismo, tiempo y dedicación.

A mi querida familia de Ordoñez, en especial a mi madre por acompañarme en los inicios de este camino y a la familia Macedo.

A los directivos del hospital, actual y a la gestión anterior por permitirme llevar adelante el proyecto.

A mi grupo hospitalario de trabajo.

A las familias que transitan el hospital, y que acompañan incansablemente a sus hijas/os para brindarle una mejor calidad de vida.

A la Lic. Fernanda Pigozzi y Dra. Roxana Juan, por brindarme las herramientas necesarias y a los profesionales que participaron de las entrevistas y contribuyeron a la construcción colectiva del proyecto.

A mi compañera Cecilia Gollan que me motivó siempre a no bajar los brazos.

A la Universidad pública y su gratuidad por permitirme formarme como profesional.

A mis amigas de la primera hora, a las que me dió la facultad, y a las/os de este último tiempo con quienes compartí un gran equipo de trabajo y estudio.

Y a Elio que aún hoy, guía mis pasos.

A todos/as ellos/as, GRACIAS.

Universidad y Salud pública de calidad, siempre!

1. BREVE PRESENTACIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La atención óptima de la salud se alcanza cuando cada persona recibe, a lo largo de toda su vida, el cuidado médico apropiado. Un elemento clave es la continuidad de ese cuidado en los diferentes estadios del desarrollo y, en particular, al pasar de la pediatría a la medicina del adulto¹. Lo cual, redundará en una mejor calidad de vida adulta de estos pacientes.

El concepto de transición se aplica a todos los pacientes, tanto sanos como con enfermedades crónicas. "El objetivo de una transición planificada del cuidado de la salud es maximizar el buen funcionamiento y el bienestar de las juventudes con requerimientos especiales de salud o sin ellos"².

Es sabido que muchos pacientes con enfermedades crónicas presentan retraso en la adquisición de pautas psicosociales, como también en el desarrollo sexual. Las limitaciones físicas, el uso de medicación, el retardo de crecimiento y retraso puberal, que pueden aparecer en muchos casos, suelen entorpecer la posibilidad de establecer nuevas relaciones.

El paso del adolescente, con una enfermedad crónica o sin ella, a la atención del médico de adultos, puede ser considerado como un evento, o un proceso, este último no necesariamente se relaciona con la edad cronológica, sino con el desarrollo madurativo y con aspectos psicosociales, educativos y vocacionales. Por ello, la transición comienza en pediatría pero continúa en los servicios médicos de adultos. La transición considerada como un proceso, debe darse de manera gradual, pues implica un proceso planeado en el tiempo para la detección de recursos educacionales, médicos y de atención de los servicios de adultos. El proceso de transición debe comenzar el día del diagnóstico, es decir: plantear la transición desde el inicio, apunta a reafirmar las capacidades del niño o del adolescente y no los déficit, pensándolo como un futuro adulto con poder de decisión y responsabilidades, lo cual implica un proceso de preparación.

Este tipo de afirmaciones, si bien ciertas, se deberán adaptar a cada situación en particular, para elegir el momento y la forma adecuada de iniciar la preparación. El adolescente y su familia deben estar involucrados en la decisión

¹ Transición en la atención médica, de la pediatría a la medicina del adulto. Dra. Carmen L. De Cunto. 2012.

² Idem

de la transición. Esta planificación debe adaptarse de manera flexible a los tiempos que requiera cada paciente, para ir logrando el desarrollo de su capacidad de autonomía en distintas áreas de su vida. Los médicos pediatras y la familia deben prepararse para “dejar ir al adolescente”. Es menester saber reconocer cuándo el paciente-niño ya es capaz de su autocuidado, favorecer su crecimiento y facilitar la transición. En este aprendizaje, es esencial la coordinación entre los servicios tratantes, sea pediátricos y adultos, familia y paciente.

1.2 Identificación del Área de Intervención

El Hospital de Niños “ Víctor J. Vilela” como tercer nivel de atención

El hospital está ubicado sobre calle Virasoro 1855, entre calle Italia y Dorrego, barrio España y Hospitales, en el centro-sur del Departamento Rosario de la Provincia de Santa Fe. Dependiente de la Secretaría de Salud Pública Municipal, se constituye dentro del paradigma de salud pública como parte de la decisión estratégica o eje articulador que impregna todo el sistema³.

En la actualidad, el Hospital forma parte de la red de efectores de Salud Pública Municipal:

- **52 Centros de Salud de Atención Primaria**, puerta de entrada de pacientes a la red y localización de los equipos de referencia en las especialidades básicas.
- **El Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias(CEMAR)** donde a través de 24 especialidades médicas se realizan las interconsultas ambulatorias requeridas desde el primer nivel de atención o también desde los hospitales polivalentes.
- **5 hospitales.** Tres de ellos son generales (polivalentes) y de mediana complejidad- Hospital Alberdi (zona Norte), R. Sáenz Peña (Sur) y Carrasco(Oeste). Dos son de alta complejidad destinados a resolver urgencias e internación: El Hospital de Emergencias

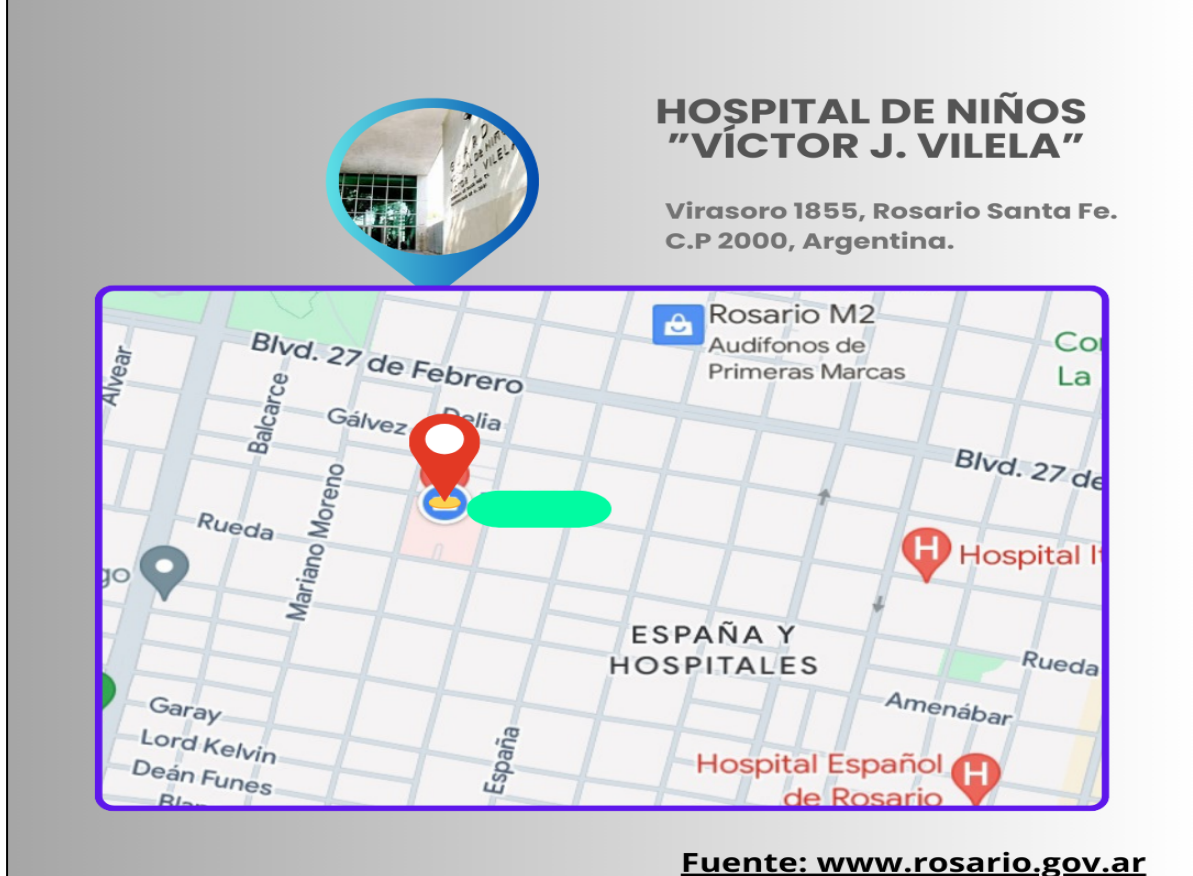
³ Salud en el municipio de Rosario. Construcción de Salud según sus protagonistas. Principios orientadores. Ejes de Gestión. Entrevistas. UNR editora 2003.

“Clemente Alvarez” (HECA) y el **Hospital de Niños “ Víctor J. Vilela”**.

- **2 maternidades:** Martin y R.S.Peña
- **6 Centros de Rehabilitación física.**
- **Internación Domiciliaria**
- **SIES** (Sistema Integrado de Emergencias Sanitarias): equipos de ambulancias que atienden fundamentalmente accidentes de tránsito y otras emergencias urbanas.
- Junto a estos efectores para la atención directa al público debemos considerar los servicios de apoyo técnico, como el LEM (Laboratorio productor de especialidades medicinales) , El Instituto del Alimento, el Instituto Lazarte(en el tema de capacitación)⁴.
- **Salud animal Rosario (SAR).** Cuenta con dos ejes: I). Atención en Salud Animal: lleva adelante las castraciones en puestos fijos e itinerantes en distintos puntos de la ciudad: IMUSA, puestos fijos por distrito, colectivo SAR(móvil) y programa de castraciones barriales. II). Protección, rescate y adopción: CAAM (Centro de Adopción Animal Rosario).

⁴ Salud en el municipio de Rosario. Construcción de Salud según sus protagonistas. Principios orientadores. Ejes de Gestión. Entrevistas. UNR editora 2003.

Gráfico N° 1: Ubicación Geográfica Hospital de Niños "Víctor J. Vilela"



Fuente: www.rosario.gov.ar

1.3 Objetivo General

Conocer el proceso de vinculación administrativa entre el Servicio de Neurología del Hospital de Niños " Víctor J. Vilela", los Centros de Salud y los efectores de adultos del Sistema de Salud Pública Municipal de la ciudad de Rosario. Aplicando herramientas y conocimientos adquiridos en la terminalidad de Administración Pública de la carrera.

1.4 O.E. 1: Diseñar un sistema de registro de salud del proceso de transición de los pacientes de efectores pediátricos a los efectores de adultos de la red municipal.

1.4.1 O.E 2: Configurar un dispositivo de enlace que posibilite la transición de los pacientes de efectores pediátricos entre los diferentes efectores de la Red de Salud Municipal.

1.5 Justificación de la pertinencia del trabajo y modalidad elegida

La pertinencia del trabajo encuentra asidero en la posibilidad de poder poner en juego las habilidades adquiridas a lo largo de nuestra carrera con una necesidad concreta de intervenir en los procesos de atención que se pretende actuar. Tanto en el área de Programación de Proyectos como el resto de las materias del ciclo superior de la carrera, se plasma una competencia y herramientas necesarias que facilitan y favorecen el desarrollo profesional de cada uno en cualquier tipo de organización sobre la que se está actuando, sea pública o privada. Sobre todo, si hablamos del Estado, su objetivo principal, a través de la Administración Pública es la promoción del desarrollo socioeconómico, científico, tecnológico y para poder materializarlo, necesita la formulación de proyectos. Aquí yace el rol clave de los mismos, ya que son la pieza individual que aporta la planificación mediante sus conceptos, técnicas y metodologías que dinamizan estos procesos.

En este camino, resulta importante poder brindarle a la planificación la capacidad de resituar y redireccionar con un sentido u otro, la gestión de políticas públicas tal y como veíamos en los autores que piensan al proceso de planificación. Pensar estratégicamente, en autores como Testa, implica “brindar el conocimiento y una capacidad a la acción para transformar ganando espacios, tiempos y condiciones favorables para el logro de determinados objetivos”. En este sentido, planificar supone: definir propósitos, establecer mecanismos para alcanzar estos propósitos, realizar acciones y conocer el resultado de esa acción y los ajustes que debe tener cada una de las etapas asumiendo la responsabilidad de gestionar la complejidad del proceso.

En ese cruce es donde se pone en juego nuestro rol como futuros politólogos/as, pero siempre en esa íntima tensión que tiene que ver con orientar acciones para dotar de mayor capacidad, racionalidad y transparencia a la acción de gobierno, logrando planificar lo político pero también en politizar la técnica, ya que el proceso de “planificación estratégica”, no es puro diseño sino que implica además: trabajar con los actores de la vida real, con los recursos de poder, ser sensibles a una “arena de disputa” y tensiones y que muchas veces los objetivos propuestos están atravesados tanto por los interesados, los técnicos, los beneficiarios de una acción de transformación y que pueda además apropiarse de los objetivos que se quieran alcanzar. Esto último, también es

parte de planificar, del acto de constituir direccionalidad y de incertidumbre a esta acción de gobierno.

1.5.1 Motivos por los cuales se seleccionó el espacio sobre el cual se proyectará la intervención. Modalidad de práctica disciplinar

El interés puesto en la temática a trabajar cobra sentido en la posibilidad de aplicar valor dentro del ámbito organizacional en el que se desarrollará el TIF y que, a su vez, es coincidente con mi lugar de trabajo. Por lo cual, el poder conectarlo con la realización de la modalidad de práctica disciplinar, se convierte en lo personal, en un desafío y un aprendizaje muy interesante.

Se pretende trabajar colectivamente con los actores intervinientes en el tema de la transición, a fin de fortalecer y robustecer los ejes y principios básicos de la gestión de red de salud municipal y en particular, apuntar a la conformación de un dispositivo de enlace que permita el tránsito de pacientes pediátricos al servicio médico de adultos de *manera respetuosa, consensuada y formalmente establecida*. La transición como derecho a la salud, implica el acompañamiento de las y los referentes afectivos, de las familias, de la comunidad y del Estado las cuales deben adecuarse a las necesidades, las capacidades y los deseos de cada adolescente y se asume como una cuestión de derechos de niñas, niños y adolescentes a gozar plenamente de sus derechos, consagrados legalmente en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y otros instrumentos legales.

Si bien el derecho a la salud es lo mas claramente afectado, compromete también el ejercicio de otros derechos, como el derecho a la educación, a la información, a la no discriminación, al juego y al esparcimiento y, más ampliamente a la vida, a la supervivencia y al desarrollo pleno.

En este sentido, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 de la Organización de Naciones Unidas (ONU) establecen compromisos fundamentales: en su objetivo 3º que insta a los Estados parte a comprometerse a garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas.

2. ASPECTOS TEÓRICO- METODOLÓGICOS

2.1 Perspectivas Teórico-conceptuales elegidas para abordar la problemática

A raíz de la problemática propuesta, se contemplarán diferentes conceptos, que se consideran pertinentes a la hora de analizar y comprender el fenómeno bajo estudio.

2.1.1 Adolescencia

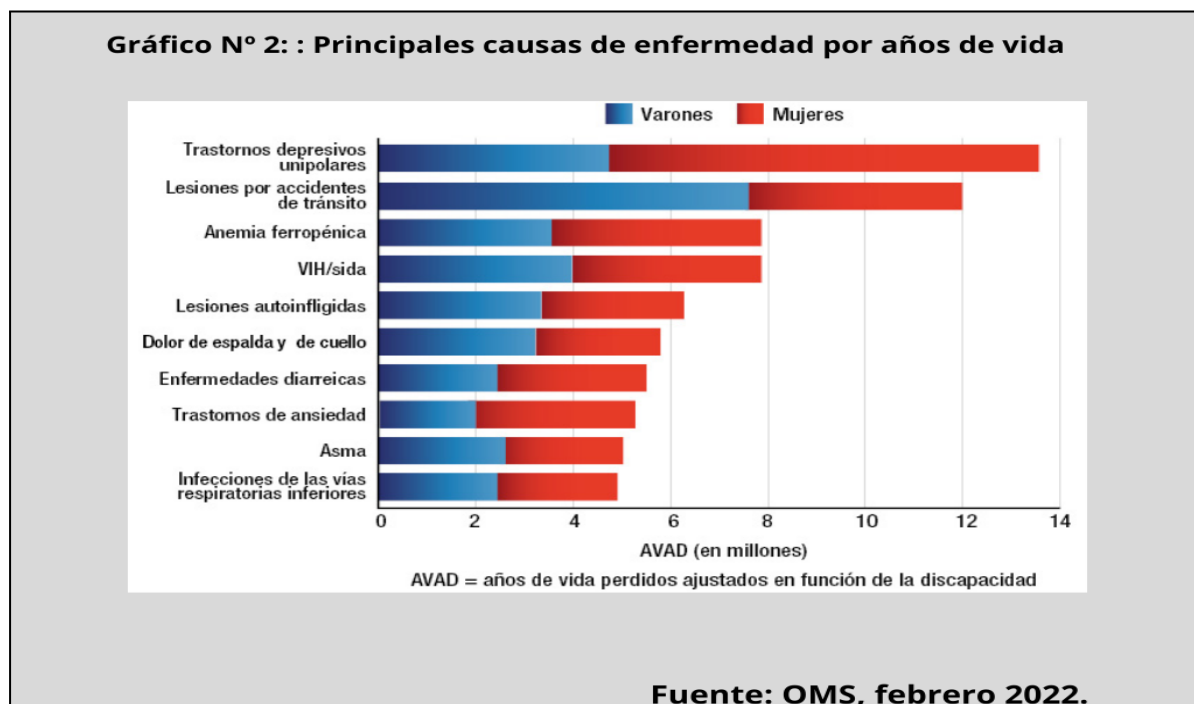
A fin de realizar un primer acercamiento es pertinente poder definir "adolescencia." La adolescencia es definida como una etapa de transformación, independiente de la primera infancia y la edad adulta, comprendida en la segunda década de vida, entre los 10 y 19 años. La adolescencia clásicamente está sub clasificada en adolescencia temprana (10 a 13 años), adolescencia media (14 a 16 años) y adolescencia tardía (17 a 19 años), se caracteriza por múltiples cambios fisiológicos y psicológicos. Además de la maduración física y sexual, estos cambios incluyen la transición hacia la independencia social y económica, afianzamiento de la personalidad, capacidad para establecer relaciones sociales maduras, razonamiento abstracto y asumir funciones de la vida adulta. Considerando todos estos aspectos, representa un período de riesgos psicosociales importantes⁵.

A nivel mundial, una de cada cuatro personas es adolescente. De acuerdo con un informe presentado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada día fallecen aproximadamente 1.2 millones de adolescentes, de los cuales más de dos terceras partes mueren en países de medianos ingresos por causa prevenibles (accidentes de tránsito, suicidios e infecciones respiratorias bajas). La OMS estima que *el 70 % de las muertes prematuras en el adulto son consecuencia de conductas de riesgo de inicio en la adolescencia, por lo que esta etapa es un eslabón principal en el objetivo de una adultez y vejez sana*⁶.

⁵ Pediatría. Revista Pediátrica. Transición del adolescente sano al servicio médico de adultos. Andrea Ortiz y otros. www.revistapediatria.org.

⁶ OMS: www.who.int.

Desde la mirada de la atención sanitaria, se destaca la importancia de contemplar la integralidad en salud y "*considerar el derecho al acceso a una atención de calidad*". (MSAL 2021a). Esta se alcanza cuando cada persona recibe a lo largo de toda su vida, el cuidado de la salud integral. Un elemento clave es la continuidad de ese cuidado en los diferentes estadios del desarrollo; y en particular, con relación a adolescentes y jóvenes, al pasar a ser atendidos por los servicios de salud para personas adultas⁷.



2.1.2 Transición

La transición hace referencia al proceso planificado previo, durante y posterior a la transferencia. Está definido como el período de tiempo en el que el profesional de salud encargado anticipa el cambio, constituyendo una fase de preparación, vigilancia y aceptación dirigido hacia el paciente y su familia. El proceso deberá ser individualizado acorde con las necesidades de cada paciente, abordando aspectos médicos, psicosociales, educativos y en general, cubriendo el mayor número de áreas posible para afrontar el futuro, con el propósito de asegurar el seguimiento adecuado y oportuno. En la literatura actual, los principales objetivos de la transición son los adolescentes con enfermedades crónicas, sin embargo, la atención del adolescente en miras a la prevención y

⁷ Plan nacional para las transiciones de adolescentes y jóvenes con condiciones crónicas. Hacia su atención en servicios y equipos de salud para personas adultas: una propuesta. Un abordaje con perspectiva de curso de vida

tamización puede conllevar a disminuir la prevalencia de enfermedades en la adultez. Siendo así, cada día se aumenta la necesidad de modelos o guías bien diseñadas para garantizar una transición exitosa entre la atención del adolescente a la atención adulta⁸.

2.1.3 Transición como proceso y como evento. Diferencias

La transición entendida como un proceso, debe ser gradual, pues implica un proceso planeado en el tiempo para la detección de recursos educacionales, médicos y de atención de los servicios de adultos. El proceso de transición debe comenzar el día del diagnóstico.⁹

El paso del adolescente con una enfermedad crónica o sin ella, a la atención del médico de adultos no debe ser un evento, sino un proceso relacionado no necesariamente con la edad cronológica, sino con el desarrollo madurativo y con aspectos psicosociales, educativos y vocacionales. Por ello, la transición comienza en pediatría pero continúa en los servicios médicos de adultos.

Plantear la transición desde el inicio apunta a reafirmar las capacidades del niño o del adolescente y no los déficit, pensándolo como un futuro adulto con poder de decisión y responsabilidades, lo cual implica un proceso de preparación¹⁰.

⁸ Pediatría. Revista Pediátrica. Transición del adolescente sano al servicio médico de adultos. Andrea Ortiz y otros. www.revistapediatria.org.

⁹ Transición en la atención médica, de la pediatría a la medicina del adulto. Dra. Carmen L. De Cunto. 2012. <http://www.scielo.org.ar>

¹⁰ idem

Tabla N° 1: Diferencias entre la asistencia médica pediátrica y la del médico de adultos

Tabla IV. Diferencias entre la asistencia médica del pediatra y la del médico de adultos	
<i>Asistencia pediátrica</i>	<i>Asistencia al adulto</i>
Orientado a la familia	Enfocado al individuo
Considera aspectos del desarrollo	Centrado específicamente en la salud/enfermedad
Coordinación con servicios sociales y el colegio	Menos coordinado con servicios sociales y con el mundo laboral
Ayuda individualizada con el tratamiento	Más aceptación del rechazo por parte del paciente a ser tratado
Más supervisión	Menos supervisión
Paternalista	Participación del paciente en las decisiones terapéuticas
<i>Modificada de: Robertson L. When should young people with chronic rheumatic disease move from paediatric to adult-centred care? Rheumatology. 2006; 20: 387-97.</i>	

Fuente: OMS, febrero 2022.

2.1.4 Enfermedades crónicas complejas

Se propone una definición de la OMS del año 2005 de enfermedades crónicas como "Aquellos problemas de salud que requieren un tratamiento continuado durante un periodo de años o décadas. Existen muchas enfermedades crónicas, pero todas tienen en común que afectan habitualmente en los aspectos sociales, psicológicos y económicos de la vida de las personas".¹¹ Una vez definido el concepto de enfermedad crónica, pienso que es importante remarcar algunas de las características que este tipo de enfermedades tienen en común, (Ollero,M., et al., 2011) describen las siguientes:

- Las enfermedades crónicas se suelen presentar con comorbilidad.
- Provocan deterioro del organismo y afectan a las personas a nivel funcional.
- Aparecen de forma gradual.
- Prevalen habitualmente en edades avanzadas.¹²

¹¹ Proceso de transición de hospital pediátrico a hospital de adultos en pacientes crónicos complejos del Hospital Sant Joan de Déu. Rocío Jiménez Domínguez, María Tereza L Cavalcante Facultad Pere Tarrés, Universidad Ramon Llull.

¹² Idem.

2.1.5 Trazabilidad en pacientes pediátricos

La trazabilidad en pacientes pediátricos es fundamental para garantizar una atención médica integral y de calidad. La misma sirve de hoja de ruta del paciente a fin de tener contenida toda la información necesaria al momento de la transición, es un insumo clave para la realización del resumen de Historia Clínica. Se considera muy importante, la disponibilidad de la información unificada más relevante del paciente para todos los profesionales de la salud involucrados en el proceso, incluyendo protocolos para establecer el tratamiento adecuado ante una posible descompensación aguda o cualquier complicación que pudiera surgir.

El contenido de la trazabilidad del paciente consiste en:

Historia Clínica: Registro y seguimiento de la evolución de su salud a lo largo del tiempo, incluyendo antecedentes médicos, vacunación, medicación de base, alergias, tratamientos previos y cualquier otra información relevante.

Seguimiento del crecimiento y desarrollo de la patología del paciente: La trazabilidad de las mediciones de crecimiento, hitos de desarrollo y otros parámetros pediátricos permite detectar posibles problemas tempranamente y brindar intervenciones oportunas.

Coordinación entre especialistas: En casos donde los pacientes pediátricos requieren atención multidisciplinaria, la trazabilidad facilita la coordinación entre diferentes especialistas para garantizar una atención integral y coherente. (Ver Anexo 1).

La implementación del Sistema DATATECH, de registro médico electrónico de la red, en su apartado de Visualización de historia clínica, ha mejorado significativamente tanto la trazabilidad del paciente como la unificación de la información de la historia clínica del paciente, suplantando, en parte el registro en historia clínica soporte papel.

2.2 Enfoques y técnicas metodológicas utilizadas

En primer lugar, es importante señalar que la metodología que se aplicará y guiará el presente trabajo será la de la ruta Cualitativa. Tal y como se describe en el Manual de Metodología de la investigación de Roberto Hernández Sampieri,

“En la ruta cualitativa se define a través de las interpretaciones de los participantes y del investigador respecto de sus propias realidades”.¹³

A fin de contar con este tipo de información, y como sustento metodológico del presente trabajo, la formación académica de la carrera cuenta con innumerables técnicas y herramientas que posibilitan la realización de un trabajo de intervención de estas características para llevar adelante cada etapa. La selección del análisis documental disponible, dota de un encuadre teórico al objeto de estudio y la aplicación de las diferentes herramientas y técnicas complementa la labor, para el desarrollo de un correcto diagnóstico. El Manual de CIPPEC para la Planificación de políticas, programas y proyectos sociales, da cuenta de las diferentes herramientas de recolección de información, tal es el caso de la confección del Árbol de Problemas y Objetivos, Matriz FODA, Mapa de actores y talleres participativo de diagnóstico, otorgándole un mayor dinamismo a la Práctica bajo la modalidad disciplinar escogida.

En cuanto al ciclo de vida de proyecto, esta práctica tendrá su apoyatura en los manuales de ILPES indaga sobre “Identificación, Formulación y Ejecución del proyecto,” el cual permite llevar adelante el plan de ejecución, es decir: las líneas de acción y cómo realizar las principales actividades propuestas.

En este sentido, es indispensable tener una aproximación a las principales herramientas para la elaboración, implementación y evaluación de un proyecto que pretenden formar a futuras/os administradores públicas/os, en cualquier nivel del estado, pudiendo reconocer cual es el papel que ocupa el proyecto dentro del proceso de planificación más general, en este caso reconocer los diferentes programas y políticas en materia de salud pública que presta el Estado en todos sus niveles entendiendo sus lógicas y dinámica y las posibilidades de introducir dispositivos de intervención y producir mejoras. A partir de la indagación, búsqueda y recopilación bibliográfica de diferentes autores que nos acercan al objeto de estudio y la posibilidad de indagar sobre sus causas.

La posibilidad de contar con el testimonio de referentes institucionales es clave, tal es el caso de la entrevista realizada tanto a la Jefa del Área Ambulatoria del hospital, como así también las y los profesionales del mismo, y poder contar con los testimonios de los diferentes referentes y coordinadores

¹³ Metodología de la Investigación. las rutas cuantitativa, cualitativas y mixta. Roberto Hernández Sampieri. Christian Paulina Mendoza Torres. Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A de C.V, Ciudad de México. 2018.

distritales y de Salud le dan una mirada más integral a la problemática. Esta fuente de información permite brindar información específica sobre el ámbito sobre el cual se proyectará a futuro, la presente intervención. Como así también, disponer de experiencias previas referidas a la problemática, permiten un mayor acercamiento a la misma.

3. DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN

"Estas mismas posibilidades de creación y re-creación deliberada de sistemas organizacionales, conducen a la necesidad de conocer su situación y las condiciones en que se encuentran, así como de las alternativas que ofrecen para la solución de problemas de la sociedad".¹⁴

En la Argentina, existe legislación sobre muchas de las condiciones crónicas que comienzan en la niñez, pero ninguna aborda de manera específica esta transición. Si bien hay cada vez más experiencias, son aisladas y se encuentran en aquellos lugares donde hay mayor concentración de especialistas pediátricos y médicos que atienden adultos. Las estrategias existentes se vinculan principalmente con intereses y necesidades de los equipos asistenciales y también con los contactos profesionales con que se cuente para establecer una red de atención.

Desde algunas sociedades científicas como la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) y referentes de ciertas instituciones hospitalarias se organizaron reuniones científicas para reflexionar sobre la temática y se generaron recomendaciones (SAP 2012). Pero aun cuando es claro que la transferencia se debe realizar, en el sistema de salud argentino ocurre de manera sistemática a una edad puntual (habitualmente al cumplir 18 años, pero con diferencias según servicios y/o jurisdicción), sin importar que se haya o no realizado un proceso de transición, generando dificultades en la atención y consecuencias no deseadas. Hasta el momento, las transiciones de adolescentes con condiciones crónicas de salud no fueron abordadas desde la macrogestión nacional ni desde la jurisdiccional, de manera centralizada y organizada dentro de una política pública.

¹⁴ Darío Rodríguez M. " El Diseño Organizacional" .Textos universitarios.Facultad de Ciencias Sociales. Séptima edición. Ediciones UC.

A nivel nacional es la primera vez que se coloca en agenda esta problemática, entendiendo que el tema amerita que se pongan a disposición todas las herramientas teóricas y prácticas de la salud pública para atenderlo, problematizarlo, ordenarlo y planificarlo dentro de un marco regulatorio nacional.

En este contexto, desde la Dirección Nacional de Abordaje por Curso de Vida (DNACV) se remitió una encuesta (Anexo 2) a referentes de pediatría y adolescencia de las 24 jurisdicciones del país. Posteriormente, se realizaron entrevistas con equipos de algunos efectores considerados de referencia por su complejidad y volumen de pacientes atendidos. Esta iniciativa fue la única —hasta el momento— de aproximación al tema y a los equipos tratantes en cada jurisdicción y sus hospitales.

La encuesta fue respondida por nueve provincias (Córdoba, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, Mendoza, Misiones, Neuquén, Río Negro y San Juan), representando el 37,5% de todas las jurisdicciones del país. Las y los referentes que participaron pertenecían a la dirección o coordinación de Maternidad e Infancia. Las respuestas se complementaron luego con una entrevista al referente de cada equipo que había respondido la encuesta. La tabla 1 resume la información recabada a nivel nacional.

Tabla Nº 2: Resultados del relevamiento de experiencias de transiciones en Argentina 2022

Realización de transiciones de usuarios/as pediátricos con condiciones crónicas/no crónicas de salud que requieran tratamientos prolongados hacia equipos de adultos	En 7 provincias respondieron que sí las realizaban. En una provincia respondieron TAL VEZ y en otra, directamente refirieron NO realizarlas.
Cuentan con equipo de transiciones	2 jurisdicciones respondieron afirmativamente (responsabilidad a nivel de la microgestión de algunos hospitales y en algunos casos para algunas condiciones crónicas de salud)
Representantes del equipo de transiciones	profesionales médicos y no médicos
Corte etario para la transición	Variable según lugar, condición crónica de salud y evolución: 14, 16 y 18 o 19 años.
Antelación del proceso	variable según servicio, diagnóstico, edad del asdolescente y posibilidades de derivación: inmediata 1 a 6 meses, 1 año. En un solo caso refirieron un periodo más extenso de 2 años.
Sistema de registros	Ninguno específico de transiciones, solo el registro hospitalario habitual.
Protocolos establecidos	7 provincias respondieron que NO. 2 provincias: SI. los protocolos se establecen en la microgestión, por servicios. En una sola refieren consenso con la Dirección del hospital.
Convenios entre sectores	Todos refieren redes no formalizadas.
Cobertura	Pública exclusivamente. En una provincia refirieron mixta.
Abordaje de la temática " Transiciones"	En 5 jurisdicciones refieren nunca haberlo hecho.

	4 provincias refieren haberlo hecho a nivel central provincial.
Capacitaciones/instancias de intercambio de los equipos tratantes	En 2 jurisdicciones refieren hacerlo mediante ateneos. En otras 2, encuentro de experiencias.
Articulaciones con organizaciones	Ninguna.
Problemas identificados	Discontinuidad del tratamiento. Miedo de la familia Falta de turnos en servicio de adultos. Falta de disponibilidad de servicios de adultos no hospitalarios. Falta de camas de internación para adolescentes en servicios de pediatría. redes informales. Ausencia de mesas de trabajo/intercambio entre servicios de pediatría y de adultos, y de protocolos formales. No estandarización de la edad de transferencia. Falta de registros.
Propuestas superadoras	Formalización de un protocolo estandarizado desde la microgestión. Fortalecimiento de la red de Atención Primaria de la Salud (APS). Conformación de equipos específicos de transiciones conformados por referentes de servicios de pediatría y de adultos. Capacitaciones para profesionales. Talleres para estimular autonomía en adolescentes y apoyar a familias. Visitas guiadas a servicios receptores. " Pasaporte" para el paciente.

Fuente: Plan nacional para las transiciones de adolescentes y jóvenes con condiciones crónicas, sobre la base de DNACV, 2022.-

3.1 Caracterización de la organización. Ámbito de intervención

El hospital de Niños " Víctor J. Vilela" es definido como hospital general pediátrico de mediana y alta complejidad, es el único en la región en condiciones de resolver la consulta general y la emergencia pediátrica, ya que cuenta con todas las especialidades tanto en las áreas clínicas como quirúrgicas. Realiza atención de niñas y niños en la primera y segunda infancia y adolescencia temprana, con patologías agudas y crónicas. Su prioridad es la atención de la población carente de seguridad social y desarrolla permanentemente acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

Desde su fundación en 1903, ha experimentado un crecimiento gradual y sostenido que lo llevó, en sus últimos años, a duplicar su superficie cubierta registrando en todas las áreas un marcado incremento de la demanda que para el servicio de Emergencias fue superior al 30 %. Tal y como se mencionó anteriormente, resuelve gran parte de la demanda pediátrica de la ciudad y la región, con un porcentaje global de 35% de consulta de otras localidades en áreas de mayor complejidad, según los datos brindados desde el sitio de la

Municipalidad de Rosario.¹⁵ Cuenta además con un sector de internación con una capacidad total de 72 camas en sala general, 5 (cinco) camas específicas para la atención de pacientes en la Unidad de Quemados, 12 (doce) en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP), 2 (dos) camas en la Unidad de Trasplante de Progenitores Hematopoyético (UTPCH).

El hospital forma parte de la Red de Salud Pública municipal de la ciudad de Rosario y es además Unidad Académica formadora de recursos pediátricos y subespecialidades médicas. A fin de poder comprender la lógica de funcionamiento de la Red de Salud municipal y el lugar que ocupa el hospital y los Centros de salud, es importante hacer una breve descripción del mismo, tanto a nivel nacional como a nivel local.

El Sistema de Salud en la Argentina está conformado por tres subsistemas; 1) el Subsector público (Nación, Provincia y Municipios); 2) el Subsector de la Seguridad Social (Obras Sociales Nacionales, Obras Sociales Provinciales y el INSSJP); y 3) el Subsector privado (aseguradoras y efectores)¹⁶. El presente trabajo se halla específicamente focalizado en el subsistema público municipal. De modo que el abordaje de la situación problemática mencionada anteriormente tiene como primera limitación espacial al área metropolitana de la ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina.

Asimismo, el abordaje posee una segunda limitación, esta vez de carácter funcional en relación con el subsector público. Sus recursos provienen del sistema impositivo, y éste provee los servicios de salud de forma gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud a toda la población. Abarca aproximadamente el 30% de los servicios, en su mayoría destinados a grupos sociales de bajos ingresos¹⁷.

3.1.1 Los ejes de la gestión de salud pública municipal de Rosario

Los principios generales que ha sido planificada la gestión de salud pública municipal, tienen un primer nivel de concreción en los ejes de gestión. Los principales ejes fueron: *Gestión participativa* - por parte de los trabajadores y la

¹⁵ www.rosario.gov.ar

¹⁶ Manual de Medicina Preventiva y Social I. Salud y Salud Pública, 2013. www.unc.edu.ar

¹⁷ Idem.

comunidad- descentralización, atención primaria de la salud, recuperación de la capacidad instalada en los efectores, capacitación de equipos humanos - incluso con miembros de la comunidad incorporados en muchas de las actividades- promoción y protección de la salud, integración y articulación entre los diferentes niveles y efectores para facilitar la movilidad de los pacientes por todos los puntos del sistema, investigación y epidemiología como herramientas.

Estos ejes se han ido ampliando en sucesivas gestiones: producción de insumos por el Laboratorio Municipal (LEM) la concepción de redes; la concentración de las prestaciones más complejas en un nodo especial de la red creado con esa intención (CEMAR), entre otros ejes.¹⁸

3.1.2 Atención Primaria de la Salud

Respecto de la Atención Primaria, en 1978 la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud celebrada en Alma-Ata definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de Atención Primaria de la Salud (APS). La Conferencia identificó la APS como la principal estrategia para alcanzar la meta “salud para todos en el año 2000”, definiéndose como:

“La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.” (OMS, 1978: 25).

La atención primaria de la salud es el espacio en donde el sistema de salud toma conocimiento directo con las personas y la comunidad; además es valorado por aportar a la construcción de ciudadanía. Concibiendo la Atención primaria como estrategia se decide como primera medida fortalecer el primer nivel y facilitar su articulación con otros efectores¹⁹.

¹⁸ Salud en el municipio de Rosario. Construcción de salud según sus protagonistas. Principios orientadores. Ejes de Gestión. Entrevistas. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. UNR Editora. Rosario, República Argentina, Noviembre 2003.

¹⁹ Idem.

3.1.3 Articulaciones entre niveles e intersectoriales

La articulación intersectorial toma relevancia en el trabajo conjunto y coordinado facilitado por el grado de autonomía obtenido en APS. El rol de coordinadores transversales, acompañan y fortalecen el proceso de atención.

En este sentido, "las unidades ambulatorias, el trabajo con equipos matriciales, la posibilidad de trabajo con los coordinadores, es la única posibilidad que tenemos para encontrarle la vuelta y dotarla de un mayor acompañamiento con una lógica ya establecida, -en teoría- que es la matricialidad de referencia y que es la que vendría a compensar vendría a compensar esa lógica hospitalaria que intentamos romper todo el tiempo. Así y todo tenemos más cerca a los equipos que lo teníamos".²⁰

3.1.4 Dinámicas de atención en Red: Área Ambulatoria del Hospital de Niños "Víctor J. Vilela" (Consultorios Externos de Especialidades Médicas) y Centros de Salud Municipal.

El área de consultorios externos cuenta con 24(veinticuatro) consultorios para la consulta de 27 (veintisiete) especialidades pediátricas. De acuerdo al Departamento de Estadística del Hospital, se realizan aproximadamente 66.400 consultas ambulatorias por año, estas consultas son agendadas en un gran porcentaje desde los Centros de Salud Municipal, a través de un circuito informático, otro porcentaje de turnos se destina a los efectores de salud provincial, además el hospital cuenta con turnos para las recitaciones originadas por los propios especialistas e interconsultores que se suscitan en el hospital.

Es importante señalar los auspiciosos resultados que se han obtenido con la corporización de turnos, el cual implica que cada Centro de Salud disponga de cierta cantidad de turnos (se calcula en relación a la cantidad poblacional de cada Centro de Salud), a fin de administrarlo directamente a quien lo solicite. Esta corporización redujo en un 60 % el ausentismo ya que al finalizar la consulta con su pediatra de cabecera, el paciente se retira del Centro de salud

²⁰ Sebastian Maza, Jefe del Área Ambulatoria del Hospital Roque Saenz Peña. Reunión distrital, 31 de octubre de 2023. HSRP. Rosario, Santa Fe.

con el turno de la especialidad de acuerdo el caso. De este modo, el familiar acompañante no tiene que volver al Centro a retirar el turno²¹.

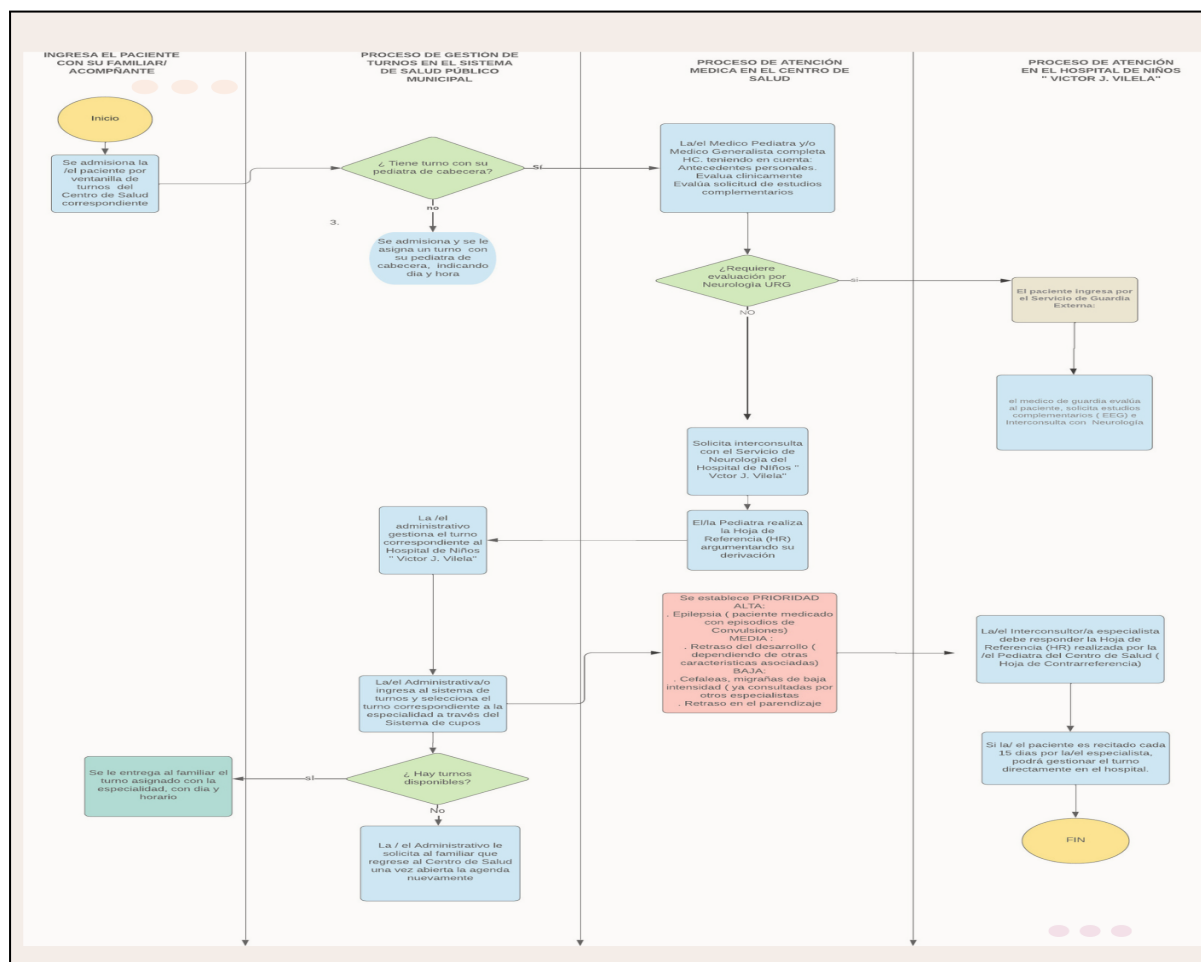
El sistema DATATECH es el sistema de gestión hospitalaria que se utiliza en toda la Red de Salud Municipal. El funcionamiento de este sistema en relación a la gestión de turnos, es el siguiente: habilita una ventana de turnos disponibles durante 15 días, es el tiempo mediante el cual, cada Centro de Salud puede -de manera independiente-, otorgar los turnos a las distintas especialidades. Pasado ese tiempo, se deberá aguardar que desde el hospital, se vuelva a habilitar la agenda de turnos disponibles para cada Centro de Salud.

Esta situación ha generado ciertas dificultades e inconvenientes de índole administrativa entre los centros de salud y el hospital y que repercute en definitiva, en que las familias no puedan acceder al turno con las y los especialistas en el hospital, por varias razones: el paciente y su familiar acompañante no concurrió más al Centro de Salud para consultar por el turno, o bien la/el administrativo del Centro de Salud no se contactó con la familia. Otra situación, bastante recurrente, tiene que ver con que las familias cuentan con recursos económicos para poder transportarse hasta el hospital el día del turno.

A continuación se presenta el diagrama de flujos elaborado para graficar la situación de llegada de pacientes al sistema de salud municipal, específicamente el circuito administrativo de turnos del Centro de Salud y su derivación al hospital.

²¹ Entrevista realizada a la Jefa del Área Ambulatoria HVJV, Dra. Roxana Juan. Febrero 2024.

Gráfico N° 3: Diagrama de flujos de circuito de turnos. Área Ambulatoria H.V.J. Vilela



Fuente: Elaboración propia, marzo de 2024.

Además de la meramente administrativa- como se ha descrito en líneas más arriba- transcurre otra instancia de intercambio entre profesionales de los Centros de Salud y el Hospital. En este caso, tiene que ver con los encuentros en el marco de los Cursos de Salud Integral del niño/a y Adolescente entre especialistas del hospital y pediatras de Centros de Salud. Dichos encuentros posibilitan no solo la actualización y la capacitación continua del personal, sino también mantener y consensuar lineamientos acordes que optimicen el proceso de atención en los diferentes efectores. Los cursos de salud integral se realizan cada quince días, con temáticas diferentes, son coordinados por el Comité de Docencia del hospital como así también por la Jefatura de los consultorios externos del Hospital que a su vez forma parte del comité de docencia del hospital.

Cabe consignar que resultaba indispensable poder hacer un desarrollo pormenorizado sobre los principios rectores y estratégicos de la salud pública municipal, a fin de comprender el contexto en el que el proceso de gestión de la transición está inserto, pudiendo identificar, además los actores involucrados en el mismo, que se trabajarán a continuación.

3.2 Mapeo de Actores Intervinientes

La bibliografía es clara en relación al proceso de transición, la misma debe comenzar el día del diagnóstico. Plantear la transición desde el inicio apunta a *reafirmar las capacidades del niño o del adolescente y no los déficit, pensándolo como un futuro adulto con poder de decisión y responsabilidades, lo cual implica un proceso de preparación*. Este tipo de afirmaciones, si bien ciertas, se deberán adaptar a cada situación en particular, para elegir el momento y la forma adecuada de iniciar la preparación.

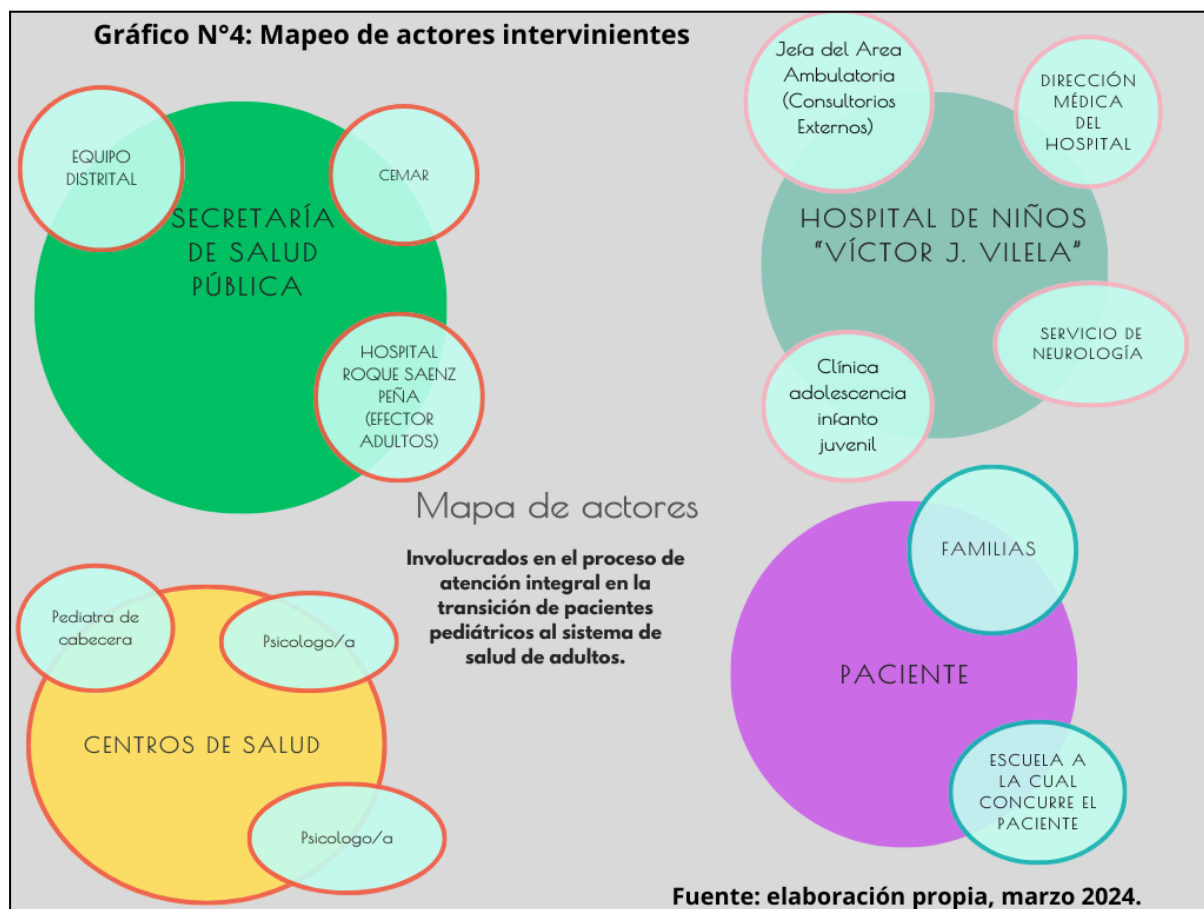
En cada uno de esos momentos es posible identificar los actores principales involucrados en el proceso de atención para trabajar de manera integral la estrategia de intervención que se pretende desarrollar.

- ❖ **La Secretaría de Salud Pública:** Cuenta con la visión general de la Salud pública en la ciudad. Gestiona los Centros de Salud de la ciudad de Rosario, como así también Hospitales de mediana y alta complejidad, como el caso del Hospital de Niños “Víctor J. Vilela”, Hospital Roque Saenz Peña, Hospital Carrasco, CEMAR, Hospital Alberdi, etc. A pesar de contar con limitados recursos financieros puede tomar participación activa sobre una intervención, su mayor aporte puede provenir del know-how, el apoyo logístico, la capacidad instalada y la vinculación con otros órganos municipales.
- ❖ **Dirección Médica del Hospital de Niños “ Víctor J. Vilela”:** Resulta indispensable poder contar con el apoyo institucional para llevar adelante estrategias de intervención tendiente a generar cambios en los procesos de atención, garantizarán además un marco organizativo y legal de los mismos.

- ❖ **Equipo de trabajo de salud distrital:** Es una mesa de diálogo que reúne a referentes claves en los procesos de atención de los efectores de la red municipal.
- ❖ **Jefatura del Área Ambulatoria del Hospital:** Es el nexo de comunicación entre los especialistas y los Centros de Salud, y los centros de salud.
- ❖ **Médicos Especialistas de Neurología del hospital:** Son quienes conocen la patología de base del paciente y cumplen un rol fundamental en conjunto con el pediatra de cabecera para iniciar el proceso de transición.
- ❖ **Consultorio de Clínica adolescencia:** Se brinda atención médica especializada a adolescentes, abordando temas relacionados con su desarrollo físico, emocional y social. La atención en el consultorio de Clínica de Adolescencia se enfoca en crear un ambiente acogedor y confidencial para adolescentes, fomentando la confianza y el diálogo abierto. Además se busca involucrar a las familias en el proceso cuando sea apropiado, respetando la privacidad de las/os pacientes.
- ❖ **Los médicos Pediatras de cabecera de los centros de salud y la familia** deben prepararse para “dejar ir al adolescente”. Es menester saber reconocer cuándo el paciente-niño ya es capaz de su autocuidado, favorecer su crecimiento y facilitar la transición.
- ❖ **Psicólogos/ trabajadores sociales CS:** Estos profesionales situados en los Centros de Salud, tienen el papel fundamental de acompañar a las familias tanto desde lo emocional, como educativo y social. Son quienes se encuentran en el territorio y cuentan con un mayor acercamiento para con las familias y el paciente.
- ❖ **El adolescente y su familia:** Deben estar involucrados en la decisión de la transición. Esta planificación debe adaptarse de manera flexible a los tiempos que requiera cada paciente, para ir logrando el desarrollo de su capacidad de autonomía en distintas áreas de su vida.

La coordinación de los servicios tratantes (pediátricos y de adultos) es esencial para que el paciente aprenda a desempeñarse de una manera independiente como adulto en la sociedad. A continuación se presenta de manera gráfica y sintética, un relevamiento de actores que están involucrados en

el proceso de atención integral de los pacientes en condiciones de transitar su paso al sistema de salud de adultos.



3.3 Identificación de la problemática a abordar y sus causas

En relación a la identificación de la problemática a abordar y sus posibles causas se realizará a través del árbol de problemas y árbol de objetivos. Esta es una técnica utilizada en nuestra carrera que permite plasmar con mayor precisión las principales causas y efectos del problema focal, sobre los cuales ya se vienen trabajando durante todo el trabajo. Es importante destacar que la representación gráfica del Árbol de objetivos, posibilitará arribar a una mejor descripción de la estrategia de intervención seleccionada y fundamento de la misma, expresando allí los objetivos específicos propuestos en el presente trabajo, desarrollando las líneas de acción propuesta con sus correspondientes objetivos y programas de acción.

La problemática sobre la cual intervendrá el presente proyecto se ubica en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, más específicamente en el Hospital de Niños " Víctor J. Vilela". Por ende, el problema focal se constituye como el: **Escaso nivel de coordinación entre los Centros de Salud y los especialistas de Neurología del Hospital de Niños "Víctor J. Vilela" a la hora de gestionar la transición de pacientes pediátricos a los efectores de adultos de la red de salud municipal de la ciudad de Rosario.** La realidad muestra que, en muchos casos, la calidad de la atención médica de los pacientes con enfermedades crónicas declina una vez que pasan a los servicios de adultos, se pierde el seguimiento y también aumenta el número de internaciones²².

Esta afirmación está íntimamente ligada al fuerte lazo que se establece entre el profesional tratante, el paciente y su familia. Las mismas encuentran contención desde edades tempranas en el efector de niños. Tal y como relata el Jefe del Área ambulatoria del Hospital Roque Saenz Peña, Sebastián Mazza en el marco de una reunión de equipo distrital, *"el paciente está acostumbrado a que va a un lugar (el hospital) y le resuelven todo"*.

Esta afirmación evidencia una práctica establecida y autorregulada por los propios profesionales que sienta precedentes y establecen pautas que distorsionan la lógica propia de funcionamiento de la red. " Ahora hay que romper una cuestión de referencia y transversalidad del especialista que termina siendo lo que nosotros queremos que sea el pediatra y no el neurólogo..." "... el especialista debe comprender que su atención es un capítulo dentro de una atención integral: vinculación institucional, educativa, etc. y eso reside en la red". ²³ " Más que asumir ese rol, debería trabajar en conjunto con el equipo como para que haya una pauta de alarma extra, pero una vinculación distinta".

Sucede que se superponen dos lógicas de atención, la tradicional del hospital autosuficiente, con su integralidad en la atención, y la de la cercanía la del Centro de Salud y la necesidad de instalarlo ahora en una red de salud que en diferentes momentos de atención pasa en diferentes lugares. Esa superposición requiere de la facilidad que supone estar dentro del hospital y resolver todo dentro del hospital porque es más fácil y porque la organización está armada

²² Transición en la atención médica, de la pediatría a la medicina del adulto. Dra. Carmen L. De Cunto. 2012.

²³ Sebastian Maza, Jefe del Área Ambulatoria del Hospital Roque Saenz Peña. Reunión distrital, 31 de octubre de 2023. HRSP. Rosario, Santa Fe.

para eso y el otro tipo de atención, más territorializada para quien necesita vincularse de manera más cercana. Esto requiere de un esfuerzo de los equipos de salud de cierto trabajo de vinculación de la red, que es lo que se pretende provocar con estos espacios de encuentro. Pero esa provocación uno la hace a contrapelo de la lógica organizacional que tiene. Aquí es donde me parece, se enraiza el problema de la transición, esta es un pequeño capítulo dentro de la falta de vinculación entre el hospital y el Centro de Salud o los diferentes momentos de atención que tiene un paciente y sus diferentes puertas de entradas a la red, y estos son todos problemas de vinculación de la red.

Los resultados del relevamiento de experiencias de transiciones en Argentina del año 2022 (ver tabla N°2), uno de los problemas identificados en torno a la transición alude a la ponderación de redes informales para realizarla. En el caso puntual bajo análisis, se logra constatar a través de la entrevista realizada a la Dra. Antonella Barbieri, médica pediatra del Centro de Salud Tío Rolo, la cual afirma que “El plantel médico en el Centro de Salud donde yo trabajo, está conformado por médico generalista y pediatras...” “En el pasaje del paciente crónico que pasa del Médico pediatra al médico generalista en lo que es en el Centro de salud, nos reunimos entre nosotras para revisar la Historia Clínica y vemos cómo va a ser ese traspaso y qué especialista lo va a seguir atendiendo”.²⁴

Por otra parte y en sintonía con la anterior descripción del pasaje de los pacientes a efectores de adultos, el Dr. Santiago Galicchio afirma la descripción anterior, en este caso desde el consultorio de Neurología: “ Llevamos adelante el proceso de transición de manera puntual con cada paciente y su familia”. Es importante mencionar además, que ambos profesionales sostienen que una de las mayores dificultades del proceso tiene que ver con cierta resistencia de las familias a pasar al médico de adultos. “ Hoy existen instituciones que tienen equipos que realizan la transición de lo que es la adolescencia y el adulto joven o el pasaje del área pediátrica al área de adultos. Esto es muy importante en los pacientes con enfermedades crónicas que vienen en seguimiento desde pequeños con especialistas pediátricos y tienen que pasar a especialistas de

²⁴ Dra. Antonela Barbieri, Médica Pediatra Centro de Salud Tío Rolo, Dir. Gral. Centros de Salud, SSP. 8 de mayo de 2024.

adultos, en donde encuentran un trato, -en general- distinto, un poco más distante, con menos llegada a la familia”.²⁵

Lo interesante allí sería trabajar en una comunicación más fluida e ir acercando conocimiento recíproco. Esto no sucede de la noche a la mañana, hay muchos antes de llegar hasta ahí. El Centro de Salud debería poder adaptarse a estos pacientes, en cuanto la particularidad y urgencia en un turno, etc. Es un problema que si fuera zanjado con la vinculación previamente, el médico de adultos que recibe al paciente, ya sabe cómo manejar un paciente con otro peso, con diferente medicación, etc.

Las unidades ambulatorias, el trabajo con equipos matriciales, la posibilidad de trabajo con los coordinadores, se constituye en una herramienta muy valiosa para achicar la brecha y dotarla de un mayor acompañamiento con una lógica ya establecida, “en teoría” que es la matricialidad.

Estos ejes deben funcionar de manera transversal a los tres niveles de atención que son: Centros de Salud (primer nivel), Hospitales generales con internaciones de mediana complejidad o centros de atención de especialidades como por ejemplo lo es el Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario CEMAR (segundo nivel) en estos efectores se encuentran los especialistas, como cardiólogos, endocrinólogos, oftalmólogos, endodoncistas, entre otras especialidades a quienes los médicos de primer nivel realizan derivaciones para interconsultar, se realizan estudios e internaciones de baja y mediana complejidad; y el tercer nivel de atención, que se caracteriza por internaciones y estudios de alta complejidad, a modo ejemplificativo podemos nombrar los servicios de unidad coronaria, terapia intensiva, servicio de oncología, estudios avanzados como tomografías, resonancias, entre otros. “Claramente esta estrategia de atención otorga mayores oportunidades a quienes menos las tienen, garantizando por ello, un fortalecimiento general a la población...”²⁶.

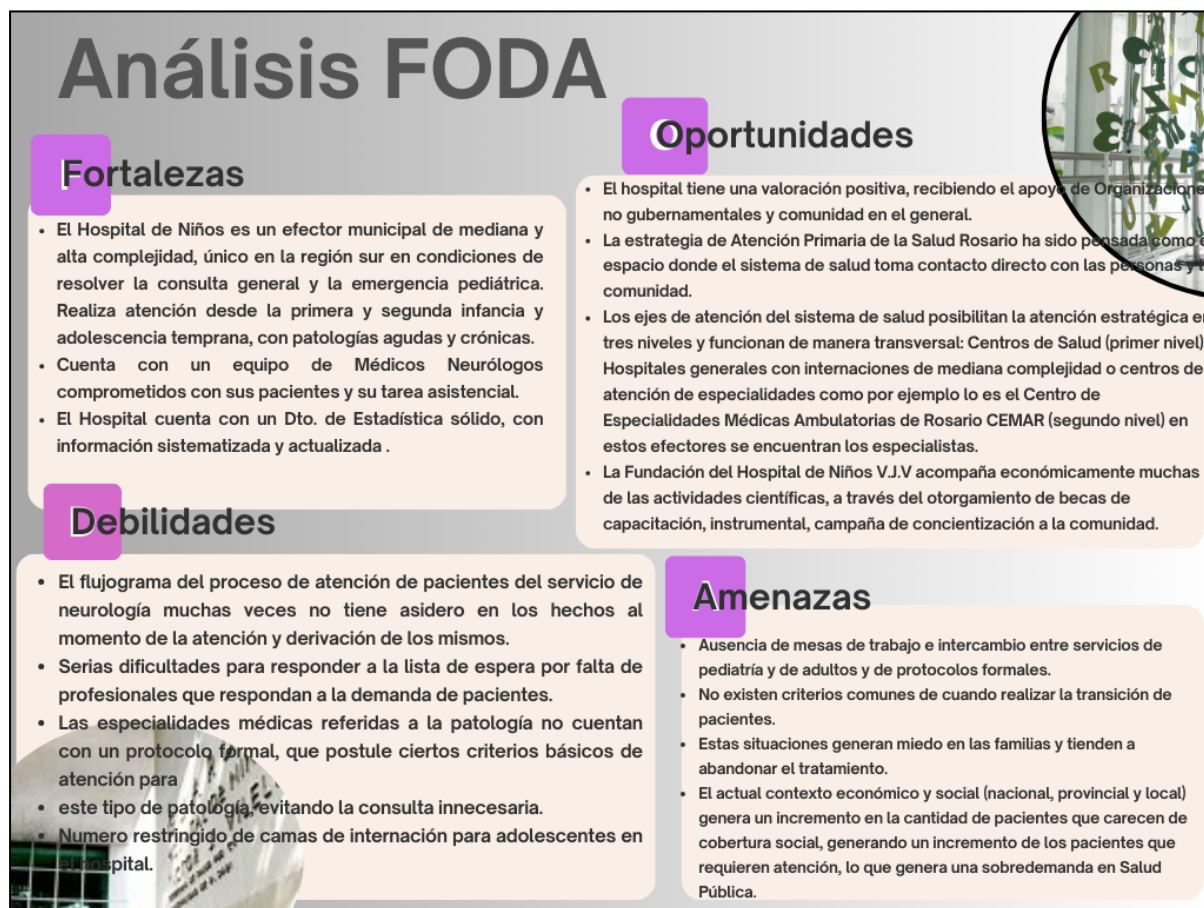
La Matriz FODA que se desarrolla a continuación, permite marcar claramente los aspectos positivos y negativos que se dan al interior del esquema organizativo y lo que sucede en el entorno. Es decir, esta herramienta brinda la posibilidad de tener una mirada lo más orgánica posible del universo

²⁵ Dr. Santiago Galicchio, Médico Neurólogo Infantil. Servicio de Neurología, Hospital de Niños “ Víctor J. Vilela”, SSP. 6 de mayo de 2024.

²⁶ Gonzalo R. Lopez. Abogado especialista en derecho de Familia. Trabajador de Salud Pública: Ex Jefe de Centro de Salud. Ex Director del Policlínico San Martín y Asesor del VJ Vilela.

problemático y de las ventajas que tiene el realizar o no una intervención y tomar decisiones al respecto, lo cual se volverá a la matriz en el capítulo siguiente teniendo en cuenta las líneas de acción estratégicas a diseñar.

Gráfico 5: Matriz FODA. HOSPITAL DE NIÑOS "V.J.V"



Fuente: Elaboración propia, abril 2024.

Por último y en relación a la identificación de la problemática a abordar y sus posibles causas, se realizará a través del árbol de problemas y el árbol de objetivos. Esta es una técnica utilizada en nuestra carrera que permite plasmar con mayor precisión las principales causas y efectos del problema focal, sobre los cuales ya se vienen trabajando durante todo el trabajo. Es importante destacar que con la representación gráfica del Árbol de objetivos, posibilitará arribar a una mejor descripción de la estrategia de intervención seleccionada y fundamento de la misma, expresando allí los objetivos específicos propuestos en el presente trabajo, desarrollando las líneas de acción propuesta con sus correspondientes objetivos y programas de acción.

Gráfico N° 6: Árbol de Problemas

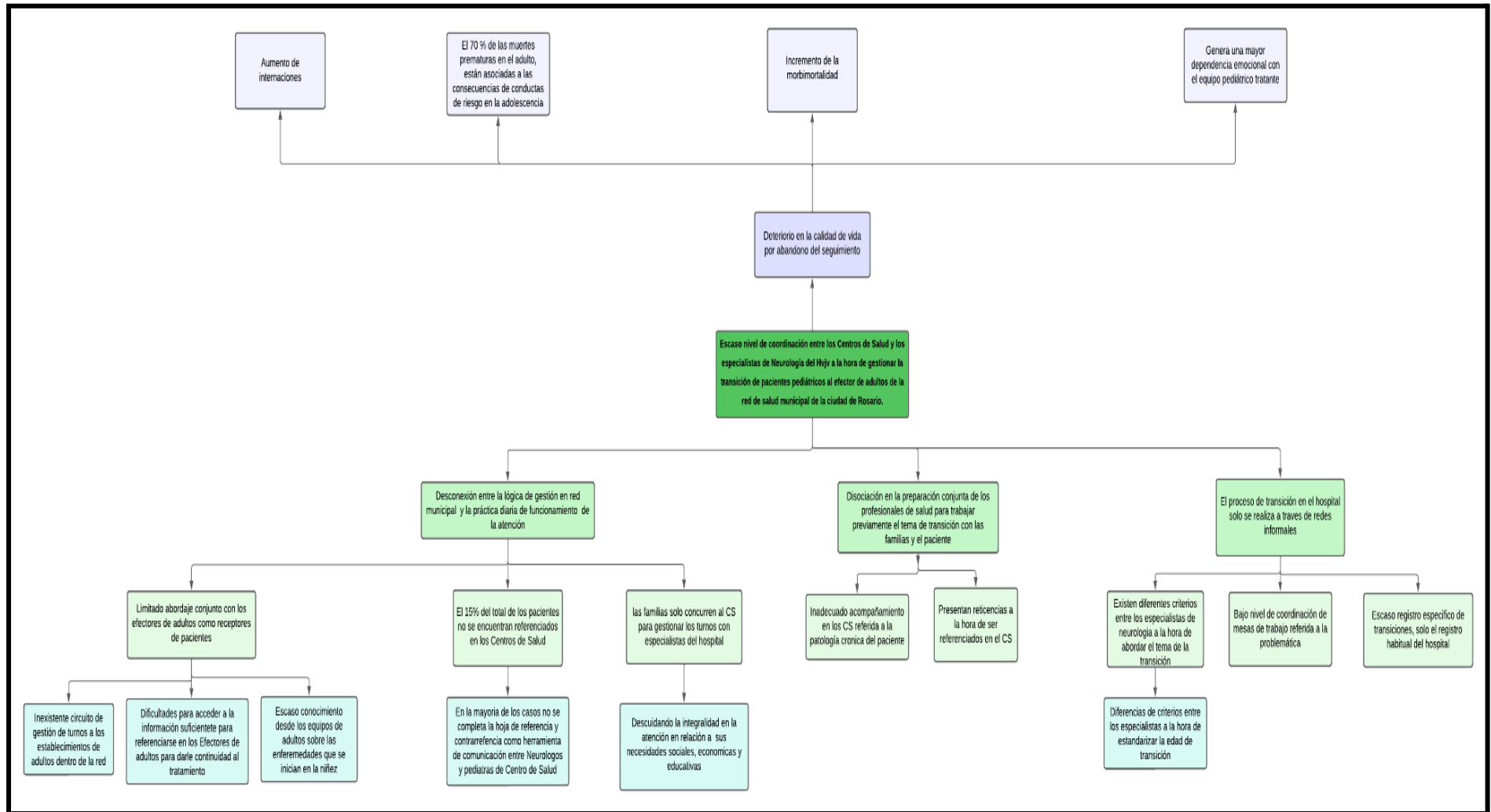
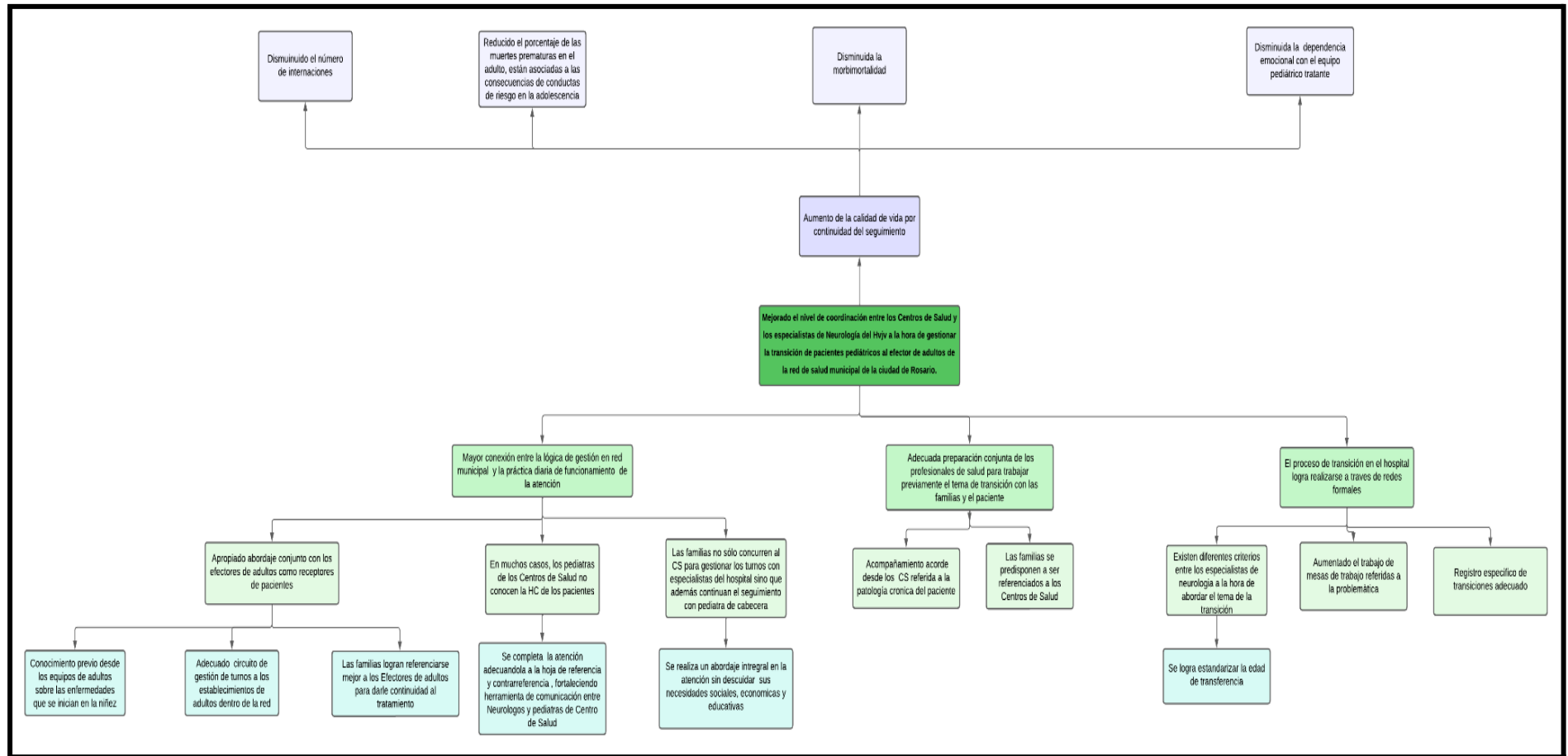


Gráfico N° 7: Árbol de Objetivos



4. PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE ACCIÓN

4.1 Identificación y descripción de la intervención seleccionada

"La administración del cambio no es un proceso ordenado y continuo. Las tareas iniciales de definir el estado futuro y evaluar las condiciones actuales exigen atención simultánea." (Richard Beckard, "Transiciones Organizacionales Administración del cambio", 1988:32).

La estrategia a implementar se dirige a la realización de dos niveles de acción bien diferenciados, a través de los cuales se logrará cumplir con los objetivos y las funciones asignadas para tal fin. Entendiendo a la transición *como proceso*, se implementarán líneas de acción específicamente sobre los 436 pacientes bajo estudio, priorizando los pacientes que por su patología, son atendidos solamente por el Servicio de Neurología, sin implicancia de otra especialidad, (ver anexo 3). Cabe consignar que el 84 % representan la franja de 12 a 15 años y por otra parte, el 16% el corte etario de 16 a 20 años. Considerando que se trata de un problema complejo y multicausal, las acciones se llevarán adelante desde una perspectiva interinstitucional. Permitiendo abordar las causales de una manera más efectiva.

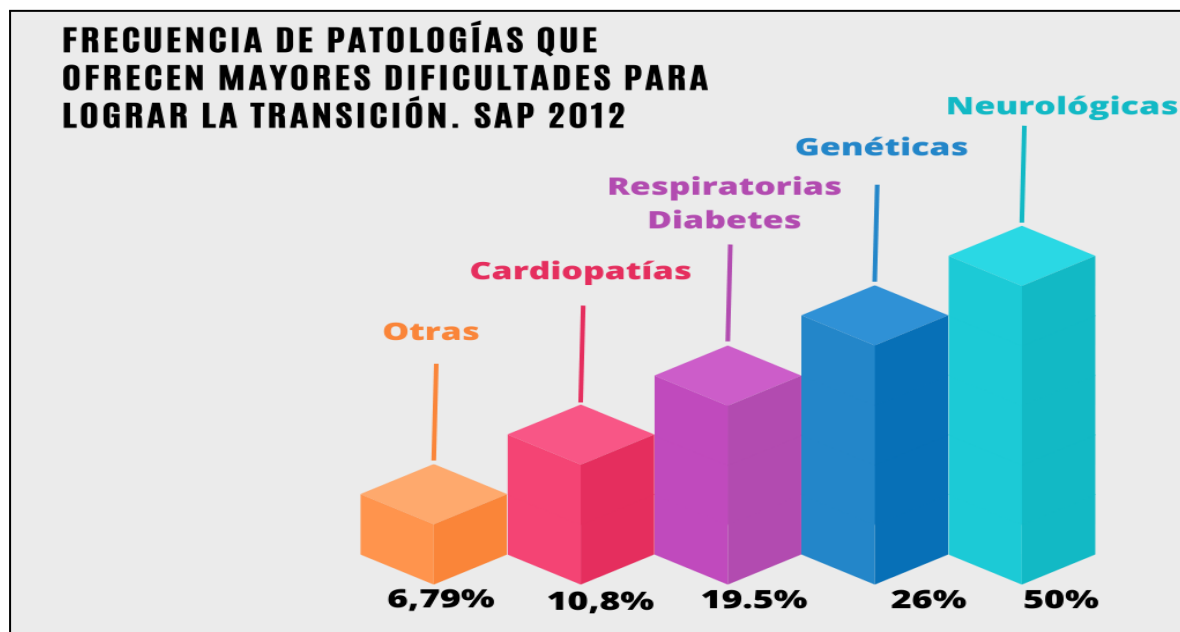
En este sentido el trabajo está puesto en darle una línea de continuidad al tratamiento y evitar su "abandono" que impactará en su calidad de vida adulta. La OMS en su informe de Febrero de 2022, reafirmaba los datos del año 2018, en el cual sostiene que "el 70% de las muertes prematuras en el adulto están asociadas a las consecuencias de conducta de riesgo en la vida en la adolescencia". Este es el punto de inflexión en el cual resulta indispensable diseñar un sistema de gestión de la transición, que pueda superar esta situación.

Por último, es interesante señalar las particularidades de los pacientes de Neurología, que de acuerdo a la Sociedad Argentina de Pediatría lo ubica como una de las especialidades que ofrecen mayores dificultades para lograr la transición, teniendo en cuenta la cantidad de patologías que engloba.

A continuación se expone un gráfico con las cantidades porcentuales de las diferentes patologías. El presente, se realizó en base a la tabla de frecuencia de patologías que ofrecen mayores dificultades para lograr la transición de la

Sociedad Argentina de Pediatría. Cabe aclarar que la suma total es mayor a 100% por superposición de patologías. (ver Anexo 4).

Gráfico N° 8: Patologías que ofrecen mayores dificultades para lograr la transición



Fuente: Elaboración propia, sobre la base de la tabla Consenso SAP.

El primer nivel de acción está caracterizado por un abordaje más general del proceso, y se ubica en la *vinculación y capacitación de los profesionales intervinientes del proceso*, focalizado en el trabajo coordinado y en red entre especialistas de Neurología del hospital, pediatras de Centros de Salud, y profesionales de los efectores receptores de adultos.

En un segundo nivel, se ubica el trabajo sobre la *sensibilización y concientización de los pacientes y sus familias*. Pensar en estos niveles de articulación de actividades, tanto a nivel de vinculación, coordinación y capacitación a profesionales, como la sensibilización de pacientes y sus familias comprendidos de manera integral, redundará en una mayor prevención con mejores niveles de atención y autonomía de los pacientes referido a su patología de base para llevar adelante una vida adulta con una mayor calidad de vida.

Gráfico N° 9: Cuadro Resumen Estrategia de Intervención

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN		
CAUSAS/ PROBLEMAS IDENTIFICADOS	NIVEL DE ACCIÓN	LÍNEAS DE ACCIÓN
El proceso de transición en el hospital solo se realiza a través de redes informales. Escaso trabajo de mesas de trabajo referidas a la problemática. Desconexión entre la lógica de gestión en red municipal y la práctica diaria de funcionamiento. Escaso abordaje conjunto con los efectores de adultos como receptores de pacientes. No hay un circuito de gestión de turnos específico de estos pacientes a los establecimientos de la red. Escasa preparación conjunta de los profesionales de salud para trabajar previamente el tema de transición con las familias y el paciente. No encuentran acompañamiento adecuado en los CS referida a la patología crónica del paciente.	Vinculación y coordinación entre profesionales de la red de salud	Conformar el Comité de Transición. Incorporar un profesional para la transición. Confeccionar la trazabilidad de los pacientes. Habilitar de agenda de turnos. Generar una Base de datos específica para el monitoreo de pacientes. Promover mesas de trabajo conjunto para la georreferencia de pacientes. Programar encuentros en el Marco de los Cursos de Salud Integral. Capacitar en materia específica. Presentar de Casos Clínicos.
Las familias solo concurren al CS para gestionar los turnos con especialistas del hospital. Las familias no cuentan con la información suficiente para referenciarse en los efectores de adultos para darle continuidad al tratamiento. Genera una mayor dependencia emocional con el equipo pediátrico tratante. Deterioro en la calidad de vida por abandono del seguimiento.	Sensibilización y concientización de los pacientes y sus familias	Instalar la temática en el momento de la consulta. Trabajar la ansiedad que genera la separación por el traslado en el paciente, su familia y/o acompañante. Procurar que el paciente adquiera herramientas que lo capaciten para su autocuidado teniendo en cuenta sus posibilidades específicas. Generar un espacio de diálogo abierto entre los profesionales, pacientes y sus familias. Brindar información sobre efectores adultos y solicitud de Historia Clínica.

Fuente: elaboración propia, abril 2024.

4.2 Objetivos de la estrategia

4.2.1 Objetivo General

Contribuir en mejorar la vinculación entre el Servicio de Neurología del Hospital de Niños “ Víctor J. Vilela”, los Centros de Salud y los efectores de adultos para gestionar la transición de pacientes de efectores pediátricos a los efectores de adultos, a fin de continuar garantizando el acceso a la salud de manera equitativa.

4.2.2 Objetivos Específicos

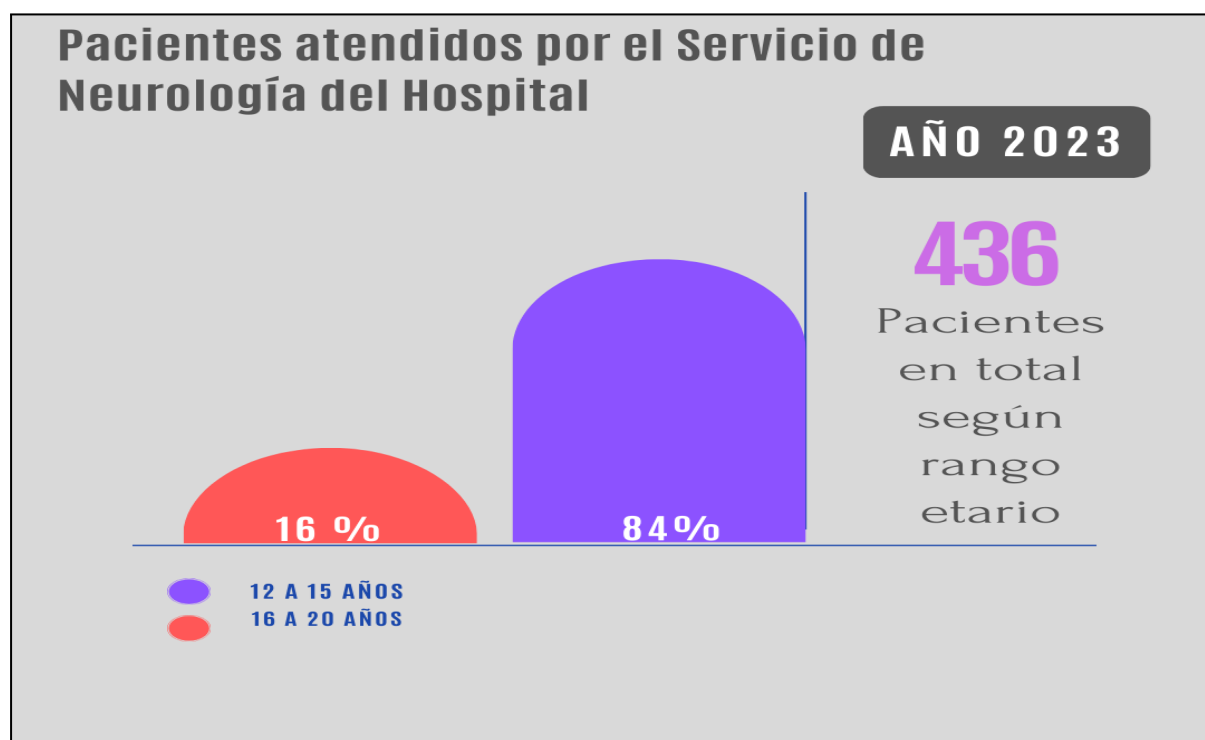
4.2.2.1: Lograr que al menos el 80 % de los pacientes de Neurología sean abarcados en un sistema específico de transición mediante un profesional coordinador que lleve adelante el proceso, al finalizar el proyecto.

4.2.2.2: Lograr que el 75 % de los pacientes y sus familias participen de los talleres y actividades de sensibilización y concientización que se organizan desde el hospital en el marco del proyecto, al finalizar el mismo.

4.3 BENEFICIARIAS/OS

Para una mayor rigurosidad sobre la muestra poblacional y los fines del presente trabajo integrador, es pertinente identificar a los/las beneficiarios/as del presente diseño de gestión organizacional:

Gráfico N° 10: Muestra de pacientes del Servicio de Neurología por rango etario. Año 2023.



Fuente: Dto. Estadística, marzo 2024.

4.3.1 Beneficiarios/as directos/as:

Serán las/los pacientes de 12 a 18 años, que de acuerdo a su patología crónica Neurológica, son atendidos exclusivamente por el Servicio de Neurología del Hospital de Niños " Víctor J. Vilela", derivadas/os de los Centros de salud de la ciudad de Rosario y que están en condiciones de realizar la transición a los efectores de adultos.

4.3.2 Beneficiarios/as indirectos/as:

Profesionales de todas las especialidades tanto del hospital como los pediatras de cabecera de los Centros de Salud de la ciudad que serán capacitados/as en materia de transición, a fin de comenzar a trabajar la problemática desde los diferentes servicios.

4.3.2.1 Familiares de los y las pacientes que podrán capacitarse y contar con mayores herramientas para acompañar a sus hijos/as en este proceso de transición.

4.3.2.2 El resto de las y los niños que se atienden en el sistema de salud pública al liberarse una mayor cantidad de turnos en las especialidades del Servicio de Neurología del Hospital de Niños "Víctor J. Vilela" de la ciudad de Rosario.

4. 4 PLAN DE ACTIVIDADES



4.4.1 NIVEL DE ACCIÓN N° 1

Este primer nivel de acción está caracterizado por un abordaje más general del proceso, y se ubica en la *vinculación y capacitación de los profesionales intervinientes del proceso* y para su puesta en marcha se propone lo que se desarrolla a continuación.

Actividad N° 1: Conformación del Comité de Transición

La puesta en marcha del presente, quedará a cargo de un equipo de intervención compuesto por profesionales que tendrá a su cargo la realización de los lineamientos y coordinación general del diseño de gestión del presente

proyecto. El objetivo de la conformación del Comité será el puntapié inicial para comenzar a generar un espacio de conocimiento y diálogo que posibilite transicionar pacientes. El acompañamiento y aval de la Dirección le brindará un marco institucional y un trabajo de carácter permanente a este proceso.

El mismo estará compuesto por la **Jefatura del Área Ambulatoria del Hospital de Niños**, quien coordinará las actividades a nivel general, **un profesional del servicio de Neurología y un profesional del servicio de Clínica adolescencia** del hospital, quienes aportarán desde su especificidad al proceso, 2 pediatras de Centros de Salud, **un profesional del Departamento de Estadística** del hospital. Los mencionados, al igual que la jefatura, al ser recursos humanos de planta, no representará una erogación para el estado municipal. Los gastos incurridos provendrán de la asignación de extensión horaria y gastos de traslado en caso de ser necesario.

Por otro lado, para el diseño de gestión organizacional, se incorporará un politólogo/a que desde su especificidad aportará al diseño y dinámica del proceso. Además se requerirá la incorporación de un pasante de la carrera de estadística en el marco del Convenio de pasantías UNR- Municipalidad de Rosario. Por último, **un médico generalista** quien se convertirá en el médico coordinador del proceso y sus funciones se detallan en la siguiente actividad. Se iniciará el 10 de Junio y tendrá una duración de un mes el proceso de conformación y organización de las actividades.

Actividad Nº 2: Incorporación de un profesional para la transición

El mismo será un médico generalista que será designado a través del llamado de selección abierta a la red para cubrir el cargo, se desempeñará físicamente en el consultorio de Clínica Adolescencia de lunes a viernes en el horario de mañana donde se llevan adelante las consultas del Servicio de Neurología.

El médico coordinador tendrá las siguientes funciones: Se sugiere que el proceso sea gestionado por un profesional que pueda llevar a cabo las tareas de transición y brinde contención al paciente. Los profesionales que dirigen los servicios de pediatría y los de adultos deberían trabajar de manera conjunta e integrada para facilitar una transición gradual. Este trabajo puede implicar el desarrollo de una declaración de misión conjunta, protocolos de acción

acordados de manera colaborativa, fuentes de información compartida y enfoques de manejo consensuados. Asimismo deberá:

- Supervisar el proceso de transición.
- Ser el nexo entre el paciente y los profesionales de la salud que formarán parte del equipo de atención.
- Ayudar al paciente en el manejo, dentro de los diferentes servicios de salud.
- Ser el soporte para la familia y/o cuidadores.
- Ser el responsable de que el paciente pueda acceder a la atención necesaria.

Cabe señalar que en el desempeño de las funciones asignadas, estará acompañado y asistido por el equipo de trabajo conformado por el Comité de Transiciones del cual forma parte. Asimismo, se señala que como soporte de las siguientes actividades y tareas se desglosaran las que se detallan a continuación, y se constituirán en herramientas valiosas para su proceso de atención. El proceso de selección comenzará el 1º de julio y tendrá una duración de un mes el llamado a concurso, orden de mérito y selección correspondiente.

Actividad N° 3: Presentación del paciente en el consultorio de Neurología

El inicio de la misma, comienza con la visualización de la agenda diaria del Servicio de Neurología por parte del/la médico/a coordinador/a. En ella las/os pacientes que se encuentren en edad de comenzar la transición serán presentados por el servicio de neurología y se valorará en esta primera instancia, el encuentro necesario entre el Neurólogo/a y el/la Médica coordinador/a y el paciente y su familia y/o cuidadores, ahorrando tiempo y dinero, en relación al traslado al hospital. Aquí comienza la hoja de ruta del proceso, fundamental para garantizar una atención médica integral y de calidad. Para lograr esto, es importante que el equipo de salud se reúna con el paciente, familia y/o sus cuidadores con el objetivo de:

- Armar una agenda de consultas.
- Armonizar criterios entre el Médico coordinador/a y el pediatra de Centros de Salud (en su defecto, hoja de referencia).

- Realizar consultas en conjunto y acordar el plan de tratamiento²⁷.

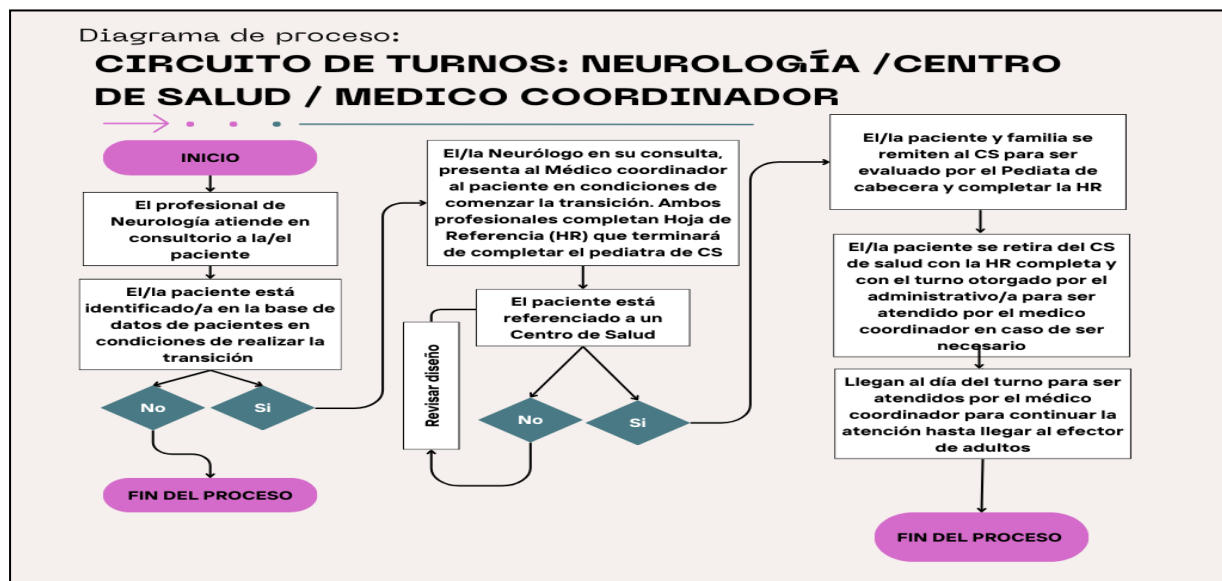
La implementación del Sistema DATATECH, de registro médico electrónico de la red, en su apartado de Visualización de historia clínica, ha mejorado significativamente tanto la trazabilidad del paciente como la unificación de la información de la historia clínica del paciente, suplantando, en parte el registro en historia clínica soporte papel. Disponer de esta herramienta, permitirá trabajar en la historia clínica, seguimiento del crecimiento y desarrollo de la patología del paciente, complementandose con la coordinación entre especialistas. (para más detalle, ver pág.12). La misma será realizada conjuntamente por Neurología y el médico referente los días de consultorio de Neurología. La hoja de referencia realizada por el médico de cabecera del Centro de Salud y la comunicación permanente, complementará esta labor.

Actividad N°4: Habilitación de la agenda de turnos para el/la médico coordinador/a

Con la participación de la Jefatura del Área Ambulatoria y el soporte administrativo de un personal del área de Consultorios Externos, se habilitará a través del sistema Datatech, una agenda de turnos con un cupo determinado por la lista de pacientes generadas de la agenda de turnos que se desprende del Servicio de Neurología (detallado en la actividad anterior). La agenda habilitada tendrá las mismas características de funcionamiento que cualquier otra especialidad/profesional de la red. El circuito de atención para las actividades N° 3 y N° 4 será el siguiente y será necesario difundirlo a toda la red para su conocimiento.

²⁷ Consenso Argentino sobre la transición de los cuidados pediátricos a los cuidados adultos en pacientes con enfermedades congénitas del metabolismo. Ana Chiesa y otros. Vol. 24 N°3, septiembre 2023.

Gráfico N° 11: Circuito del proceso de atención Neurólogo/a, Familia y Médico/a Coordinador/a HVJ Vilela

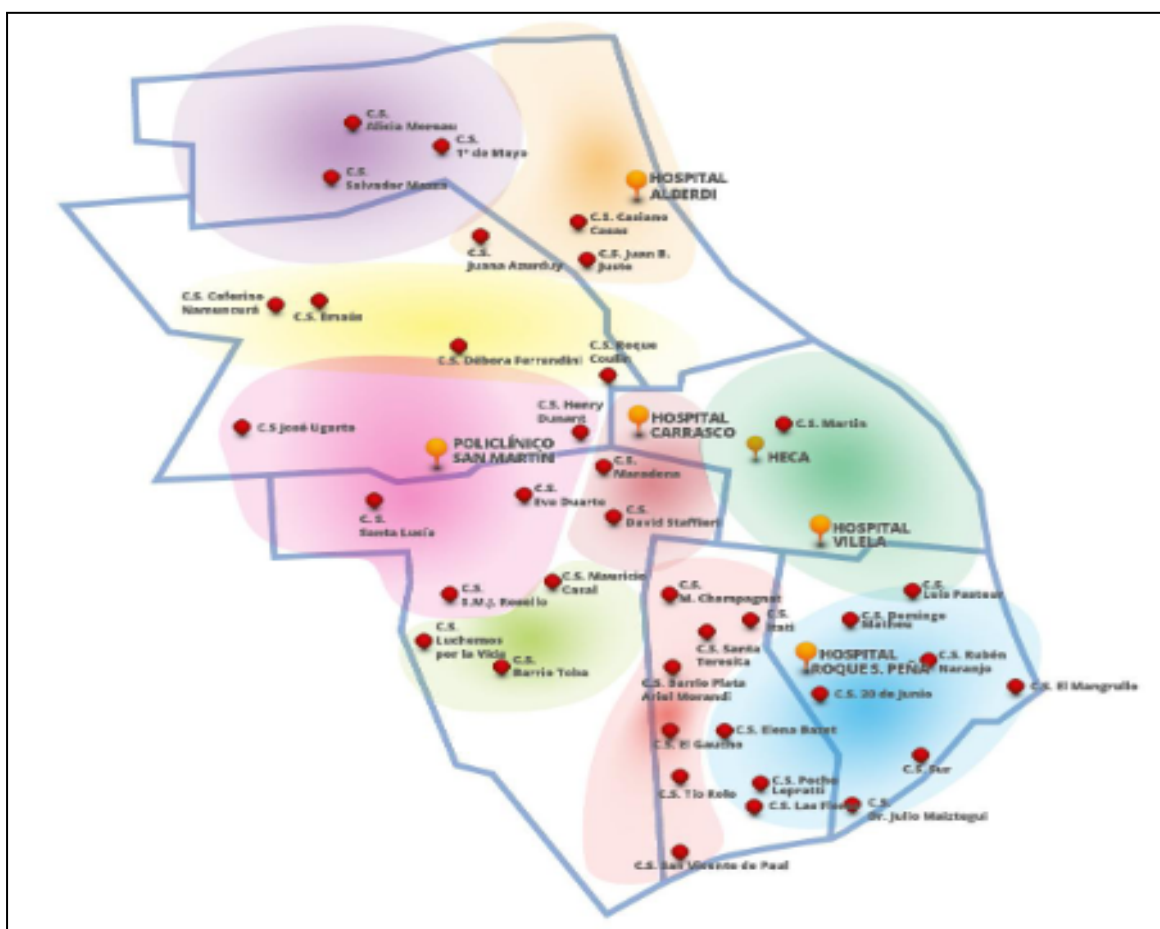


Fuente: elaboración propia, abril 2024.

Actividad N° 5: Conformación de mesas de trabajo con profesionales implicados en el proceso para la georreferencia de los pacientes

Esta mesa de trabajo consistirá principalmente en servir de nexo con todos los especialistas involucrados, a fin de referenciar a los pacientes que están bajo tratamiento en el presente proyecto. Además, servirá de guía para el médico coordinador, pudiendo contar con la georreferencia de los pacientes y de acuerdo a ella, brindar la información necesaria para la posterior derivación a efectores de adultos según corresponda a su zona. La participación de los pediatras de centro de salud es muy relevante ya que ellos tienen el conocimiento del territorio. A tal efecto, se reunirán semanalmente la jefatura del Área ambulatoria, el médico referenciador, un profesional de Neurología y en cada semana se alternarán pediatras de cabecera y profesionales de efectores de adultos dependiendo la zona geográfica de correspondencia. Permitirá ordenar el trabajo por sector geográfico y conocer los pacientes y líneas de acción para cada caso. Se realizará un encuentro para el trabajo conjunto y serán 4 (cuatro) encuentros en total durante un mes. Sirviéndose del infomapa que se comparte a continuación:

Gráfico N° 12 : infomapa de corredores sanitarios²⁸



Fuente: Dirección Gral de Atención Primaria. SSP, abril 2024.

Actividad N°6: Generación de un Sistema de Registro específico de pacientes en condiciones de realizar la transición

Se trata de una planilla de excel en Drive destinada a que una vez habilitada la agenda de turnos del médico coordinador, éste tenga desde el inicio de la agendación de turnos, la cantidad de pacientes nominalizados, referenciadas/os por Centros de salud, identificando su médico de cabecera, como así también el Neurólogo tratante, incluida la variable ALTA junto con la identificación al efector de adultos. Dado el dinamismo y actualización periódica de la base de datos, permitirá evaluar el proceso, ¿Se adecuaba a los requerimientos de transición?

²⁸En el año 2020 se desarrolla en Rosario los corredores sanitarios y así los Centros de Salud se convierten en lugares que alojan además de a otros trabajadores de la salud, especialistas y recursos tecnológicos que se consideran necesarios para conformar una unidad de cuidado territorial que lleve al máximo la capacidad de resolución de los problemas de salud poblacionales en el lugar. Se realizó una georeferencia del lugar de Domicilio de los Adscriptos de centro de Salud Municipales, y se buscaron instituciones cercanas a sus domicilios que pudieran alojar las especialidades para orientar la oferta de servicios de equipos de referencia, especialistas y diagnóstica hacia cada uno de ellos, conformando bases territoriales que organicen las acciones de cercanía de los equipos salud y de los soportes necesarios. Dir. Gral APS, 2020.

¿brinda información necesaria? Se convertirá además en una herramienta valiosa para la generación de datos estadísticos.

Gráfico N° 13: Base de datos de pacientes en condiciones de realizar la transición

	A	B	C	D	E	F	G	H
	ID	HISTORIA CLÍNICA	APELLIDO NOMBRE	DIAGNÓSTICO	CS/PEDIATRA DE CABECERA	NEUROLOGO TRATANTE	CONDICIÓN DE ALTA	EFECTOR RECEPTOR
2	1							
3								
4								
5								
6								
7								
8								

Fuente, elaboración propia, abril 2024.

Actividad N° 7: Realización de encuentros en el marco de los Cursos de Salud Integral de la niñez y adolescencia entre especialistas del hospital y pediatras de Centros de Salud.

Dichos encuentros posibilitan no solo la actualización y la capacitación continua del personal, sino también mantener y consensuar lineamientos acordados que optimicen el proceso de atención en los diferentes efectores. Los cursos de salud integral se realizarán 3 (tres) encuentros en total y serán coordinados por la Jefatura de los consultorios externos del Hospital que a su vez forma parte del comité de docencia. La capacitación se llevará adelante por médicos Neurólogos del Hospital.

Actividad N° 8: Capacitación específica en base a criterios de derivación y tratamiento a pacientes a cargo del Servicio de Neurología

Involucra el trabajo articulado entre pediatras de Centros de Salud, Jefatura del Área Ambulatoria de hospital y las y los especialistas de Neurología. Implica la realización de una capacitación específica a pediatras de Centros de Salud, a fin de introducir el tema de la transición en pacientes de Neurología. Para ello, se realizará en base a los "Consenso Argentino sobre la Transición de los cuidados pediátricos a los cuidados adultos"²⁹.

²⁹ Los consensos son guías de práctica clínica (GPC) y actualizaciones son documentos elaborados por grupos orgánicos de la Sociedad Argentina de Pediatría (Comités, Subcomisiones, Grupos de trabajo) mediante una metodología sistemática. El fundamento de esos documentos es ayudar a la toma de decisiones focalizadas en prevención, diagnóstico y/o tratamiento de determinadas entidades clínicas.

El objetivo que persigue la presente alternativa es generar lineamientos y recomendaciones que permitan una adecuada e ininterrumpida atención, que permita establecer consensos sobre la estandarización de la edad, generar contenido propio sobre este proceso con pacientes que allí se atienden y dar a conocer las pautas generales de este complejo proceso.

La coordinación será llevada adelante conjuntamente por el Comité de Transiciones y el de Docencia, los cuales constan de 3 encuentros (uno al mes).

Actividad N° 9: Presentación de casos clínicos.

La puesta en común es una actividad didáctica clave en los nuevos paradigmas pedagógicos, consiste en la presentación de casos prácticos abordados por los profesionales con la finalidad de compartir experiencia, saberes, cuestionamientos y dudas. Fomenta el aprendizaje activo y autónomo de las y los profesionales dentro del campo de la Salud y la mirada multidisciplinar. Dicha actividad se llevará adelante una vez al mes. En esta instancia el centro de salud presenta casos prácticos que consideren pertinentes de abordar. La coordinación será llevada adelante por la Jefatura del área ambulatoria, la Coordinadora del Comité de Docencia, y la secretaria de Docencia, que tendrá la tarea de invitar por correo electrónico a las y los participantes adjuntando los temas a tratar en los talleres. Se llevarán adelante 6 seis encuentros en total (uno por mes).

4.4.2 Nivel de Acción N° 2

Actividad N°10: Incorporación de la transición desde el consultorio de Neurología.

Esta actividad pretende instalar la temática en el momento de la consulta, la cual será guiada por el neurólogo quien conoce al paciente, de acuerdo a su madurez emocional y su nivel de desarrollo, generando un proceso gradual de empoderamiento y habilidades. Por lo cual, se hace hincapié en el comienzo del trabajo en la franja etaria de 12 a 15 años, a fin de preparar con suficiente tiempo al paciente y su familia y/o acompañante para este cambio procurando que el paciente adquiera herramientas que lo capaciten para su autocuidado teniendo en cuenta sus posibilidades específicas. Se realizará periódicamente, en cada consulta en el consultorio de Neurología.

Actividad N° 11: Co-creación de un registro de autogestión para los pacientes.

Este registro consiste en la elaboración conjunta entre el médico coordinador, neurólogo y pacientes y sus familias. Esta herramienta didáctica permitirá ir generando un registro personal que conste de: síntomas, administración de medicamentos y pautas de alarma, es decir que puedan reconocer cuándo necesitan buscar ayuda médica. Esta actividad está diseñada para que el paciente, dentro de sus posibilidades, se involucre en la planificación médica, pueda hacer preguntas y participe activamente durante la consulta. El mismo se realizará al momento de la consulta de presentación del paciente entre el neurólogo y el médico coordinador y el paciente y su familia.

Actividad N° 12: Organización de Charlas-talleres abierta a la comunidad

Esta actividad tiene como finalidad generar un espacio de diálogo abierto entre los profesionales, pacientes y sus familias. En los cuales además de reforzar lo trabajado desde el consultorio, brindar y difundir la información elaborada conjuntamente entre los profesionales sobre el infomapa. De esta manera se lograría sociabilizar y dar a conocer los efectores de adultos, presentar a los profesionales de adultos como así también información referida a la solicitud de Historia clínica a fin de contar con ella al momento de la derivación definitiva. Estas charlas serán organizadas por el Comité de transición, contará con la participación del Asesor legal y de los médicos receptores de adultos. Estas charlas se desarrollarán en 6 encuentros en total, cada encuentro tendrá una temática específica y en una de ellas participarán los profesionales mencionados anteriormente.

Actividad 13: Identificación y búsqueda de las historias clínicas

En esta actividad se trabajará específicamente con las historias clínicas de los pacientes en condiciones de realizar la transición. El médico coordinador trabajará conjuntamente con el Área legal del hospital, brindando el registro de pacientes que necesitan retirar las historias clínicas del hospital. La búsqueda en

el archivo hospitalario, fotocopia y explicación del trámite de solicitud de historia clínica quedará a cargo del administrativo/a del área legal quien transmitirá la información a las familias para que éstas cuenten con ella al momento de la derivación.

Actividad N° 14: Realización del Conversatorio sobre "las emociones adolescentes"

La propuesta es generar dentro del marco de las charlas taller, espacios seguros para que los pacientes puedan hablar sobre sus emociones y preocupaciones, así como proporcionar información sobre recursos disponibles para obtener apoyo emocional. Estas charlas estarán coordinadas por el Comité de transiciones, un referente de Adolescencia del hospital y de la Dirección de Centros de Salud, a fin de ser difundidas y realizadas en los Centros de Salud con los equipos de Salud mental de cada uno de ellos. Se destinará un día a la semana para trabajar con grupos reducidos en el Sum de los centros o los espacios que se dispongan para tal fin.

Actividad 15: Realización de un encuentro denominado: " De dónde vengo y hacia dónde voy?"

La presente actividad se desarrollará a través de los Centros de Salud, teniendo en cuenta que el trabajo en el territorio es más operativo para estos fines, se definirá un encuentro al mes a fin de difundir lo realizado por las mesas de trabajo en relación a la georreferencia de los pacientes. Se destinará un día para la presentación y luego quedará reflejado en gráficas disponibles en los Centros de Salud para la consulta cuando sea necesaria.

Tabla N° 3: Actividades y tareas

Plan de actividades	
Actividades	Tareas
Nivel de Acción N° 1	
1. Conformación del Comité de Transiciones	1.1. Gestionar internamente al hospital, la conformación del Comité de Transiciones. 1.2. Designar a la jefa del Área Ambulatoria como Coordinadora del Comité de transiciones. 1.3. Convocar a un representante por el Servicio de Neurología 1.4. Convocar a un representante por el Departamento de Estadística. 1.5. Convocar y realizar el concurso público para contratar 1 politólogo/a. 1.6. Firmar el contrato para su incorporación. 1.7. Convocar y seleccionar a un pasante administrativo en el marco del convenio de pasantías Municipalidad de Rosario - U.N.R. 1.8. Firmar el contrato para su incorporación. 1.9. Convocar a un especialista en Clínica de Adolescencia. 1.10 Convocar 2 Pediatras de Centros de Salud.
2. Incorporación de un Médico Generalista para la transición	2.1 Realizar a través de la Of. de Concurso de la Secretaría de Salud el llamado de selección abierta a la red para cubrir el cargo. 2.2. Establecer las bases para su selección. 2.3. Realizar el relevamiento de antecedentes y oposición. 2.4. Realizar las entrevistas. 2.5 Publicar los resultados 2.6 Establecer las funciones que llevará a cabo. 2.7 trabajar de manera conjunta e integrada para facilitar una transición gradual. 2.8 Brindar contención a pacientes y familias y/o acompañantes. 2.9 Supervisar el proceso de transición. 2.10 Ser el nexo entre el paciente y los profesionales de la salud que formarán parte del equipo de atención. 2.11 Ayudar al paciente en el manejo, dentro de los diferentes servicios de salud.
3. Presentación del paciente en el servicio de Neurología al Médico Coordinador/a	3.1. Visualizar la agenda diaria del Servicio de Neurología. 3.2. Propiciar el encuentro necesario entre el Neurólogo/a y el/la Médica coordinador/a, y el paciente y su familia y/o cuidadores. 3.3. Garantizar una atención médica integral y de calidad 3.4. Armar una agenda de consultas. 3.5. Armonizar criterios entre el Médico coordinador/a y el pediatra de Centros de Salud (en su defecto, hoja de referencia). 3.6. Realizar consultas en conjunto y acordar el plan de tratamiento
4. Habilitación de la agenda de turnos para el Médico Coordinador	4.1. Habilitar a través del Sistema Datatech, una agenda de turnos. 4.2 Determinar a las y los profesionales implicadas/os en el diseño. 4.3 Determinar las actividades necesarias para que el sistema de seguimiento y monitoreo pueda funcionar. 4.4 Determinar la secuencia de las actividades inherentes al flujograma. 4.5 Diagramar el flujograma. 4.6 Constatar el flujograma. 4.7 Difundir a toda la red el circuito de atención del hospital en materia de transición.

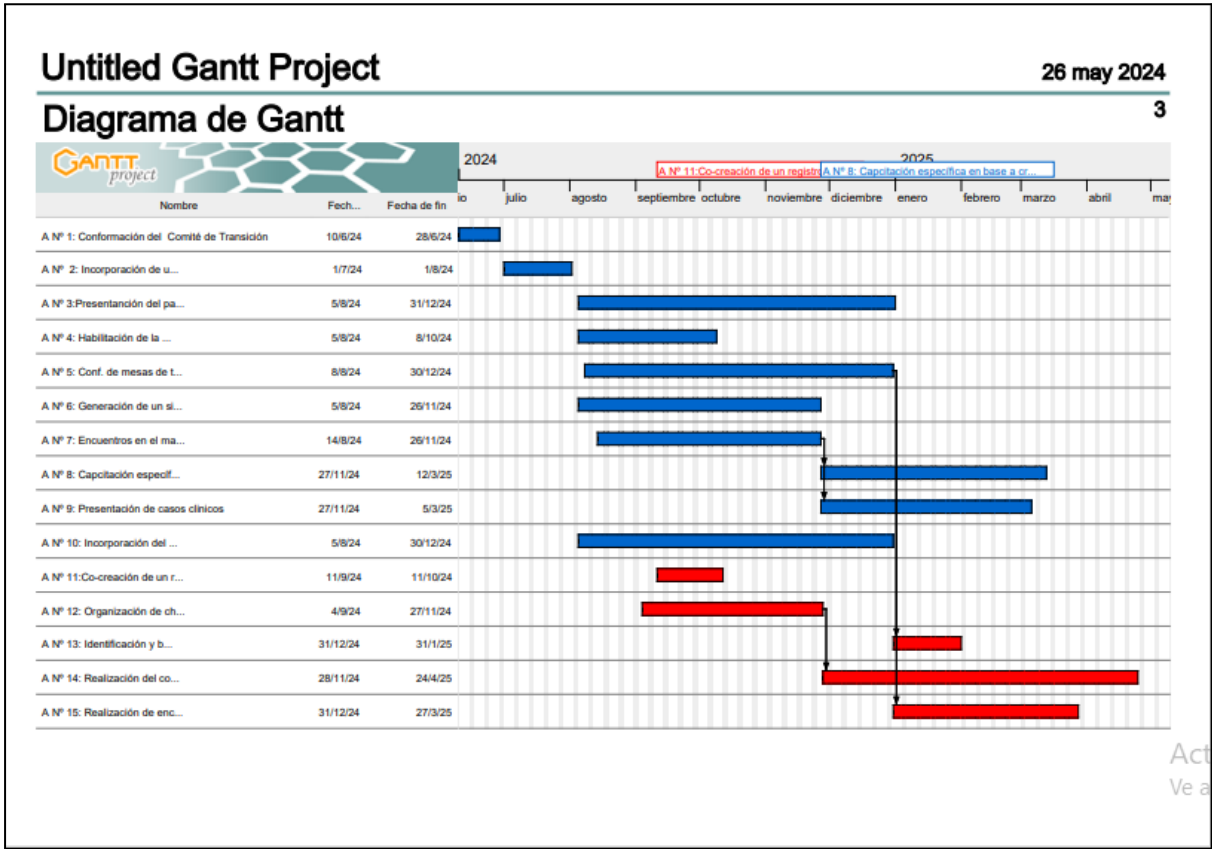
5. Conformación de mesas de trabajo con profesionales implicados en el proceso para la georreferencia de los pacientes	5.1 Convocar a referentes involucrados para establecer lineamientos de trabajo en común 5.2 Servir de nexo con todos los especialistas involucrados. 5.3 Referenciar a los pacientes que estén condiciones de realizar la transición. 5.4 Guiar al médico/a coordinador, pudiendo contar con la georreferencia de los pacientes. 5.5 Generar la información necesaria para la posterior derivación a efectores de adultos según corresponda. 5.6 Ordenar el trabajo por sector geográfico y conocer los pacientes y líneas de acción para cada caso.
6. Generación de un Sistema de Registro específico de pacientes en condiciones de realizar la transición	6.1 Generar una planilla de excel en Drive. 6.2 Recolectar la información sobre las variables a relevar sobre el estado del paciente que llega a la consulta. 6.3 Definir los indicadores a relevar. 6.4 Constatar la operatividad de la planilla.
7. Realización de encuentros en el marco de los Cursos de Salud Integral de la niñez y adolescencia entre especialistas del hospital y pediatras de Centros de Salud	7.1 Programar el encuentro 7.2 Preparar el material de presentación. 7.3 Convocar a los/as profesionales de la red a participar. 7.4 Realizar el Encuentro.
8. Capacitación específica en base a criterios de derivación y tratamiento a pacientes a cargo del Servicio de Neurología	8.1 Convocar a los Neurologos 8.2 Armar un temario a tratar específico de Transiciones. 8.3 Convocar a los/as profesionales de la red a participar. 8.4 Realizar el Encuentro.
9. Presentación de casos clínicos.	9.1 Propiciar el intercambio entre los profesionales involucrados. 9.2 Establecer la importancia de completar la historia clínica del paciente. 9.3 Evaluar la pertinencia de solicitud de estudios complementarios.
Nivel de Acción N° 2	
10. Incorporación del tema transición desde el consultorio de Neurología.	10.1 Instalar la temática en el momento de la consulta. 10.2 Guiar en materia de transición al paciente y familia y/o acompañante. 10.3 Generar un proceso gradual de empoderamiento y habilidades. 10.4 Preparar con suficiente tiempo al paciente y su familia y/o acompañante para este
11. Co-creación de un registro de autogestión para los pacientes.	11.1 Generar un registro personal 11.2 Reconocer cuándo necesitan ayuda médica. 11.3 Participar activamente en la consulta: Paciente, Neurólogo, Medico Coordinador
12. Organización de Charlas-talleres abierta a la comunidad	12.1 Generar un espacio de diálogo abierto entre los profesionales, pacientes y sus familias. 12.2 Brindar y difundir la información elaborada conjuntamente entre los profesionales sobre el infomapa. 12.3 Sociabilizar y dar a conocer los efectores de adultos.
13.1 Identificación de las historias clínicas	13.1 Trabajar conjuntamente Medico coordinador y Área Legal del Hospital 13.2 Brindar el registro de pacientes que necesitan retirar la historia clínica al momento de la transición. 13.4 Brindar información referida a la solicitud de Historia clínica.
14. Realización del Conversatorio sobre " Las emociones adolescentes"	14.1. Proporcionar información sobre recursos disponibles para obtener apoyo emocional 14.2 Generar espacios seguros para que los pacientes puedan hablar sobre sus emociones y preocupaciones.
15. Realización de un encuentro denominado: " De dónde vengo y hacia dónde voy?	15.1. Difundir lo realizado por las mesas de trabajo en relación a la georreferencia de los pacientes. 15.2 Confeccionar las gráficas de georreferencia. 15.3 Reflejarlas en los Centros de Salud para la consulta cuando sea necesario.

Fuente: Elaboración propia. Abril, 2024

5. Cronograma

Se confeccionó un Diagrama de Gantt donde se expone el tiempo en meses o semanas que llevará realizar las actividades propuestas, el inicio y finalización de las mismas se hizo teniendo en cuenta la secuencialidad de cada una de ellas, en el marco de la estrategia desarrollada. El presente proyecto tiene una fecha de inicio de 10 de junio de 2024 y de finalización del 25 de abril de 2025. (Diagrama de Gantt completo, ver Anexo V).

Gráfico N°14: Diagrama de Gantt



Fuente: Elaboración propia, mayo 2024.

6. REFLEXIÓN FINAL

Atendendiendo a la realidad (o al recorte que se haga de ella) se nos presenta de forma turbulenta e impredecible, tal como nos la describe Robirosa (1990, p. 12), la cuestión central de la planificación, más aún en un contexto de crisis donde los sucesos se tornan impredecibles constantemente, será la de “aprender a manejarnos y a actuar en medio de la turbulencia de los cortos plazos, sin perder nuestra direccionalidad en vista al mediano y más largo plazos”.

El presente proyecto se focaliza en el trabajo conjunto, comunitario, territorial y en red para lograr una mejora en la vinculación entre el Servicio de Neurología del Hospital de Niños “ Víctor. J. Vilela, los Centros de Salud y los efectores de adultos, a fin de gestionar la transición de pacientes pediátricos a los efectores de adultos de manera efectiva. Este es el desafío de plantearse “enfoques estratégico” ³⁰, es decir, aquel enfoque que comprende la complejidad de lo social, que combina múltiples perspectivas superando enfoques sectoriales, espaciales, segmentados que reconoce la pluralidad de intereses, de racionalidades y que incluye la visión de futuro como una construcción que es permanente e integral.

Sin embargo no es precipitado prever que algunas de las acciones que propone desarrollar este proyecto podría generar resistencia por parte de la red de actores involucrados en la problemática. Una dificultad podría imponerse desde el equipo médico a no querer involucrarse en la participación activa y por fuera del ámbito del Centro de Salud, a realizar las actividades propuestas que requieren de su participación. Como así también la resistencia de las familias y/o acompañantes a dar el paso a un proceso de atención desconocido y lleno de incertidumbres sobre quienes atenderán a estos pacientes, acostumbradas/os desde tanto tiempo al hospital y sus profesionales que han generado un lazo muy estrecho.

Motivo por el cual, “El Diseño de un sistema de gestión que permita la transición de pacientes” se convierte en la hoja de ruta, en el punta pie inicial para generar herramientas que faciliten este proceso, que invite a profesionales de las diferentes especialidades del hospital a que comiencen a trabajar y trazar

³⁰ Olga Nirenberg: NIRENBERG, Olga. “Formulación y evaluación de proyectos sociales”. Noveduc, Buenos Aires, Argentina, 2013. pp. 19-68.

su propia experiencia y otorgarle la guía adecuada a sus pacientes y familias que acompañan y asisten para brindarles una mejor calidad de vida.

El presente proyecto pondera tanto la vinculación entre profesionales de la red como la sensibilización de las familias y pacientes, otorgándoles la misma relevancia para obtener los mejores resultados de una manera integral. El Diseño de gestión, no solo aporta positivamente en la continuidad de la atención, sino que además contribuye a través del procesamiento de la información, a una concentración y sistematización de los datos específicos de los pacientes involucrados en el proceso. Se constituye además, en un insumo valioso a la hora de contar con datos estadísticos fehacientes, la cual queda a disposición no solo para el hospital, sino para toda la red de salud municipal.

TRANSITAR, no sólo es el título que le da el nombre de este TIF, sino que refleja el recorrido académico hasta llegar a esta instancia. Este trabajo es producto de la finalidad de nuestra formación, que a través de materias como Tecnología de la Administración, Programación y Evaluación de Proyectos y Planificación social, abonan el terreno tanto el análisis y Diseño de las organizaciones públicas, el planteamiento de la demanda inicial, los procesos y técnicas diagnóstica, sin perder de vista el contexto y la complejidad de lo social. El trayecto hasta aquí, es el balance de un aprendizaje valioso y continuo que compatibiliza con el interés personal puesto en la contribución y fortalecimiento de los procesos organizacionales, en este caso del hospital.

No quisiera concluir este trabajo sin hacer mención a los momentos que corren en relación a la situación crítica de la salud pública, el actual contexto económico y social (nacional, provincial y local) complejiza y condiciona fuertemente la situación, generando un incremento en la cantidad de pacientes que carecen de cobertura social, por ende un incremento de los pacientes que requieren atención, lo que provoca una sobredemanda en Salud Pública. Mario Rovere que escribía en 1997: La Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis, y las ideas allí plasmadas cobran relevancia actual *"... la Salud Pública se ve atravesada por fenómenos que la desconciertan como la privatización, las fuertes reducciones de personal, el endiosamiento de los mecanismos de mercado, los procesos de debilitamiento del Estado, etc., mientras la presión social nacional e internacional vuelve*

*lentamente a converger alrededor del derecho a la salud, (aún cuando se exploren nuevas formas de alcanzarlo)."*³¹

³¹ Mario Rovere, Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. Este artículo está basado en un documento técnico preparado por encargo de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 1997.

7. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- ❖ Consenso Argentino sobre la transición de los cuidados pediátricos a los cuidados adultos en pacientes con enfermedades congénitas del metabolismo. Ana Chiesa y otros. Vol. 24 N°3, septiembre 2023.
- ❖ Análisis de la implementación de Corredores Sanitarios en Rosario. Dirección Gral. de Atención Primaria.
- ❖ INSTITUTO LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE DE PLANIFICACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL (ILPES).Guía para la presentación de Proyectos. Edit. Siglo XXI, 14º edición, México, 2006.
- ❖ Metodología de la Investigación. las rutas cuantitativa, cualitativas y mixta. Roberto Hernández Sampieri. Christian Paulina Mendoza Torres. Mc Graw Hill Interamericana Editores, S.A de C.V, Ciudad de México. 2018.
- ❖ OMS, La salud de los adolescentes y los jóvenes adultos. Febrero,2022.
- ❖ Pediatría. Revista Pediátrica. Transición del adolescente sano al servicio médico de adultos. Andrea Ortiz y otros. 2022.
- ❖ Plan Nacional para las transiciones de adolescentes y jóvenes con condiciones crónicas. Hacia su atención en servicios y equipos de salud para personas adultas: una propuesta. Un abordaje con perspectiva de curso de vida Pediatría.2023.
- ❖ Proceso de transición de hospital pediátrico a hospital de adultos en pacientes crónicos complejos del Hospital Sant Joan de Déu. Rocío Jiménez Domínguez, María Tereza L Cavalcante Facultad Pere Tarrés, Universidad Ramon Llull. 2019.
- ❖ Revista Pediátrica. Transición del adolescente sano al servicio médico de adultos. Andrea Ortiz y otros. 2022.
- ❖ Rodríguez Darío M. " El Diseño Organizacional".Textos Universitarios. Facultad de Ciencias Sociales, séptima edición.
- ❖ Richard Beckard, Transiciones Organizacionales Administración del cambio",1988.

- ❖ ROBIROSA, Mario; CARDARELLI, Graciela y LAPALMA, Antonio. "Turbulencia y planificación social". UNICEF – Siglo XXI. 1990. pp.9-18.
- ❖ ROVERE, MARIO. "Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. Este artículo está basado en un documento técnico preparado por encargo de la Organización Mundial de la Salud en octubre de 1997.
- ❖ Salud en el municipio de Rosario. Construcción de salud según sus protagonistas. Principios orientadores. Ejes de Gestión. Entrevistas. Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario. UNR Editora. Rosario, República Argentina, Noviembre 2003.
- ❖ Transición en la atención médica, de la pediatría a la medicina del adulto. Dra. Carmen L. De Cunto. 2012.
- ❖ Transición del adolescente con enfermedades crónicas, Coordinadoras: Mirta Gategaray, Mariana Rodríguez Ponte, Fanny Breitman, Claudia Ferrario, María Jolly, Graciela Morales, Rosa Pappolla. SAP, 2012.
- ❖ TESTA, Mario. "Pensamiento estratégico y lógica de programación". Lugar Editorial, OPS, 1989. pp. 11-91.

Entrevistas realizadas:

- Sebastian Maza, Jefe del Área Ambulatoria del Hospital Roque Saenz Peña. Reunión distrital, 31 de octubre de 2023. HSRP. Rosario, Santa Fe.
- Gonzalo R. Lopez. Abogado especialista en derecho de Familia. Trabajador de Salud Pública: Ex Jefe de Centro de Salud. Ex Director del Policlínico San Martín y Asesor del Hospital " Víctor J. Vilela".
- Dr. Santiago Galicchio, Pediatra, Neurólogo Hospital de Niños "Víctor J. Vilela", 27 de Marzo de 2024.
- Dra. Antonela Barbieri, Médica Pediatra Centro de Salud "Tío Rolo", Dir. Gral. Centros de Salud, SSP. 8 de mayo de 2024.
- Dra. Roxana Juan, Jefa Área Ambulatoria, Hospital de Niños Victor J. Vilela, 26 de marzo y 17 de abril de 2024.

Links consultados:

- www.rosario.gov.ar
- https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5607/S057518_es.pdf
- www.revistapediatria.org.
- www.unc.edu.ar.
- <http://www.scielo.org.ar>
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

8. ANEXOS

ANEXO I



Fuente: Elaboración propia, abril 2024.

ANEXO II

ANEXO 2. DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN. HERRAMIENTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:

Provincia:

Área de la cuál es referente

1. ¿Se realizan transiciones de usuarios/as pediátricos con condición crónicas/no crónicas que requieran tratamientos prolongados hacia equipos de adultos?

SÍ/NO/TAL VEZ

2. ¿Cuentan con un equipo específico que aborde el proceso de transición de estos pacientes?

SÍ/NO

3. En caso de contar con un equipo, ¿por quiénes está conformado?

(pregunta abierta)

4. En el caso de que existan distintas edades de corte para realizar las transiciones según cada servicio hospitalario, ¿cuáles son los cortes etarios?

(pregunta abierta)

5. ¿Con cuánto tiempo de antelación comienzan con el proceso de transición?

(pregunta abierta)

6. ¿Existen registros de estadísticas hospitalarias anuales sobre usuarios/as transicionados/as y por servicio hospitalario?

7. ¿Tienen protocolos establecidos para el proceso de transiciones?

8. En caso afirmativo, ¿existe un único protocolo establecido o cada servicio involucrado posee el suyo?

ANEXO III

PACIENTES MAYORES DE 12 AÑOS QUE ASISTIERON AL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DURANTE EL AÑO 2023

H.C	EDAD	C. SALUD	CIUDAD	# turnos
132161	12	POCHO LEPRATTI C.S.	ROSARIO	1
175463	13	GRAL SAN MARTIN C.S.	ROSARIO	2
176797	18	S/D	ROSARIO	1
194650	15	ELENA BAZZET VEC (Ex SAN FRANC. SOLANO)	ROSARIO	1
197138	14	DOMINGO MATHEU VEC	ROSARIO	2
198701	14	SAN MARTIN "A" VEC	ROSARIO	1
229933	14	ELENA BAZZET VEC (Ex SAN FRANC. SOLANO)	ROSARIO	2
234599	13	1ero DE MAYO C.S	ROSARIO	1

235420	13	MARADONA Dr. E. C.S.	ROSARIO	1
235796	13	MARADONA Dr. E. C.S.	ROSARIO	2
236701	13	MARADONA Dr. E. C.S.	ROSARIO	1
236856	13	S/D	ROSARIO	4
238616	13	JUANA AZURDUY C.S	ROSARIO	2
238619	13	DRA. DEBORA FERRANDINI (Ex COSSETINI)	ROSARIO	1
239741	13	DRA. DEBORA FERRANDINI (Ex COSSETINI)	ROSARIO	1
240645	12	ELENA BAZZET VEC (Ex SAN FRANC. SOLANO)	ROSARIO	2
242457	12	MARTIN C.S.	ROSARIO	2
244382	12	MAURICIO CASALS C.S.	ROSARIO	2
244490	12	1ero DE MAYO C.S	ROSARIO	1
244817	12	JUAN B. JUSTO C.S	ROSARIO	1
246775	11	MARTIN C.S.	ROSARIO	1
247937	12	POCHO LEPRATTI C.S.	ROSARIO	2
256187	13	ROSSELLO MARIA JOSEFA VIC.	ROSARIO	2
261346	13	JUANA AZURDUY C.S	ROSARIO	2
268851	12	MARADONA Dr. E. C.S.	ROSARIO	1
269513	13	DUNANT J.H. C.S.	ROSARIO	1
269862	12	MARADONA Dr. E. C.S.	ROSARIO	1
270145	12	DRA. DEBORA FERRANDINI (Ex COSSETINI)	ROSARIO	1
270229	12	SANTA LUCIA C.S	ROSARIO	1
270381	12	DUNANT J.H. C.S.	ROSARIO	1
270485	14	GRAL SAN MARTIN C.S.	ROSARIO	3
270957	13	ROSSELLO MARIA JOSEFA VIC.	ROSARIO	1
273030	13	JUAN B. JUSTO C.S	ROSARIO	1
273980	12	DUNANT J.H. C.S.	ROSARIO	1
274757	14	MARTIN C.S.	ROSARIO	3
275446	12	JUANA AZURDUY C.S	ROSARIO	1
276565	13	SANTA TERESITA VEC.	ROSARIO	2
276780	12	EMAUS C.S.	ROSARIO	1
278236	11	C.C SANTA LUCIA	ROSARIO	1
278360	13	MARTIN C.S.	ROSARIO	1
278497	14	ROQUE COULIN C.S.	ROSARIO	1
285713	14	GRAL SAN MARTIN C.S.	ROSARIO	2
291350	15	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	1
296468	15	DR.SALVADOR MAZZA C.S.	ROSARIO	1
297165	16	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	1
299039	14	C.C N° 8 - INDEPENDENCIA	ROSARIO	1
299738	16	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	2
379858	14	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	1

420461	20	BARRIO PARQUE SUR VEC	ROSARIO	2
432180	20	JUANA AZURDUY C.S	ROSARIO	2
434542	13	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	1
457059	19	S/D	ARROYO SECO	1
458235	19	ELENA BAZZET VEC (Ex SAN FRANC. SOLANO)	ROSARIO	1
477073	16	JUANA AZURDUY C.S	ROSARIO	1
503555	18	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	1
506817	18	S/D	ROSARIO	1
527543	17	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1
532469	17	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	1
532822	17	ROQUE COULIN C.S.	ROSARIO	1
542831	17	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1
544284	18	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	1
545866	15	JUANA AZURDUY C.S	ROSARIO	1
547649	17	ITATI C.S.	ROSARIO	1
548978	17	ROSSELLO MARIA JOSEFA VIC.	ROSARIO	2
550380	17	BARRIO PARQUE SUR VEC	ROSARIO	1
552259	17	LUIS PASTEUR C.S.	ROSARIO	1
552687	18	LUIS PASTEUR C.S.	ROSARIO	2
554681	17	DOMINGO MATHEU VEC	ROSARIO	1
559328	16	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1
559613	17	LUIS PASTEUR C.S.	ROSARIO	1
560770	17	C.C LIBERTAD (EX ABORIGENES ARGENTINOS)	ROSARIO	2
561639	17	SAMCO GENERAL LAGOS	GRAL LAGOS	1
562665	18	20 DE JUNIO C.S.	ROSARIO	1
563812	17	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1
565307	16	LUIS PASTEUR C.S.	ROSARIO	1
565776	17	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1
566587	16	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1
571593	18	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	2
575485	16	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1
577016	16	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	2
579539	17	BARRIO PLATA C.S.	ROSARIO	1
579553	16	EL GAUCHO C.S	ROSARIO	1
582082	16	C.C Nº 9 - SAN FRANCISQUITO	ROSARIO	1
583882	16	ALICIA MOREAU DE JUSTO	ROSARIO	1
586888	15	1ero DE MAYO C.S	ROSARIO	1
588497	16	GRAL SAN MARTIN C.S.	ROSARIO	1
589827	16	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	1
590107	16	S/D	ROSARIO	1

590654	16	ROQUE COULIN C.S.	ROSARIO	1
590758	15	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	1
591218	16	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1
593049	17	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1
595396	16	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1
596559	17	S/D	ROSARIO	3
597940	16	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	1
598013	16	SAMCO CAÑADA DE GOMEZ	CAÑADA DE G	2
599078	15	DR.SALVADOR MAZZA C.S.	ROSARIO	1
599896	15	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	1
601029	16	MARTIN C.S.	ROSARIO	1
601216	16	BARRIO PLATA C.S.	ROSARIO	1
603340	15	C.C Nº 9 - SAN FRANCISQUITO	ROSARIO	1
603472	16	1ero DE MAYO C.S	ROSARIO	1
604305	16	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1
608946	15	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	1
609096	15	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	1
610667	15	SAN MARTIN "A" VEC	ROSARIO	1
613380	15	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	1
616059	15	S/D	ROSARIO	1
616346	15	HOSPITAL GAMEN V.G.G.	ROSARIO	1
616428	15	POCHO LEPRATTI C.S.	ROSARIO	1
616877	15	ITATI C.S.	ROSARIO	2
617051	15	ALICIA MOREAU DE JUSTO	ROSARIO	1
617162	15	TIO ROLO C.S	ROSARIO	2
617718	15	ITATI C.S.	ROSARIO	1
618586	15	S/D	ROSARIO	1
620695	16	MAURICIO CASALS C.S.	ROSARIO	1
621329	16	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1
621577	15	POCHO LEPRATTI C.S.	ROSARIO	1
624034	15	LUIS PASTEUR C.S.	ROSARIO	2
624250	15	20 DE JUNIO C.S.	ROSARIO	3
625175	15	C.C LIBERTAD (EX ABORIGENES ARGENTINOS)	ROSARIO	1
625307	14	SUR (LA PALOMA) C.S.	ROSARIO	1
627178	15	MAURICIO CASALS C.S.	ROSARIO	1
627186	15	JUANA AZURDUY C.S	ROSARIO	2
628030	16	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	1
631945	15	EMAUS C.S.	ROSARIO	1
634522	15	BARRIO PARQUE SUR VEC	ROSARIO	3
634649	15	GRAL SAN MARTIN C.S.	ROSARIO	2

637678	14	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	2
637728	15	SAMCO SOLDINI	SOLDINI	3
639449	15	20 DE JUNIO C.S.	ROSARIO	2
640240	15	HOSPITAL EVA PERON (BAIGORRIA).	ROSARIO	1
643596	15	EL GAUCHO C.S	ROSARIO	2
644494	16	BARRIO PLATA C.S.	ROSARIO	2
645045	14	S/D	GUALEGUAY	1
645752	15	CEFERINO NAMUNCURA C.S.	ROSARIO	3
647030	14	C.C N° 4 - BARRIO POLICIAL - A. STORNI	ROSARIO	1
649483	16	CEFERINO NAMUNCURA C.S.	ROSARIO	3
650216	14	C.C N° 15 - LAS FLORES	ROSARIO	1
652973	14	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	1
654704	14	EVA DUARTE	ROSARIO	1
655282	14	MAURICIO CASALS C.S.	ROSARIO	2
655811	14	ITATI C.S.	ROSARIO	3
657627	15	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	3
657888	14	HOSPITAL INTENDENTE CARRASCO	ROSARIO	1
658505	14	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1
660827	16	ROQUE COULIN C.S.	ROSARIO	1
661848	14	20 DE JUNIO C.S.	ROSARIO	1
661953	14	DR. JULIO MAIZTEGUI VIC. (Ex SAN ROQUE)	ROSARIO	2
662605	14	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	1
663774	14	LUCHEMOS POR LA VIDA (Ex LA LAGUNITA)	ROSARIO	1
663922	14	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	2
663942	15	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	2
664438	13	JULIO A ROCA VEC	ROSARIO	1
664661	16	EMAUS C.S.	ROSARIO	1
665270	14	JOSE RAUL UGARTE (Ex POSTA FLORESTA)	ROSARIO	1
666703	15	DRA. DEBORA FERRANDINI (Ex COSSETINI)	ROSARIO	2
666897	14	CEFERINO NAMUNCURA C.S.	ROSARIO	1
668550	13	MAURICIO CASALS C.S.	ROSARIO	1
669079	14	20 DE JUNIO C.S.	ROSARIO	1
669352	14	LUCHEMOS POR LA VIDA (Ex LA LAGUNITA)	ROSARIO	2
669673	14	TIO ROLO C.S	ROSARIO	1
670346	14	DAVID STAFFIERI C.S.	ROSARIO	4
671030	13	S/D	ROSARIO	1
671704	14	S/D	V.G.G	1
673250	14	C.C N° 4 - BARRIO POLICIAL - A. STORNI	ROSARIO	2
673629	13	EVA DUARTE	ROSARIO	2
673841	14	DRA. DEBORA FERRANDINI (Ex COSSETINI)	ROSARIO	1

674081	14	HOSPITAL ROQUE SAENZ PEÑA	ROSARIO	1
674378	15	ROSSELLO MARIA JOSEFA VIC.	ROSARIO	2
677255	13	DR. JULIO MAIZTEGUI VIC. (Ex SAN ROQUE)	ROSARIO	1
678983	13	HOSPITAL GAMEN V.G.G.	ROSARIO	1
680858	13	TIO ROLO C.S	ROSARIO	1
682152	14	CEFERINO NAMUNCURA C.S.	ROSARIO	1
683357	15	C.C Nº 21- CABIN 9	ROSARIO	1
683757	14	ELENA BAZZET VEC (Ex SAN FRANC. SOLANO)	ROSARIO	1
684051	14	CEFERINO NAMUNCURA C.S.	ROSARIO	1
684100	14	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	1
684120	13	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	1
684363	14	SUR (LA PALOMA) C.S.	ROSARIO	2
684415	14	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	1
685494	14	SANTA LUCIA C.S	ROSARIO	1
686995	14	BARRIO PLATA C.S.	ROSARIO	3
687017	15	S/D	FUNES	1
688342	15	SANTA LUCIA C.S	ROSARIO	2
688802	14	S/D	ROSARIO	1
689615	14	SAMCO SAN LORENZO	SAN LORENZO	2
690217	16	MAURICIO CASALS C.S.	ROSARIO	2
691403	14	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	1
692075	13	TIO ROLO C.S	ROSARIO	1
692146	14	DAVID STAFFIERI C.S.	ROSARIO	1
692711	14	EMAUS C.S.	ROSARIO	1
692788	13	TIO ROLO C.S	ROSARIO	1
693365	13	DOMINGO MATHEU VEC	ROSARIO	1
693800	15	SAMCO GENERAL LAGOS	GRAL LAGOS	2
694389	13	SANTA TERESITA VEC.	ROSARIO	3
696192	13	ROSSELLO MARIA JOSEFA VIC.	ROSARIO	2
696282	13	LA FLORIDA VEC	ROSARIO	1
696338	14	SAMCO CAÑADA DE GOMEZ	CAÑADA DE G	1
697512	13	POCHO LEPRATTI C.S.	ROSARIO	2
697676	13	STA. MARIA JOSEFA ROSSELLO C.S.	ROSARIO	1
698941	15	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1
699422	15	JOSE RAUL UGARTE (Ex POSTA FLORESTA)	ROSARIO	1
699503	14	S/D	MACIEL	1
700358	13	TIO ROLO C.S	ROSARIO	1
700453	13	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1
701579	15	HOSPITAL GAMEN V.G.G.	ROSARIO	1
702039	13	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1

704106	15	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	1	
706952	13	SUR (LA PALOMA) C.S.	ROSARIO	1	
709925	14	DAVID STAFFIERI C.S.	ROSARIO	1	
712416	13	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1	
712944	13	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	2	
713493	13	SANTA TERESITA VEC.	ROSARIO	1	
713730	13	MAURICIO CASALS C.S.	ROSARIO	1	
713795	15	C.C N° 14 - AVELLANEDA OESTE	ROSARIO	2	
714237	16	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	2	
714606	13	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	1	
715559	13	ALICIA MOREAU DE JUSTO	ROSARIO	1	
716628	13	SANTA TERESITA VEC.	ROSARIO	2	
717815	13	BARRIO PARQUE SUR VEC	ROSARIO	2	
717910	13	DUNANT J.H. C.S.	ROSARIO	1	
718401	13	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1	
718464	13	BARRIO PLATA C.S.	ROSARIO	1	
719196	12	MAURICIO CASALS C.S.	ROSARIO	1	
719227	13	JUAN B. JUSTO C.S	ROSARIO	1	
719397	13	ALICIA MOREAU DE JUSTO	ROSARIO	2	
721064	13	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1	
721746	13	TIO ROLO C.S	ROSARIO	1	
722646	13	C.C N° 22 - GONZALEZ LOZA	ROSARIO	1	
723269	13	HOSPITAL ROQUE SAENZ PEÑA	ROSARIO	3	
723937	14	S/D	ROSARIO	2	
723974	12	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1	
724116	13	TIO ROLO C.S	ROSARIO	1	
725017	14	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	1	
726422	13	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	1	
726465	13	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1	
727625	13	C.C N° 26 - DE LA COM. ORGANIZADA	ROSARIO	1	
727909	14	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1	
728942	12	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1	
729332	13	MARTIN C.S.	ROSARIO	2	
730006	13	1ero DE MAYO C.S	ROSARIO	1	
730159	13	EVA DUARTE	ROSARIO	1	
730966	13	20 DE JUNIO C.S.	ROSARIO	2	
731474	12	ROSSELLO MARIA JOSEFA VIC.	ROSARIO	1	
731994	13	SAN MARTIN "A" VEC	ROSARIO	1	
732313	15	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1	
732499	12	ROQUE COULIN C.S.	ROSARIO	1	

733240	13	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	2	
733786	12	POCHO LEPRATTI C.S.	ROSARIO	1	
734264	13	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	2	
735018	13	SANTA TERESITA VEC.	ROSARIO	2	
735030	12	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	1	
735513	13	DOMINGO MATHEU VEC	ROSARIO	1	
735685	12	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	1	
736821	13	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	2	
737598	13	C.C N° 9 - SAN FRANCISQUITO	ROSARIO	1	
740094	12	MARADONA Dr. E. C.S.	ROSARIO	1	
741062	13	C.C LIBERTAD (EX ABORIGENES ARGENTINOS)	ROSARIO	2	
741151	12	LUIS PASTEUR C.S.	ROSARIO	1	
741541	13	SANTA TERESITA VEC.	ROSARIO	1	
741556	13	JOSE RAUL UGARTE (Ex POSTA FLORESTA)	ROSARIO	1	
743951	13	DAVID STAFFIERI C.S.	ROSARIO	1	
744472	12	DR. JULIO MAIZTEGUI VIC. (Ex SAN ROQUE)	ROSARIO	1	
744996	13	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	1	
745314	13	MARADONA Dr. E. C.S.	ROSARIO	2	
745334	13	SAN MARTIN "A" VEC	ROSARIO	3	
747879	12	MARTIN C.S.	ROSARIO	1	
747978	13	HOSPITAL GAMEN V.G.G.	ROSARIO	2	
749438	13	LUCHEMOS POR LA VIDA (Ex LA LAGUNITA)	ROSARIO	2	
749877	12	LUIS PASTEUR C.S.	ROSARIO	2	
751106	13	POCHO LEPRATTI C.S.	ROSARIO	2	
751560	14	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	2	
751936	12	S/D	ROSARIO	1	
752673	12	LUCHEMOS POR LA VIDA (Ex LA LAGUNITA)	ROSARIO	4	
753769	12	MAURICIO CASALS C.S.	ROSARIO	2	
754206	13	LUCHEMOS POR LA VIDA (Ex LA LAGUNITA)	ROSARIO	2	
754323	13	CASIANO CASAS C.S.	ROSARIO	1	
754449	12	MARTIN C.S.	ROSARIO	5	
755160	12	GRAL SAN MARTIN C.S.	ROSARIO	5	
755188	14	ROQUE COULIN C.S.	ROSARIO	1	
756125	12	DOMINGO MATHEU VEC	ROSARIO	1	
756371	13	HOSPITAL GAMEN V.G.G.	ROSARIO	1	
757683	12	EL GAUCHO C.S	ROSARIO	2	
758048	12	ITATI C.S.	ROSARIO	2	
758655	12	MAURICIO CASALS C.S.	ROSARIO	1	
758746	14	CASIANO CASAS C.S.	ROSARIO	2	
761568	12	DR.SALVADOR MAZZA C.S.	ROSARIO	1	

761797	12	SAMCO VENADO TUERTO	SAN GREGORI	1
761819	12	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	1
762402	12	DAVID STAFFIERI C.S.	ROSARIO	1
763265	12	DR. JULIO MAIZTEGUI VIC. (Ex SAN ROQUE)	ROSARIO	2
763936	12	SUR (LA PALOMA) C.S.	ROSARIO	1
764837	13	CASIANO CASAS C.S.	ROSARIO	1
765697	12	BARRIO PLATA C.S.	ROSARIO	1
765730	12	MARTIN C.S.	ROSARIO	1
766097	12	BARRIO PLATA C.S.	ROSARIO	2
766353	15	20 DE JUNIO C.S.	ROSARIO	2
766477	14	SAMCO BARRANCAS	BARRANCAS	1
766529	12	POCHO LEPRATTI C.S.	ROSARIO	1
766729	12	DAVID STAFFIERI C.S.	ROSARIO	1
766877	12	MARTIN C.S.	ROSARIO	2
767351	12	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	1
768015	12	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	1
768113	12	CASIANO CASAS C.S.	ROSARIO	1
768671	12	1ero DE MAYO C.S	ROSARIO	1
768729	12	MAURICIO CASALS C.S.	ROSARIO	1
768798	12	C.C Nº 11 - VILLA CORRIENTES	ROSARIO	1
769948	14	S/D	PEREZ	5
771028	12	DRA. DEBORA FERRANDINI (Ex COSSETINI)	ROSARIO	1
771915	12	DAVID STAFFIERI C.S.	ROSARIO	1
772489	12	EMAUS C.S.	ROSARIO	1
772672	12	HOSPITAL DE NIÑO V.J. VILELA	ROSARIO	1
773578	15	CEFERINO NAMUNCURA C.S.	ROSARIO	3
774017	12	EL MANGRULLO C.S	ROSARIO	1
774756	13	MARADONA Dr. E. C.S.	ROSARIO	1
775263	12	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	1
776398	12	TIO ROLO C.S	ROSARIO	1
776635	12	CASIANO CASAS C.S.	ROSARIO	1
777205	12	TIO ROLO C.S	ROSARIO	2
779047	13	SANTA TERESITA VEC.	ROSARIO	1
779078	12	ITATI C.S.	ROSARIO	1
780717	12	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	3
781187	12	C.C Nº 14 - AVELLANEDA OESTE	ROSARIO	2
781538	12	C.C Nº 25 - FONAVI	ROSARIO	1
781995	12	C.C Nº 11 - VILLA CORRIENTES	ROSARIO	2
782055	12	SANTA TERESITA VEC.	ROSARIO	1
783381	12	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	1

785532	14	SAMCO VILLA CONSTITUCION	VILLA CONSTI	2
785762	12	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	1
785850	12	20 DE JUNIO C.S.	ROSARIO	1
786300	12	C.C N° 10 - VILLA MANUELITA	ROSARIO	1
787096	13	ROQUE COULIN C.S.	ROSARIO	1
788434	12	ITATI C.S.	ROSARIO	1
789391	12	SANTA TERESITA VEC.	ROSARIO	1
789559	14	S/D	ROSARIO	1
790697	12	C.C N° 10 - VILLA MANUELITA	ROSARIO	1
790911	12	SAN MARTIN "A" VEC	ROSARIO	1
791069	12	20 DE JUNIO C.S.	ROSARIO	1
792267	12	20 DE JUNIO C.S.	ROSARIO	1
792379	12	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1
793001	12	LUIS PASTEUR C.S.	ROSARIO	1
793251	12	C.C SANTA LUCIA - ERNESTO GUEVARA	ROSARIO	1
796472	12	LUCHEMOS POR LA VIDA (Ex LA LAGUNITA)	ROSARIO	2
799745	12	EVA DUARTE	ROSARIO	1
799815	13	EL GAUCHO C.S	ROSARIO	1
800754	12	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	1
800991	12	RUBEN NARANJO (Ex LAS HERAS VEC)	ROSARIO	1
802722	13	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	3
804420	12	20 DE JUNIO C.S.	ROSARIO	1
805077	12	SAMCO SOLDINI	SOLDINI	1
806836	15	SANTA TERESITA VEC.	ROSARIO	1
806883	13	S/D	ROSARIO	2
807011	13	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	1
809613	12	S/D	VILLA CONSTI	1
810315	12	SANTA TERESITA VEC.	ROSARIO	1
811356	12	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	2
813257	12	EMAUS C.S.	ROSARIO	1
818634	13	ELENA BAZZET VEC (Ex SAN FRANC. SOLANO)	ROSARIO	1
819268	12	TIO ROLO C.S	ROSARIO	1
823806	12	LAS FLORES C.S.	ROSARIO	2
824408	16	SAMCO ROLDAN	ROLDAN	2
826543	12	C.C N° 17- CARITAS GUADALUPE	ROSARIO	1
833788	14	EMAUS C.S.	ROSARIO	2
833801	13	LUIS PASTEUR C.S.	ROSARIO	2
836605	14	SAMCO ROLDAN	ROLDAN	1
839518	13	EVA DUARTE	ROSARIO	2
842613	14	MARTIN C.S.	ROSARIO	2

842743	12	DOMINGO MATHEU VEC	ROSARIO	1
858582	13	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1
862350	14	S/D	SAN EDUARD	2
862848	12	DR. JULIO MAIZTEGUI VIC. (Ex SAN ROQUE)	ROSARIO	2
867817	14	LUIS PASTEUR C.S.	ROSARIO	7
868611	16	ROQUE COULIN C.S.	ROSARIO	1
875198	14	JUANA AZURDUY C.S	ROSARIO	1
876156	13	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1
879707	15	TIO ROLO C.S	ROSARIO	1
879923	14	DAVID STAFFIERI C.S.	ROSARIO	1
883145	12	MARTIN C.S.	ROSARIO	1
884928	13	C.C LIBERTAD (EX ABORIGENES ARGENTINOS)	ROSARIO	1
892312	15	STA. MARIA JOSEFA ROSSELLO C.S.	ROSARIO	2
899410	12	CEFERINO NAMUNCURA C.S.	ROSARIO	1
901787	13	SAMCO CASILDA	CASILDA	2
904224	15	BELLA VISTA VEC	ROSARIO	1
908052	12	HOSPITAL INTENDENTE CARRASCO	ROSARIO	1
908926	17	MARTIN C.S.	ROSARIO	1
912863	17	SAMCO TOTORAS	TOTORAS	1
922418	12	C.C Nº 9 - SAN FRANCISQUITO	ROSARIO	1
926123	12	ROSSELLO MARIA JOSEFA VIC.	ROSARIO	1
930294	12	CASIANO CASAS C.S.	ROSARIO	3
931372	13	DAVID STAFFIERI C.S.	ROSARIO	1
936631	16	DAVID STAFFIERI C.S.	ROSARIO	1
941192	12	SAN VICENTE DE PAUL VIC.	ROSARIO	2
943608	12	MAURICIO CASALS C.S.	ROSARIO	1
953613	14	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	3
968232	14	SAMCO ZAVALLA	ZAVALLA	1
973346	13	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	2
982755	12	SANTA TERESITA VEC.	ROSARIO	1
1005809	13	1ero DE MAYO C.S	ROSARIO	1
1018094	13	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1
1018233	12	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	1
1028774	12	MARTIN C.S.	ROSARIO	2
1037723	15	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	1
1044886	14	SANTA TERESITA VEC.	ROSARIO	1
1046125	13	CEFERINO NAMUNCURA C.S.	ROSARIO	3
1069449	15	GRAL SAN MARTIN C.S.	ROSARIO	4
1086856	14	BARRIO TOBA C.S	ROSARIO	1
1090732	12	1ero DE MAYO C.S	ROSARIO	2

1097298	14	SANTA TERESITA VEC.	ROSARIO	1	
1117098	12	S/D	ROSARIO	2	
1126959	12	S/D	ROSARIO	2	
1130338	17	S/D	IRIONDO	1	
1130339	13	S/D	IRIONDO	1	
1130954	12	MAURICIO CASALS C.S.	ROSARIO	2	
1132582	16	SAMCO SAN LORENZO	SAN LORENZO	2	
1139672	12	LUIS PASTEUR C.S.	ROSARIO	3	
1143462	12	C.C N° 9 - SAN FRANCISQUITO	ROSARIO	2	
1144698	13	EVA DUARTE	ROSARIO	1	
1149350	12	S/D	ARROYO SECO	2	
1149365	12	S/D	RUFINO	1	
1161145	16	HOSPITAL GAMEN V.G.G.	ROSARIO	3	
1168382	14	SAMCO SAN LORENZO	SAN LORENZO	1	
1180571	15	HOSPITAL INTENDENTE CARRASCO	ROSARIO	2	
1193175	12	MARTIN C.S.	ROSARIO	1	
1199576	13	S/D	ROSARIO	1	
1214377	14	LUCHEMOS POR LA VIDA (Ex LA LAGUNITA)	ROSARIO	4	
1218926	17	S/D	PUERTO GRAL	3	
1225219	12	MARTIN C.S.	ROSARIO	1	
1233093	13	DRA. DEBORA FERRANDINI (Ex COSSETINI)	ROSARIO	1	
1235576	13	CHAMPAGNAT SAN MARCELINO C.S.	ROSARIO	2	
1803497	12	SAMCO VILLA CONSTITUCION	VILLA CONSTI	1	
1804554	14	S/D	ROSARIO	2	
1809754	12	MARADONA Dr. E. C.S.	ROSARIO	4	
1812513	13	SANTA LUCIA C.S	ROSARIO	3	
1816225	13	SAMCO VILLA CONSTITUCION	VILLA CONSTI	2	
TOTAL DE PACIENTES 436					

ANEXO IV

Frecuencia de patologías que ofrecen mayores dificultades para lograr la transición. Sociedad Argentina de Pediatría. 2012.

La suma es mayor a 100% porque hay superposición de patologías.

Patología	N	%
Enfermedades Neurológicas: PC, retraso mental, ECNE, TGD, encefalopatías, mielomeningocele	23	50
Enfermedades genéticas: Sme. Down	12	26
Enfermedades respiratorias: FQP	9	19.5
Diabetes	9	19,5
Ginecología: embarazo adolescente, abuso sexual, maltrato	6	13
Adicciones	6	13
Cardiopatías	5	10.8
Discapacidades	3	6.5
Oncológicos	3	6.5
Enfermedades renales	3	6.5
Enfermedades reumatológicas	3	6.5
Enfermedades respiratorias: asma	3	6.5
Endócrinos	2	4.3
HIV , ETS	2	4.3
Trastornos alimentarios	1	4.3
Trastornos nutricionales	1	4.3
Enfermedades psiquiátricas	1	4.3

ANEXO V

Untitled Gantt Project

13 may 2024

http://

Encargado del proyecto

Fechas de inicio y fin del proyecto

Progreso

Tarea

Recursos

10 jun 2024 - 25 abr 2025

0%

15

0

Ac

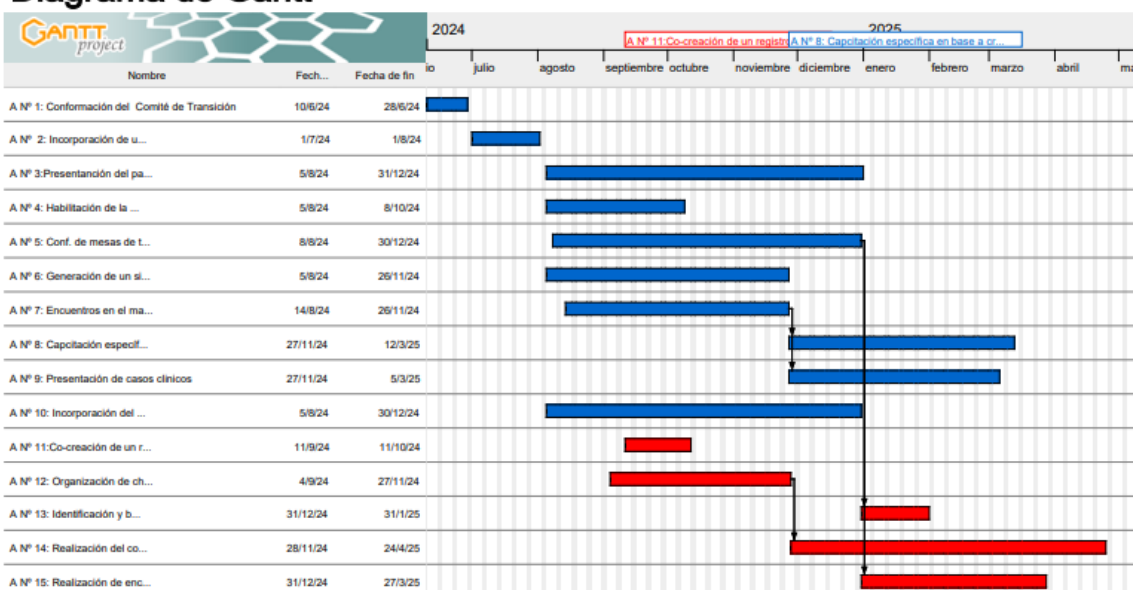
Ve

Untitled Gantt Project

26 may 2024

Diagrama de Gantt

3



Act
Ve a

Untitled Gantt Project

13 may 2024

Tarea

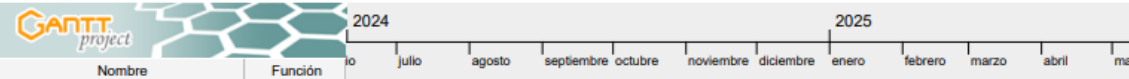
2

Nombre	Fecha de inicio	Fecha de fin	No tas
A N° 1: Conformación del Comité de Transición	10/6/24	28/6/24	
A N° 2: Incorporación de un profesional para la transición	1/7/24	15/10/24	
A N° 3: Presentación del paciente en el consultorio de Neurología	7/10/24	28/2/25	
A N° 4: Habilitación de la agenda de turnos para el Médico Coordinador	14/10/24	24/4/25	
A N° 5: Conf. de mesas de trabajo para la georreferencia de pacientes	14/10/24	18/2/25	
A N° 6: Generación de un sist. de registro específico para pacientes en condiciones de realizar la transición	14/10/24	24/4/25	
A N° 7: Encuentros en el marco de los CSI con profesionales	14/10/24	31/12/24	
A N° 8: Capacitación específica en base a criterios de derivación y tratamiento	1/1/25	16/4/25	
A N° 9: Presentación de casos clínicos	1/1/25	9/4/25	
A N° 10: Incorporación del tema Transición desde el Consultorio de Neurología	14/10/24	24/4/25	
A N° 11: Co-creación de un registro de autogestión para pacientes	14/10/24	11/11/24	
A N° 12: Organización de charlas-taller abierto a la comunidad	14/10/24	31/12/24	
A N° 13: Identificación y búsqueda de Historia Clínica	19/2/25	24/3/25	
A N° 14: Realización del conversatorio "Emociones adolescentes"	1/1/25	21/4/25	
A N° 15: Realización de encuentros "De dónde vengo y a dónde voy"	19/2/25	24/4/25	

Act
Ve a

Diagrama de recursos

4



Act
Ve a