

Proyecto de Gestión para POLÍTICAS SOCIALES Y DE LA SALUD.

**Ps. José Luis Aguirre.
Dr. Pedro Bustos
Septiembre de 2006**

***“Los problemas de la Medicina como rama del Estado,
no pueden resolverse si la política sanitaria no está
respaldada por una política social. Del mismo modo
que no puede haber una política social sin una
economía organizada en beneficio de la mayoría.”***

Dr. Ramón Carrillo, 1949.

El Dr. Ramón Carrillo en su *Política Sanitaria Argentina* (1949), elaborada durante la primera presidencia del General Perón planteaba que:

- 1. Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad;**
- 2. No puede haber política sanitaria sin política social;**
- 3. De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados.**

En relación a estos principios podemos hacer una pequeña historia de los que nos sucedió como país en estos últimos años.

Sobre la situación social.

La actual situación es el fruto maduro de la concepción sembrada, a través de la fuerza del crimen, por la dictadura militar de 1976. Su eje político de represión y muerte expandió el silencio a la mayoría de la población e implantó su eje económico en el modelo rentístico de Martínez de Hoz.

El sistema financiero desmembró a la producción nacional, produjo un desempleo inédito y un proceso de marginalidad social creciente.

La tasa de transferencia de la riqueza de un sector mayoritario y productor hacia uno minoritario y parásito se aceleró con los sucesivos gobiernos democráticos.

Las privatizaciones, el aumento descomunal del endeudamiento externo, el desmantelamiento del Estado, la liberalización de la economía, la restricción de la protección legal de los trabajadores, fueron y son las herramientas que el sistema emplea para degradar a una Nación y ponerla en un estado de grave riesgo de disgregación.

Cada día son más los argentinos que cruzan la línea que va desde la sobrevivencia hacia la desesperación, desocupados, trabajadores precarizados, empleados, profesionales, pequeños empresarios y comerciantes, es decir la mayoría de la población que no encuentra en el Estado la garantía de los derechos humanos básicos: salud, trabajo, educación, vivienda y justicia.

En este sentido, es necesario analizar las reformas económicas que aplicó casi toda América latina en la década del ochenta.

A los países que salían de años de pobreza y dictadura les decían que la democracia liberal y los mercados traerían una prosperidad sin precedentes.

En Argentina el decil de población más pobre tiene una participación del **2,2%** en el total de ingresos, mientras que dicha participación asciende al **30,8%** en el decil más rico. Esto supone una brecha de **33,7** veces más ingreso, brecha que ha venido creciendo significativamente en los últimos 5 años.

La incidencia de la pobreza en la población total del país aumentó del **26% al 47,8%** desde Octubre de 1998 a Octubre de 2003. El incremento de la indigencia fue aún mayor: del **6,9%** de la población en Octubre de 1998 al **27,7%** en Octubre de 2003. Si observamos el problema por regiones, la región del Noreste presenta las tasas más altas de pobreza e indigencia y las provincias de Corrientes y Chaco son las que presentan los índices más elevados de todo el país (**68,7%** y **65,5%** respectivamente).

De este modo, 17 de las 24 provincias argentinas presentan tasas de pobreza superiores al promedio nacional.

La participación de los asalariados en la renta nacional que llegó a los niveles más altos durante la presidencia de Perón (1943/1955) **49%** era en 1989 del **30%** y actualmente llega escasamente al **18%**.

Desde 1998, la economía se encontraba en una situación de profundo estancamiento y recesión, y las condiciones de vida de la población empezaron a deteriorarse. En los últimos meses de 2001 y la primera mitad de 2002, la situación derivó en una crisis política, institucional y socioeconómica sin precedentes.

Como resultado de este proceso, se ha registrado una formidable caída de los ingresos reales y un aumento considerable de la desocupación y la pobreza. Aún cuando los índices de empleo y pobreza se encuentran en franca mejoría, continúan siendo elevados en relación a lo evidenciado en la década pasada.

Como podrá verse una verdadera transformación económica, negativa decimos nosotros, que no ha servido para beneficiar a la Nación y a su pueblo, sino para transferir la más formidable cantidad de recursos disponibles a favor de los capitales internacionales.

Podríamos pensar que luego del derrumbe político-económico-institucional de diciembre del 2001 y en una transición no exenta de contradicciones y problemas, se está volviendo a un contexto donde el Estado retoma su rol de regulador de las relaciones sociales y económicas de los diferentes sectores de la sociedad.

Retorno obligado y moralmente deseable, por el fracaso rotundo de la aplicación de las políticas neoliberales en el campo social, político y económico.

Aún en las situaciones sociales más traumáticas vividas en estos últimos años, se pueden identificar conductas sociales que apuntan a construir, a diseñar mejores opciones, o al menos a bloquear las peores.

En este sentido el subsidio a los pobres de extrema pobreza, la renegociación de la deuda externa, el pago al FMI, la eliminación del endeudamiento adicional como fuente de recursos para el Estado, son acciones que pueden ser definidas como condiciones para la supervivencia del país.

Nadie afirmaría que esas medidas forman parte de un plan virtuoso para crecer y mejorar la calidad de vida general. Eran y son imprescindibles para la simple existencia del país.

Sin embargo existen aún las rémoras ideológicas que suponen que las decisiones de inversión de unos pocos mejorarán todas nuestras vidas; que jubilados, docentes, empleados públicos, desocupados transitorios, son categorías que no necesitan ser consideradas con el mismo derecho retributivo que un empleado de una corporación privada; que las ganancias de capital de origen financiero pueden no pagar impuestos, mientras quien compra un par de zapatos sí lo hace.

Hay que equilibrar las cargas sobre el cuerpo social. Esto último es la condición necesaria para el movimiento en la dirección del crecimiento y la equidad social.

El desafío es la construcción de una sociedad que contenga en su seno a todos los hombres, mujeres, niños y ancianos víctimas de esta historia, una comunidad que promueva el crecimiento económico con justicia distributiva, donde los trabajadores puedan volver a diseñar la esperanza para ellos y sus hijos, donde los empresarios puedan crecer en armonía con la sociedad, donde este crecimiento no vaya en detrimento de los demás y del medio ambiente, donde se destierre la idea de la salvación individual, donde la salud sea un bien accesible, donde el alimento se adquiera con el fruto del trabajo, donde todas las familias puedan almorzar y cenar alrededor de la misma mesa, una

comunidad sin analfabetismo y desnutrición infantil, una ciudad respetuosa de la diversidad de su gente, con la infraestructura necesaria e indispensable asegurada para que todos puedan llevar adelante sus actividades laborales y sociales. Queremos un país y una ciudad con servicios públicos eficientes, accesibles y al servicio a sus ciudadanos.

Este es el desafío, quizás demasiado grande pero no por ello imposible.

Lo que no es posible, a esta altura de nuestra historia es quedar al costado de ella, dejando que otros la hagan, de eso hemos aprendido mucho y sabemos todo el sufrimiento que hemos padecido y padecemos.

Creemos profundamente en la **Justicia Social**, es decir en ese acontecimiento que permite a una comunidad promover sus mejores potencias colectivas e individuales. Acontecimiento que permite la inclusión de todas y todos, el respeto y la posibilidad de una vida digna.

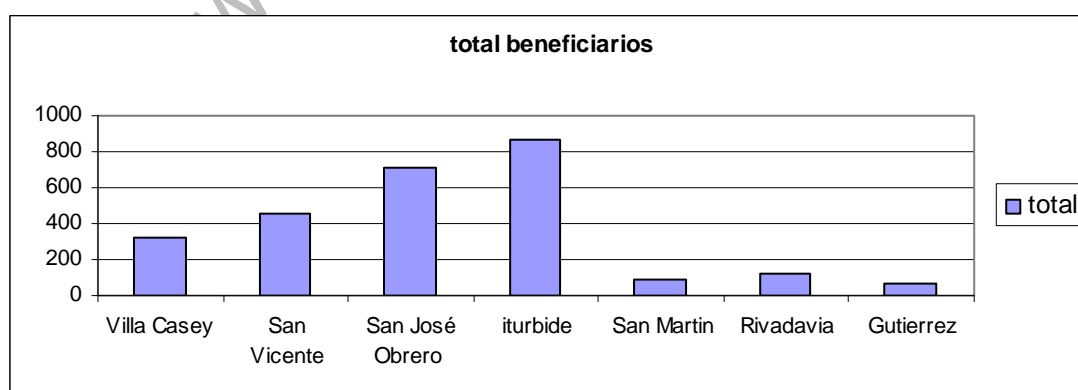
Nuestra Provincia y nuestra ciudad

fueron golpeadas dramáticamente por esta situación y hoy vemos como ese dramatismo aún persiste y se manifiesta en muchos lugares de nuestra comunidad.

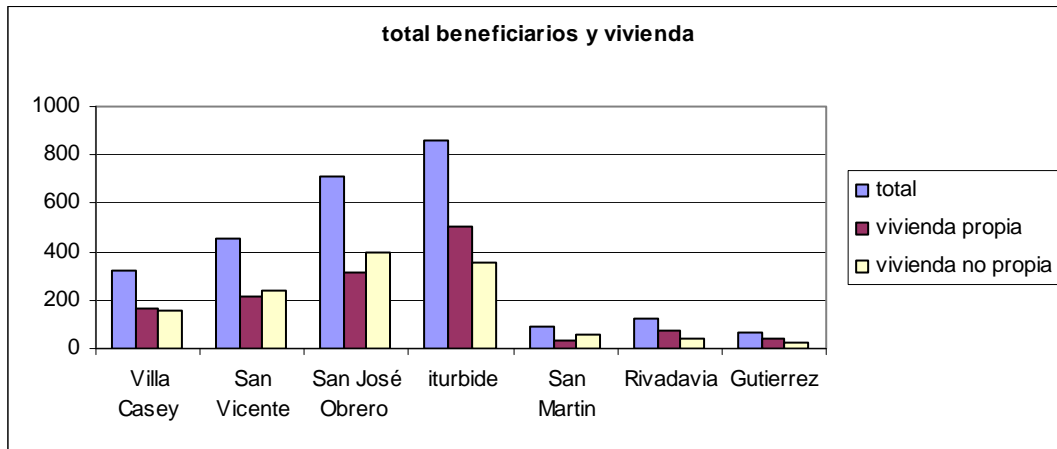
En el estudio que realizamos en base a los datos aportados a las planillas confeccionadas en el área de Acción Social de la Municipalidad de Venado Tuerto, durante el desarrollo del programa del Plan Alimentario Nacional durante el año 2004, nos aporta una visión general de la situación social de los grupos mas vulnerables. En este informe no se encuentran la totalidad de los barrios de la ciudad, con lo cual se lo debe considerar como parcial y en construcción.

Hemos elegido algunos indicadores o variables para estudiar, tales como propiedad de la vivienda, cloacas, agua corriente y baños, que hacen a componer un cuadro de las condiciones generales de vida de la población beneficiaria. Estas variables están íntimamente conectadas y determinan las condiciones de salud, con todos sus indicadores, sobre todo, aquellos que hacen a la salud infantil y de la mujer.

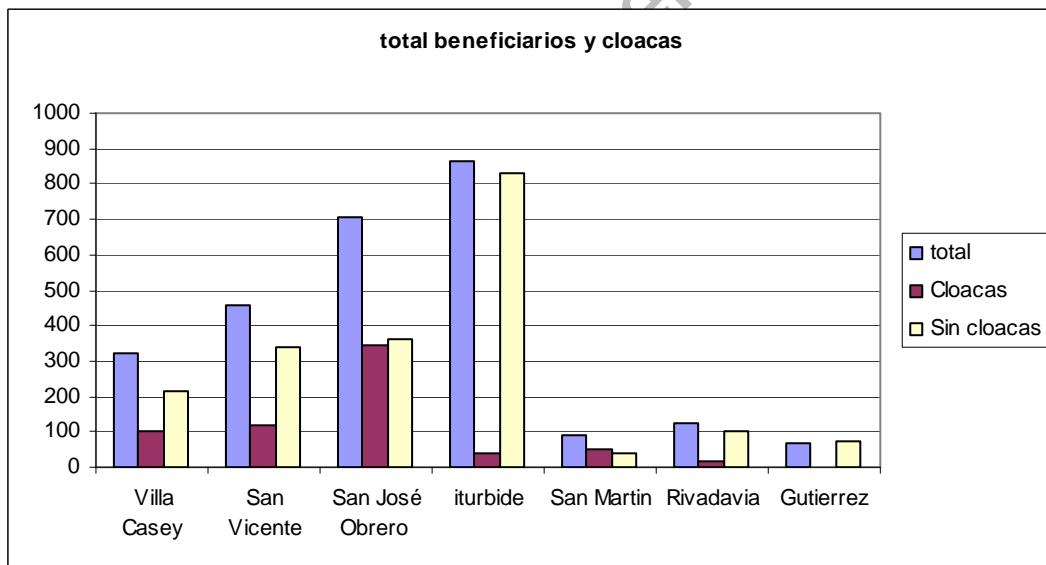
Aquí se muestra la cantidad de beneficiarios, siendo los barrios **Iturbide, San José Obrero, San Vicente y Villa Casey** los que tienen una mayor cantidad de familias beneficiarias del PAN.



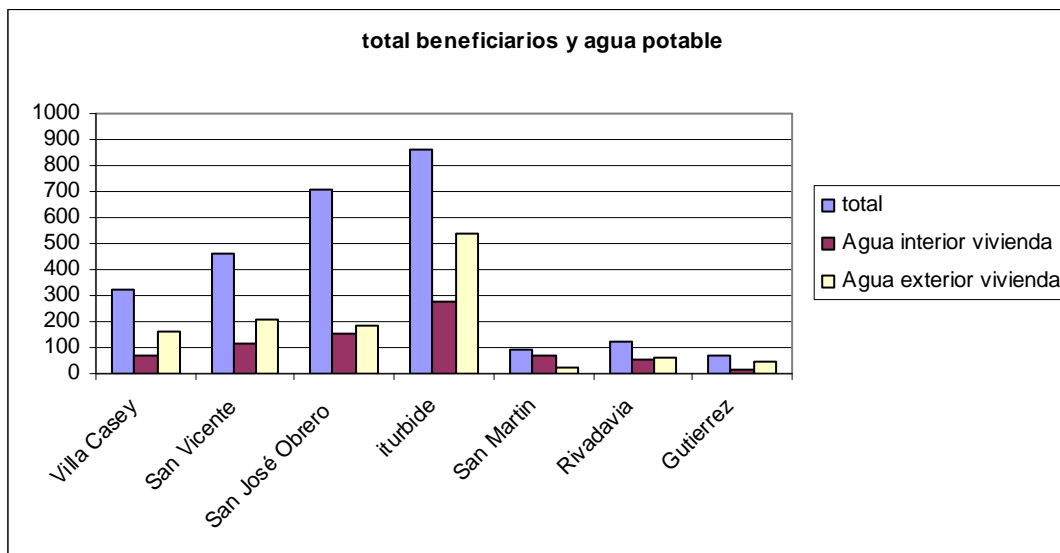
Este cuadro muestra la relación entre la cantidad de beneficiarios y la propiedad de la vivienda donde vive la familia. Es de destacar que, en promedio, la mitad de los beneficiarios no posee vivienda propia. Esta situación es mas destacada en los barrios **Iturbide, San José Obrero, San Vicente y Villa Casey**



Este cuadro muestra la relación entre cantidad de beneficiarios del PAN y la cantidad y calidad de servicios cloacales que poseen estas familias. Nuevamente la situación más crítica se presenta en los barrios **San José Obrero, San Vicente y Villa Casey** y principalmente en **el Iturbide**.



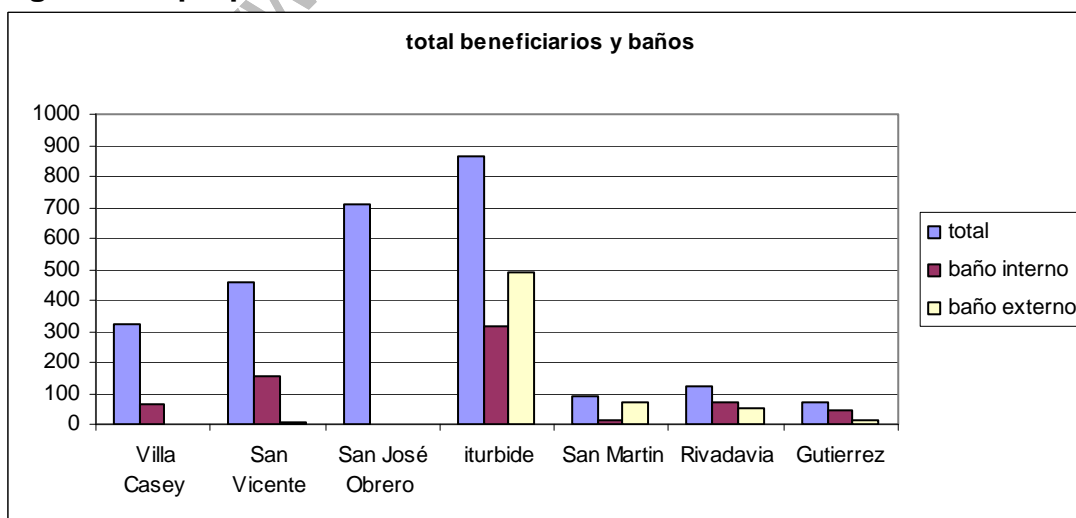
En este cuadro presentamos la relación entre cantidad de beneficiarios y servicios de agua. Se puede considerar que la variable *agua fuera de la casa* nos dice de una condición precaria en relación al servicio: canilla pública, conexión clandestina, falta de instalación domiciliaria, etc. Nuevamente la situación mas desfavorable la encontramos en los barrios **San José Obrero, San Vicente y Villa Casey** y principalmente **en el Iturbide**. Vale destacar que la situación en proporción es preocupante en todos los barrios estudiados.



Este cuadro muestra la relación entre la cantidad de beneficiarios y las condiciones de los baños en las viviendas familiares. Se puede considerar la variable *baño externo* como aquellas instalaciones precarias sin servicios de agua corriente y malas condiciones de higiene. Vemos que la situación es preocupante en el barrio **Iturbide** donde la mayoría de los baños son externos.

En el barrio San José Obrero no se relevaron los datos de este ítem.

En general en los barrios con mas beneficiarios del PAN encontramos las condiciones de vida mas desfavorables. Es importante el déficit de agua corriente, servicios de cloacas, servicios sanitarios en las viviendas (baños). También aparece como característica la precariedad en el régimen de propiedad de la vivienda.



Sobre la situación de salud

La salud es un bien jurídico colectivo y un derecho humano fundamental.

Su respeto se logra, por un lado, a través de un accionar preventivo que el Estado debe desarrollar, y por el otro, garantizando el derecho al acceso a las prestaciones y servicios necesarios con equidad.

Desde 1998, la economía se encontraba en una situación de profundo estancamiento y

recesión, y las condiciones de vida de la población empezaron a deteriorarse.

En los últimos meses de 2001 y la primera mitad de 2002, la situación derivó en una crisis política, institucional y socioeconómica sin precedentes. Como resultado de este proceso, se ha registrado una formidable caída de los ingresos reales y un aumento considerable de la desocupación y la pobreza. Aún cuando los índices de empleo y pobreza se encuentran en franca mejoría, continúan siendo elevados en relación a lo evidenciado en la década pasada.

Las desigualdades que los ingresos insuficientes generan en las condiciones de vida dan lugar a diferencias injustas. La distribución de la población pobre en regiones con distinto grado de desarrollo económico exige la implementación de políticas diferenciales en materia alimentaria, sanitaria, educativa y de la seguridad social y de promoción de la sustentabilidad ambiental. Dicho de otro modo: no es lo mismo satisfacer las necesidades de la población en situación de pobreza de Tucumán o Jujuy, que las de los pobres de la provincia de Buenos Aires.

Revertir la inequidad equivale a brindar acceso. De nada vale aumentar la inversión en salud si una madre que vive en una zona carenciada no puede llegar a un centro de vacunación, no tiene un adecuado control perinatal para su bebé, o no puede hacer consultas preventivas para sus hijos.

Las tasas de mortalidad materna e infantil descendieron entre 1990 y 2001, y la mortalidad materna se estabilizó, desde 1994, en torno a las 4 muertes por cada 10.000 nacidos vivos. Sin embargo, las asimetrías son pronunciadas: las jurisdicciones con mayor ingreso *per cápita* tienen una tasa de mortalidad infantil de 9,1 por mil nacidos vivos frente a los 26,7 de las jurisdicciones más pobres, según los datos del 2002. **Los niños argentinos siguen muriendo por trastornos relacionados con la duración del embarazo, desnutrición, diarrea, dificultades respiratorias del recién nacido y malformaciones congénitas del corazón. Dos tercios de las muertes infantiles son neonatales. En la actualidad, 6 de cada 10 de muertes de recién nacidos pueden evitarse con un buen control del embarazo, una atención adecuada del parto y diagnóstico y tratamiento precoz. En todas las provincias argentinas, por lo menos 1 de cada 2 muertes de niños son evitables.**

La presencia de enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes nos recuerda que Argentina no ha dejado atrás los riesgos sanitarios de los países en vías de desarrollo, a pesar de su clara transición epidemiológica hacia un perfil más desarrollado. Algunas de estas enfermedades, como el **hantavirus**, la **leishmaniasis** e incluso el **dengue**, están relacionadas con el deterioro del medio ambiente público y privado. Otras, como la **triquinosis** y el **síndrome urémico hemolítico**, con el descuido en los hábitos alimentarios. Pero todas, en general, hablan de una baja en la calidad de vida en ciertas regiones y en determinados sectores de la población. El mosquito vector de dengue -Aedes

aegypti- está presente en 17 de las 24 provincias. A su vez, 117 municipios del Norte y Noreste son considerados como zonas de alto y muy alto riesgo, tanto por supoblación de vectores como por ser limítrofes con países donde se han producido brotes de la enfermedad, como Brasil, Paraguay y Bolivia. Problemas como el

SIDA, Tuberculosis y Chagas no están ausentes, y a éstos se suma la transición epidemiológica hacia las enfermedades no transmisibles que se debe, en parte, a la mayor preponderancia de ciertos factores de riesgo entre los que se destaca el **tabaquismo**, hábito que en los hombres de 16 a 64 años supera el 45%.

Por su parte, el total de población cobertura de salud había pasó del 36 al 48 por ciento entre 1997 y 2001, aunque con situaciones de profunda desigualdad).

El estado de salud de la población no depende exclusivamente del patrón de acceso a los servicios de salud, ni del modelo de atención de las enfermedades, ni de su forma de financiamiento. Existen numerosos factores extrasectoriales que tienen gran incidencia sobre la salud y que deben ser considerados al diseñar políticas orientadas al sector. Entre ellos se cuentan los aspectos relacionados con la vivienda, educación, nutrición, empleo y estilo de vida y calidad ambiental.

La experiencia internacional ha demostrado que aún en países con sistemas de provisión universal uniforme se presentan importantes diferencias en los resultados, que se vinculan con este tipo de factores. De esta forma, las limitaciones económico-productivas de ciertas jurisdicciones y la ausencia de políticas federales que enfrenten y limiten los efectos negativos de la dinámica económica general, fueron conformando un mapa territorial caracterizado por la sustancial falta de equidad, que se pone de manifiesto tanto en las condiciones de vida como en los niveles de desarrollo humano.

Todo esto demuestra la íntima relación entre estas circunstancias y la salud de la población, la amenaza al patrimonio sanitario de los argentinos es contundente.

En Venado Tuerto.

El marco conceptual anterior tiene el objetivo de señalar cual debería ser la dirección a seguir en la implementación de una política de sanitaria orientada a la cobertura de salud con equidad de toda la comunidad.

En la ciudad hay una importante cantidad de familias cuyas característica principal es que cuentan generalmente con un número importante de hijos, baja capacitación laboral para tareas urbanas, son desocupados o subocupados o – en el mejor de los casos- trabajadores en negro con baja renta por su trabajo.

Se ubican en el espacio donde la ciudad se entremezcla con el campo. En este espacio periurbano se vienen produciendo procesos de intenso crecimiento y expansión de las áreas urbanas de muchas de las ciudades del mundo. Como consecuencia, está ya muy extendido a escala planetaria un nuevo modelo de ciudad dispersa o difusa, lo cual hace que cada vez sea más difícil definir que es lo urbano y que es lo rural, así como delimitar con claridad las fronteras físicas y socioeconómicas que separan lo primero de lo segundo.

El espacio definido por estas familias se estructura en las relaciones sociales que produce una determinada forma de producción económica y reproducción social (Santos 1980).

Este espacio es un escenario rizomático¹ donde una multiplicidad de flujos, económicos, culturales, políticos, de gérmenes, de relaciones, etc, producen subjetividad colectiva y configuran la formas de vida y muerte de una población.

En este contexto, los territorios periurbanos, son espacios de características híbridas entre lo rural y lo urbano, que adquieren cada vez más importancia como ámbitos cuya situación socioeconómica, transformaciones y subsiguientes tendencias al desarrollo, el estancamiento o el declive es preciso conocer. Sobre todo, debido a que de ese conocimiento depende, en muy gran medida, la posibilidad de articular políticas adecuadas para regular y/o encauzar dicha situación, transformaciones y tendencias.² En este sentido Pedro Luis Castellano, plantea al espacio como un aproximación a las condiciones de vida en cuanto mediador entre la estructura económica y la situación de salud. Este espacio es una construcción colectiva, histórica y social donde las personas construyen y reconstruyen sus maneras de vivir y morir.

Así, los problemas de salud de este grupo poblacional en particular, son pensados, tal como lo plantea Cristina Possas, como un entramado donde se entretajan padrones epidemiológicos de poblaciones del tercer mundo y problemas de salud producto de la vida en sociedades desarrolladas. Esto es, a las enfermedades que padecen las familias pobres se les agrega el desgaste por la vida en las grandes urbes y las del proceso de trabajo. Se configura de este modo una situación de gran complejidad para el sistema de salud que debe atender a una población expuesta a perfiles epidemiológicos sobrepuestos, simultáneos y diferentes.

En este sentido el perfil epidemiológico de una población está determinado por la estructura de producción, en especial por el proceso de trabajo y sus condiciones de realización y por otro lado las estructuras o formas de consumo, modos de vida, que conjuntamente con la renta percibida conforman las condiciones de vida de una población.

En cuanto al sistema de salud municipal este se encuentra estructurado de la manera en que lo definen Mendes, Texeira, Araujo y Cardoso en su trabajo sobre distritos sanitarios, es decir, **define los problemas de salud a priori y responde con programas focalizados a determinados grupos discriminados por edad y sexo principalmente. Estos programas se desarrollan por imposiciones sanitarias superiores y fundamentalmente por que se confunde la demanda espontánea de los centros de salud municipales con la situación de salud de la población.**

¹ G. Deleuze y F. Guattari. Capítulo 1: Rizoma "Mil Mesetas". Eicit. Pre-texto. Valencia 2002.

²Francisco Entrena Durán. "Los límites difusos de los territorios periurbanos: una propuesta metodológica para el análisis de su situación socioeconómica y procesos de cambio." Departamento de Sociología, Universidad de Granada

En esta situación prima lo que Geoffrey Rose denomina el enfoque individual de la mirada epidemiológica. No puede ser de otra manera cuando el sistema de salud visualiza como problemas solamente la demanda espontánea de la población consultante en los centros de salud.

En función a los resultados arrojados por los estudios sobre atención de la demanda en los efectores públicos municipales durante 2001/2/3/4/5 se podrían adelantar algunas hipótesis:

- El Sistema Público Municipal de Salud tiene un sesgo marcadamente asistencialista y centralizado. Esto se demuestra en la enorme diferencia entre el número de pacientes atendidos en la APM en relación a los Centros de Salud. Por los datos que hemos podido recabar no se realizan suficientes y adecuadas acciones en Promoción y Prevención de la Salud.
- Si bien hay una importante atención de la demanda en Clínica Médica y Pediatría **no** sucede lo mismo con las prácticas obstétricas y ginecológicas las cuales son irregulares en su continuidad. La atención en Salud Mental es muy poco significativa o nula. **La Pediatría, ginecología, obstetricia, clínica médica, odontología y Salud Mental son conjuntamente con las acciones de prevención y promoción- el conjunto básico de prestaciones para implementar una estrategia de atención primaria de la salud.**
- La atención de la salud de la comunidad valora y promueve la espera de la demanda espontánea de la población. No hay una intervención decidida de la gestión municipal en el ámbito del barrio. NO basta con que el Centro de Salud se encuentre ubicado en el Barrio, este debe ser recorrido por los agentes de salud y sus usuarios deberían ser consultados y asociados a las acciones sanitarias.
- Se realizan acciones exclusivamente programáticas en lo sanitario, es decir se diseñan fuera del territorio en el que se debe intervenir de manera normativa (ej. Nutrición) con discontinuidad y no en todos los lugares.
- Hay prácticas de salud que no tienen una atención de la demanda significativa con lo cual se gastan recursos financieros y humanos en problemáticas de las cuales no se tiene una dimensión verdadera. (ej. Geriatría).
- No se trabaja conjuntamente con otros estamentos gubernamentales municipales a los fines de aunar esfuerzos en la tarea de transformar, con la participación activa de los vecinos, las condiciones de vida de los mismos (saneamiento, agua potable, cloacas, vivienda, acceso a la salud, control de plagas, educación, etc.)
- No hay un correlato entre el crecimiento de la población, el contexto general de la ciudad, y la cobertura de salud. Esta a medida que pasa el tiempo y cubre cada vez mas espacio debería atender mas números de demandas de salud (en el ámbito de la prevención, promoción y asistencia).

"Los hospitales no se organizan a base de libros, ni a conocimientos estrictamente técnico-médicos, sino es principalmente a base del conocimiento de la problemática social de la población, y de la política sanitaria que se ha trazado un gobierno, que el establecimiento va a servir".

Ramón Carrillo. 1952

La estrategia de atención primaria de la salud como organizador del sistema

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación.

Tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo (y su familia, sus saberes y cultura) con la medicina científica.

La atención primaria debería ser la prioridad absoluta y las acciones de promoción y prevención deben obtener una asignación creciente de recursos. La estrategia debe avanzar progresivamente hacia la descentralización de estas acciones de forma sistemática y organizada.

Se debe buscar que la imagen objetivo de los gobiernos municipales no se limite a garantizar acceso sino a alcanzar progresivamente las metas de un municipio saludable, integrando las áreas de salud con las de ambiente y desarrollo sustentable.

Esta integración surge de la necesidad de asociar el diagnóstico del paciente a las condiciones sanitarias de la comunidad en que vive, sus hábitos personales, sus actividades ocupacionales y las características del ecosistema.

De esta manera, es posible trabajar sobre los factores de vulnerabilidad y riesgo socioambiental, tales como las condiciones sanitarias inadecuadas, la falta de acceso a agua potable, la deforestación, la pérdida de diversidad biológica, el deterioro de la calidad de aire en ciudades y en el interior de las viviendas, la exposición a sustancias químicas.

Es evidente que la estrategia de atención primaria es altamente positiva en su costo-efectividad y también que su implementación adecuada debe ser planteada a nivel local. Sin embargo, hay dos obstáculos históricos para ello. Por un lado, el carácter hospitalocéntrico del sistema que se refleja en que aún los centros de mayor complejidad, destinan gran parte de sus recursos y servicios al primer nivel de atención. Por otro lado, los altos costos en que se debe incurrir para diseñar, implementar y evaluar un sistema de APS, costos que muchas veces los gobiernos locales no consiguen sustentar.

Por ello debemos proponer un sistema más justo, que iguale las oportunidades de toda la población, actuando con responsabilidad y sensibilidad frente a las necesidades de todos y en especial de los que tienen mayor riesgo.

El principio solidario que caracteriza nuestro sistema de salud y seguridad social, y que permite que todos contribuyamos para la salud de todos, se

vuelve injusto cuando los pobres aportan un mayor esfuerzo económico que los no pobres, o cuando los enfermos deben acudir a sus exiguos bolsillos para costear su atención.

Un sistema más equitativo en el financiamiento y más igualitario en el acceso es un desafío que entre todos debemos construir, logrando la resolución de estos problemas de atención de la salud lo más próximo a la residencia de los ciudadanos.

El cuidado de la salud desde una perspectiva intersectorial requiere de instituciones y personas que tengan como objetivo lograr el más alto nivel de salud posible para la población, especialmente para los grupos vulnerables, definiendo acciones y destinando recursos.

En este contexto se debe permitir al pueblo ser protagonista de su proceso de salud. La salud, como derecho, requiere ciudadanos que puedan y quieran ejercer su ciudadanía, que las personas dejen de ser receptores pasivos de actividades puntuales prestadas por servicios institucionalizados de atención médica reparativa, orientada solamente a enfermedades específicas.

www.venadotuerto.gov.af

Habiendo realizado un panorama general y seguramente limitado de la situación actual e histórica de nuestra ciudad y su contexto provincial y nacional, se planteará el marco general, los **valores** que fundamentan proyecto y la metodología de gestión propuesta para poner en funcionamiento la **Secretaría de Políticas Sociales y de la Salud de la Municipalidad de Venado Tuerto. (SPSS)**

Marco General

La SPSS tiene como valores fundamentales:

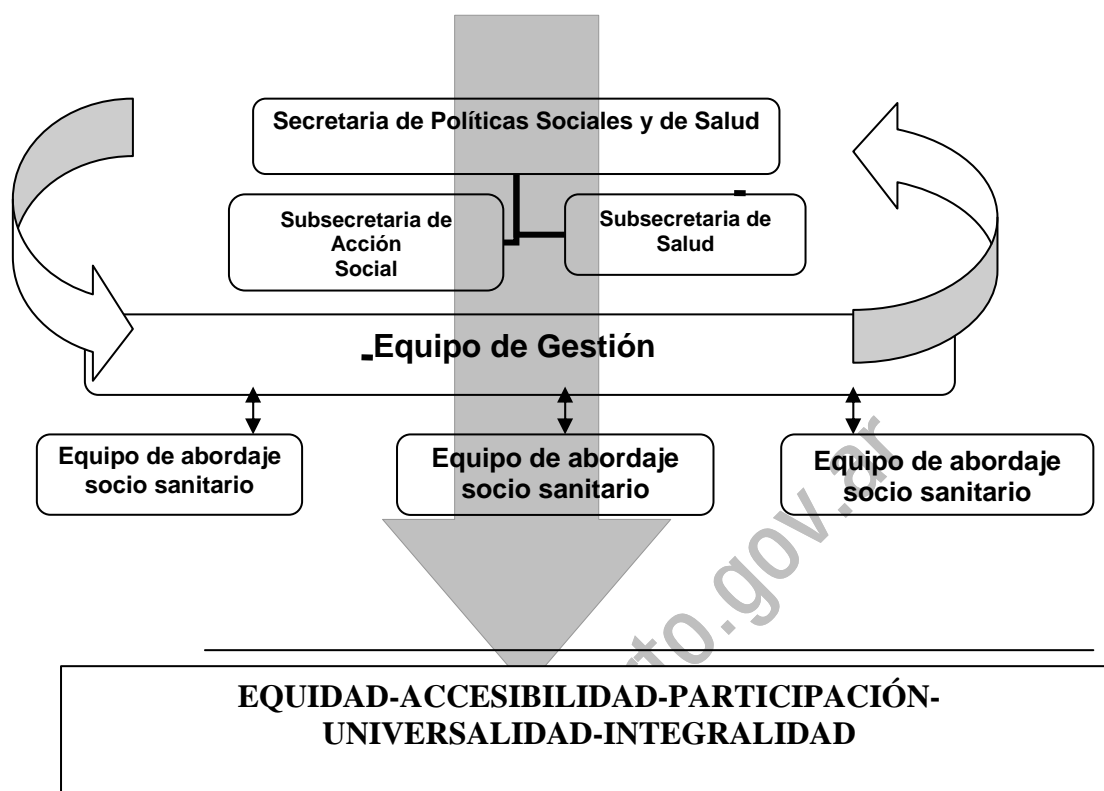
- **Trabajar y desarrollar herramientas para erradicar las condiciones sociales y de salud que impiden a los niños, mujeres y hombres de nuestra ciudad tener una vida digna y saludable.**
- **Trabajar y desarrollar herramientas para que la educación, vivienda, salud y trabajo en condiciones dignas sean derechos inalienables de todos los habitantes de Venado Tuerto.**

La SPSS deberá generar, desarrollar y sostener la estratégica de **ABORDAJE SOCIO SANITARIO TERRITORIAL**, es decir aquel generado en el lugar donde viven los diferentes grupos sociales y en función de las problemáticas que padecen a causa de procesos socio históricos. Este abordaje es la herramienta para garantizar un sistema de promoción social y de salud basado

- **Equidad:** cada vez más justo, que tenga en cuenta las diferencias colectivas e individuales. en los **principios** de:
- **Accesibilidad:** que elimine paulatinamente los obstáculos de diferentes índoles, para acceder a la atención de las necesidades sociales y de salud.
- **Participación:** que permita la opinión y acción de todos los usuarios y demás actores involucrados en el proceso social y de salud.
- **Universalidad:** Para todos los que lo necesiten.
- **Integralidad:** Que aborde todas las problemáticas y los procesos que afectan a la población en sus diferentes niveles y ámbitos., desde las problemáticas sociales, de salud física y mental.

Esquema operativo de la SPSS.

En el siguiente organigrama se plantea el flujo técnico-administrativo de los diferentes dispositivos de gestión e intervención de la SPSS.



La SPSS propone, promueve, gestiona, sostiene y desarrolla los dos valores y los cinco principios

-EQUIDAD

-ACCESIBILIDAD

-PARTICIPACIÓN

-UNIVERSALIDAD

-INTEGRALIDAD

asegura que ellos lleguen a los niveles de intervención es decir a los equipos de abordaje sociosanitarios en los distintos barrios del municipio.

Las dos **Subsecretarías** tienen la función de gestión específica de cada área y coordinar con la otra subsecretaría las tareas y logística pertinente para llevar a cabo los fines y principios de la **SPSS**

Esta estrategia la ponen en práctica los Equipos de Atención Sociosanitarios (**EASS**) conformados por:

- **Trabajador Social,**
- **Médico Clínico,**
- **Obstetra,**
- **Ginecólogo,**
- **Pediatra,**
- **Enfermero y**
- **Psicólogo,** en cada Barrio.

Cada **EASS** tendrá una asignación de población de la cual deberá realizar no solo la atención de la demanda socio sanitaria sino también informes, investigaciones y detección de grupos y micro áreas de población mas vulnerable.

Tanto en su intervención social como de salud implementará la **estrategia de atención primaria**.

Los centros de Salud de cada barrio con su respectivo **EASS** se constituyen de esta manera en el **primer nivel de atención socio sanitario**.

La Asistencia Pública Municipal deberá ser el primer escalón de un segundo nivel de atención además de la coordinación con otras áreas estatales para este fin (hospital).

Los integrantes del **EASS** deberán además de dedicarse a las tareas de la atención primaria socio sanitaria, realizar reuniones de equipos semanales para acordar criterios y acciones al interior del equipo, realizar también tareas de formación y capacitación profesional que estarán suministradas por la **SPSS**.

Cada Centro de salud y su respectivo **EASS** deberá tener un responsable del trabajo en el territorio que será elegido por los demás integrantes del mismo. Está elección puede recaer sobre cualquier integrante mas allá de su disciplina, solo se debe tener en cuenta su compromiso institucional, laboral, su capacidad técnica, profesional y humana con este trabajo.

La coordinación deberá ser trimestral y rotativa en el primer año. Luego se decidirá que mecanismo y organización a la coordinación se implementará.

Cada **EASS** deberá designar dos integrantes que acuerden y adhieran al sostenimiento de los dos valores y los cinco principios básicos para la conformación de el Equipo de Gestión (**EG**).

De los dos integrantes uno deberá ser un profesional no médico.

El **EG** conjuntamente con la **SPSS** y las dos **Subsecretarías** gestionan la totalidad del dispositivo. Esta gestión integrada tiene diferentes grados de responsabilidad pero una igual pertenencia, adhesión y compromiso con los dos valores fundamentales y los cinco principios básicos de la estrategia general de trabajo.

Todos los integrantes de la mesa de gestión tienen el mismo derecho a voz y voto, se trabajará para lograr que las decisiones que aseguren el cumplimiento de lo anteriormente expuesto se logren por consenso de todos los integrantes.

El disenso tiene el límite del aseguramiento de los dos valores y los cinco principios,

La Secretaria velará por que dicho límite no sea transgredido. El disenso debe garantizar el sostenimiento de los valores y los principios incorporando el conflicto institucional como una parte integrante de la dinámica de trabajo. El conflicto debe convertirse en posibilidades para el desarrollo del proyecto.

El Departamento de Bioestadística Municipal deberá prestar el apoyo técnico estadístico y desarrollar investigación de campo para aportar al área de la **SPSS**.