



CEDEL
Centro de Apoyo
al Desarrollo Local

CUADERNO N° 45

EVALUACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN

**Dra. Olga Nirenberg,
Dr. Néstor A. Perrone,
Dra. Elsa M. Moreno
2009**

Sarandí 247, 2º E, (1081), Buenos Aires, Argentina; Tel Fax: (54 11) 4 795 5480
info@ceadel.org.ar, www.ceadel.org.ar

INDICE DE CONTENIDOS

Contenidos	Páginas
I. RESUMEN DEL TRABAJO	3
II. OBJETIVOS	3
III. METODOLOGÍA, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	3
IV. PRINCIPALES ASPECTOS EVALUADOS	4
V. SÍNTESIS DEL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	6
1. Aspectos demográficos, sociales y situación de salud	6
2. La organización global del sistema de salud provincial	8
3. Aspectos económico financieros	10
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	11
1. Conclusiones	11
2. Recomendaciones	16
VII. UNA MIRADA REFLEXIVA SOBRE EL PROCESO DE EVALUACIÓN	22

EVALUACIÓN DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN¹

Dra. Olga Nirenberg, Dr. Néstor A. Perrone, Dra. Elsa M. Moreno

I. RESUMEN DEL TRABAJO

La evaluación fue solicitada por las autoridades de salud de la provincia del Neuquén a finales del año 2004. Se conformó un equipo técnico en el marco del Centro de Apoyo al Desarrollo Local – CEADEL – Asociación civil sin fines de lucro con experiencia en evaluaciones en el campo social y de la salud. La coordinación de ese equipo fue realizada por los autores de esta ponencia.

Es destacable la actitud de esas autoridades provinciales, por convocar a una evaluación externa de su sistema público de salud, dado que no existen antecedentes similares, al menos en Argentina.

En esa época hubo un conflicto sectorial prolongado, con frecuentes paros y movilizaciones, lo cual implicó un particular desafío para la realización del trabajo de campo del estudio evaluativo, cuyo inicio hubo de postergarse hasta mediados del 2005 y se completó a finales de junio del 2006.

II. OBJETIVOS

1. Realizar la evaluación externa de la **calidad** del sistema público de servicios de salud de la provincia de Neuquén, incluyendo percepciones de la población usuaria, los recursos humanos del sistema, los directivos de establecimientos, las autoridades de zonas sanitarias y provinciales así como de otros actores implicados.
2. Formular recomendaciones para la acción de gobierno, fundadas en los hallazgos evaluativos y los nudos problemáticos emergentes.

III. METODOLOGÍA, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

La evaluación fue de tipo “externa”, ya que los evaluadores no pertenecían al sistema de salud neuquino ni residían en la provincia. Se tuvo en cuenta el rigor metodológico necesario para dotar de confiabilidad a los resultados y las conclusiones emergentes, mediante triangulación de técnicas y puntos de vista. Se

¹ Esta ponencia resume el informe evaluativo oportunamente entregado a la provincia y fue presentada a las VIII Jornadas de Salud y Población organizadas por el Instituto Gino Germani de la UBA, agosto 2009.

utilizó un abordaje cuantitativo y cualitativo, recopilando la información secundaria disponible en la provincia y relevando información primaria, a través de un intenso trabajo de campo donde se interactuó con los diversos actores que fueron antes mencionados, en los diferentes niveles del sistema y las distintas zonas sanitarias.

La **recopilación y análisis de información secundaria** se hizo por zona sanitaria y totales provinciales, para los últimos cinco años. Los grandes capítulos de la información solicitada y provista por la provincia fueron sobre aspectos demográficos y epidemiológicos, recursos, programas centrales vigentes, producción prestacional, rendimientos y cobertura.

En el **trabajo de campo** en cada una de las seis zonas sanitarias, para el **relevamiento de información primaria**, las **técnicas** aplicadas fueron:

- **Observación directa de establecimientos de salud**, mediante una guía prediseñada. En cada zona: hospital zonal y un centro del primer nivel de atención. Se brindó especial dedicación al Hospital Cabecera de la Provincia, dada su relevancia.
- **Entrevistas** con guías semiestructuradas para el relevamiento de opiniones de los RRHH: jefes de zonas sanitarias, directores de establecimientos hospitalarios y directores de centros de atención primaria de la salud.
- **Grupos focales**, mediante guías semiestructuradas, con personal de hospitales y de centros de Salud (15 grupos focales que totalizaron 180 ó 200 trabajadores) y con usuarios de los servicios (7 grupos focales con mujeres en edad fértil, jóvenes entre 16 y 20 años, de ambos sexos y personas de tercera edad de ambos sexos, que totalizaron entre 85 a 90 pobladores).
- **Entrevistas a informantes clave** con guía semiestructurada: autoridades políticas sectoriales y extrasectoriales (Educación y Acción social), miembros del Poder legislativo, de la Obra social provincial, de asociaciones profesionales, de la Universidad del Comahue, entre otros.

IV. PRINCIPALES ASPECTOS EVALUADOS

Los principales **ejes analíticos o dimensiones** que se consideraron en la evaluación, fueron:

- **Efectividad** del desempeño del sistema reflejada en la situación de salud de la población: mortalidad y morbilidad según grupos de población y por causas seleccionadas.
- **Eficiencia** del sistema: asignación de recursos económicos, y porcentaje del presupuesto provincial asignado a salud, gasto en salud por habitante,

- descentralización administrativa – contable, existencia de cobro de aranceles o “bonos contribución”, recupero de fondos por facturación a la Seguridad Social.
- **Capacidad resolutive** / cobertura prestacional: se consideró el espectro de prestaciones disponibles según niveles de atención.
 - **Cobertura** de población según grupos de riesgo y programas promocionales o prioritarios: inmunizaciones, control y seguimiento de embarazadas, niños menores de 1 año, adolescentes, población de tercera edad, población con discapacidades, entre otros.
 - **Programas especiales** (Oncológico, Salud bucal, Salud Sexual y Reproductiva, Salud Mental, Diabetes, Hipertensión, Cardiovasculares, VIH/Sida, Alcoholismo, Adicciones, Protección del medio ambiente y otros); alcance geográfico y cobertura de los mismos, principales prestaciones que brindan, procesos de normatización.
 - **Equidad** del sistema: diferencias existentes en la situación de salud entre zonas; distribución de recursos humanos, materiales y financieros y utilización de servicios según zonas.
 - **Conformidad-satisfacción de la población**: opinión de la población usuaria y grado de conformidad respecto de la cobertura y calidad de atención.
 - **Organización del sistema según niveles de atención**: Acciones de promoción y prevención (Atención Primaria de la Salud, APS) en los establecimientos según niveles. Trabajo en equipo interdisciplinario y multiprofesional. Conformación de redes. Sistemas de referencia y contrarreferencia. Disponibilidad horaria. Sistema de turnos / tiempos de espera. Sistema de registros / informatización. Existencia de procesos de mejoramiento de la calidad de atención. Existencia de comités en los establecimientos (ej: mortalidad, infecciones hospitalarias, docencia, ética, otros). Existencia de procesos de planificación, programación y evaluación en los niveles central, zonales y de los establecimientos. Articulación / complementación con el subsector privado y de la seguridad social. Procesos de formulación, ejecución y control presupuestario a nivel de establecimientos y zonal.
 - **Recursos Humanos**: suficiencia, calificación y desempeño. Adecuación de las categorías de personal al nivel de atención. Sistemas de incentivos y sanciones (carrera, remuneraciones). Horarios de trabajo, inclusión de guardias obligatorias (activas y pasivas). Educación permanente de los RRHH. Oportunidades de actualización (asistencia a cursos, congresos, acceso a publicaciones). Producción científica.

- **Producción y rendimientos:** Consultas de atención primaria y de especialidades, egresos según tipo, prestaciones de diagnóstico y tratamiento, rendimientos de profesionales y del recurso cama.
- **Participación** de usuarios y RRHH: promoción de la participación de usuarios, existencia de espacios de participación en los establecimientos y a nivel zonal; formación de grupos / consejos / comités; participación de los RRHH en la gestión de los establecimientos y a nivel zonal.
- **Estrategias de comunicación y difusión** (institucionales y hacia el público). Mecanismos institucionales de comunicación. Campañas comunicacionales. Medios utilizados. Materiales desarrollados, publicaciones. Boletín informativo.
- **Sistema de información:** actualización; existencia de Historia Clínica informatizada; utilización para el análisis epidemiológico y la toma de decisiones; devolución a los niveles locales.
- **Calidad de la atención médica:** trato del equipo de salud a los usuarios; confidencialidad; privacidad; tiempos de espera presencial en los servicios; tiempos destinados a la consulta; internación conjunta madre e hijo/a menor de 14 años; acompañante en el parto; consentimiento informado.
- **Planta física y confort.** Inversión en ampliaciones o mantenimientos. Estado de mantenimiento de los establecimientos. Adecuación de los espacios al destino de uso. Limpieza. Alimentación. Mobiliario.
- **Insumos.** Disponibilidad continua de materiales sanitarios (algodón, gasa, guantes, jeringas, otros), de medicamentos, de medios diagnósticos (Rx, ecografía, mamografía, otros).

V. SÍNTESIS DEL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

1. Aspectos demográficos, sociales y situación de salud

Con relación a los **aspectos demográficos**, se resumen los datos principales:

- Población total provincial: 474.155 habitantes (censo 2001)
- Crecimiento poblacional, en gran parte migratorio, y urbanización creciente (89% reside en zonas urbanas)
- Edad media poblacional = 28 años
- Menores de 15 años = 32,1%
- Mayores de 65 años = 4,8%
- Tasa de natalidad = 20 por mil
- Esperanza de vida al nacer = 71,4 años
- La zona metropolitana y la zona 1 acumulan el 60% de la población provincial

En cuanto a la **situación social**, los indicadores principales son:

- Población con necesidades básicas insatisfechas (NBI) según los tres últimos censos: 33,9 % (1980); 19,1 % (1991); 15,5 % (2001).
- Población bajo línea de pobreza (LP) = 33,4% Población bajo línea de indigencia (LI) = 12 %²
- Asentamientos en Zonas Sanitarias Metropolitana y 1 carentes de servicios de infraestructura y de salud.
- Población sin cobertura de seguridad social = 48,7% (*Encuesta Permanente de Hogares*, 2º semestre 2004).

Respecto de la **situación de salud** de la población provincial, la **tasa de mortalidad general** era del 4,5 por mil habitantes, valor bajo en relación con el resto del país, lo cual tiene vinculación con la estructura poblacional joven antes descripta.

Las primeras causas de muerte están ligadas a: tumores, enfermedades cardiovasculares, infecciosas y causas externas, perfil que se corresponde con la “transición epidemiológica”: aumento de las enfermedades tumorales y circulatorias o cardiovasculares y descenso de las causas perinatales, infecciosas y externas.

La **tasa de mortalidad infantil**, de tendencia descendente a partir de la década del '70, alcanzó su valor histórico más bajo justamente en el año 2005: 8,9 por mil nacidos vivos (en términos absolutos fueron 98 muertes de menores de un año); ese valor se ubica entre los más bajos de Argentina. Las tasas de mortalidad infantil por mil nacidos vivos por zonas sanitarias, en el año 2005 se detallan:

Cuadro 1. Tasas de mortalidad infantil por zona sanitaria, 2005

Zonas sanitarias	Tasa por mil nacidos vivos
Metropolitana	7,6
Zona 1	14,8
Zona 2	6,7
Zona 3	8,2
Zona 4	8,1
Zona 5	6,9
Total	8,9

Fuente: Sala de Situación, página Web provincial, 2005

El valor de la zona 1, es el más alto, debido a los niveles de pobreza y el caudal migratorio.

Otros índices relevantes acerca de la situación de salud provincial se resumen:

- Razón de mortalidad materna, = 4,8 por diez mil nacidos vivos (2005).

² Son los mayores valores de la región patagónica, según la Encuesta Permanente de Hogares, 2º semestre 2004.

- Principales causas de egresos = embarazo parto y puerperio, enfermedades respiratorias, digestivas, externas.
- Problemas prevalentes: la TBC, el VIH/Sida, la salud mental, los accidentes y otras enfermedades infecciosas (diarreas, respiratorias, coqueluche).
- Nacidos con peso menor a 2500 grs. = 7,8% de los nacidos vivos (2005)

Un estudio de morbilidad según motivos de las consultas, realizado por la provincia, destacó entre los 10 primeros a los siguientes: control del niño, control del embarazo, atención para anticoncepción, solicitud de exámenes de rutina, examen médico general, exámenes y contactos para fines administrativos, hipertensión, faringitis aguda, diabetes, dorsopatías. El 80% de los consultantes carecía de cobertura de seguridad social y el 70% fueron mujeres.

2. La organización global del sistema de salud provincial

La provincia organizó su sector público de salud en tres componentes: el nivel central, las zonas sanitarias y los servicios de salud.

El **Ministerio de Salud** a través de sus Direcciones, formula y gestiona los **programas centrales**. Se detectó que la apertura de programas es demasiado vasta; algunos de ellos podrían ser “contenidos” de otros programas “mayores” (por ejemplo, los programas de lactancia materna, de bajo peso al nacer, de muertes maternas e infantiles, podrían ser componentes o contenidos del programa materno-infantil). Esa apertura programática multiplica estructuras y personal, fragmenta acciones que deberían estar ligadas entre sí y sobrecarga a los niveles operativos con múltiples interlocutores en el nivel central. Hay ciertos temas que justifican programas centrales, como por ejemplo las compras, la capacitación de recursos humanos, las obras físicas, entre otros; pero aquellos que se ejecutan a través de los efectores, deben evitar multiplicarse o fragmentarse, debiendo ser formulados con carácter integral y unificado.

El **sistema sanitario** se regionalizó en seis **zonas sanitarias**, las que (con sus respectivas sedes), son: Zona Metropolitana (ciudad de Neuquén), Zona 1 (Plotier), Zona 2 (Zapala), Zona 3 (Chos Malal), Zona 4 (San Martín de los Andes), Zona 5 (Cutral Co).

Desde el punto de vista de la organización global, existe una buena distribución de los recursos, con adecuada regionalización, servicios escalonados según complejidad creciente, amplia base del 1er nivel de atención y un trabajo coordinado en red de servicios, mediante sistemas de referencia y contrarreferencia. El sistema sanitario está compuesto por: un hospital de máxima referencia de nivel VIII, 2

hospitales de nivel VI, 7 de nivel IV, 19 de nivel III, 66 de nivel II y 74 de nivel I, estos últimos correspondientes a la complejidad menor del sistema sanitario.

Algunos indicadores que reflejan el funcionamiento del sistema, comparando, en los casos que eso fue posible, con los valores del total del país, se resumen:

- Relación consulta/egreso provincial = 39,9; media del país = 42,3 (2004).
- Producción consultas/médico 2005; en el país = 938 consultas / médico (2004).
- Promedio de estadía = 4,4 días; media nacional = 7,7 días (2004).
- Promedio de ocupación = 52,9%; en el país = 65,9%; la diferencia está basada en la escala de la producción (2004).
- Consultas/habitante/año = 3,7 en el subsector público; en el país = 2,7 (2004).
- Consultas por guardia: 30% del total (año 2004).
- Los Centros del primer nivel de atención producen el 12% de las consultas (año 2004).
- Egresos por 100 habitante/año = 9,3; en el país = 6,3 (año 2004). Tal vez haya mayor utilización en la provincia, pero la diferencia entre ambos valores refleja la mayor actividad y cobertura del sector público neuquino en internación.
- Médicos por 1000 habitantes (año 2004): promedio provincial, sector público: 1,8 y el promedio del país para todos los sub-sectores: 2,8
- Enfermeras x 1000 habitantes = 3,3; media nacional =1,5 (año 2004).

Respecto de la distribución de los RRHH por zona sanitaria, la relación del personal total con la población tiene su valor más alto en la zona 3 y el más bajo en la zona 1. En cuanto al indicador médicos por habitantes, el valor más alto se da en la zona metropolitana y los más bajos en la zona 1 y la 5. La distribución de bioquímicos y odontólogos por zona sanitaria resulta equitativa, mientras que los trabajadores sociales y psicólogos se concentran en la capital y su periferia. El personal técnico y administrativo está razonablemente distribuido. El personal de servicios generales, tiene menor concentración en la capital (seguramente debido a “tercerizaciones”³ de tales servicios).

Es destacable que la provincia acompañó el crecimiento de la población y en algunos casos duplicó las disponibilidades de RRHH (1983 – 2004). No obstante los RRHH plantearon quejas por escasez en los planteles. Los agentes sanitarios mantienen la misma relación de cobertura respecto de la población; en tanto que los otros RRHH tuvieron un crecimiento mayor que el de la población.

Entre el año 2001 y el 2002 se incrementó la producción (ej. en consultas), por la crisis de la salida de la convertibilidad (usuarios de los servicios privados acudieron

³ Se hace referencia a la contratación de “terceros” (empresas con personal externo a los establecimientos) para las tareas de limpieza, alimentación, lavado y planchado de ropa de cama, etc.

al sector público). Si bien el personal creció, lo hizo luego de ese incremento de utilización, en lugar de anticiparse.

El personal de enfermería requiere un análisis en sí, dado que es un plantel “envejecido” con alto ausentismo y licencias prolongadas, lo cual recarga al personal que sí concurre, generando malestar agregado al que provocan los bajos salarios. Además, enfermería no cuenta con una unidad central específica en el nivel central del ministerio.

Se detectaron carencias de médicos en especialidades como oftalmología, otorrinolaringología, neurología, oncología, anestesiología, así como de fonoaudiólogos.

3. Aspectos económico financieros

El incremento del gasto público en atención de la salud de Neuquén entre 2000 y 2003 superó el promedio de todas las provincias y si se considera además el gasto del Instituto de Servicios Sociales Neuquinos – ISSN – también excedió el aumento del nivel nacional.

Eso muestra una reacción adecuada para afrontar dos de los efectos de la crisis de la economía argentina del 2001/2002: el incremento de precios y la mayor vulnerabilidad de la población.

- Incremento del gasto total en salud de todas las provincias (2000 – 2003): 18,1%
- Incremento del gasto público en salud de todas las provincias (2000 – 2003): 18,9%
- Incremento del gasto total en salud de Neuquén (2000 – 2003): 47,7%
- Incremento del gasto público en salud de Neuquén (2000 – 2003): 43,0%

En el año 2000 Neuquén aportaba el 3,7% del gasto público en salud de todas las provincias y en 2003 ese valor subió al 4,6% del total.

La relación entre el gasto en salud y el Producto Bruto Geográfico (PBG) pasó del 4,8% al 7,6% entre el 2000 y el 2003. En la estructura de los gastos aumentaron más los insumos y servicios que el rubro personal.

Si bien la masa salarial a valores constantes no disminuyó entre 2000 y 2004, sí descendió el costo por agente, con una baja del salario medio de alrededor del 19%. Esto no fue posible compararlo con otras provincias, pues hubiera significado realizar estudios especiales, pero puede presumirse que ese deterioro salarial no fue diferente de otras áreas sectoriales o de las restantes provincias.

La provincia hace frente a sus necesidades de financiamiento con recursos propios siendo escasa la relevancia de los fondos provenientes del nivel nacional.

El análisis del presupuesto por programas muestra un aumento en la participación de las funciones de "conducción" y "fiscalización y control" en mayor medida que en

"atención médica" y dentro de esta categoría se destaca el incremento de "insumos hospitalarios" (algunos importados).

El gasto presupuestario per cápita fue en promedio de \$30; resultó bastante uniforme en las zonas sanitarias salvo en la Zona 3⁴, donde fue mayor, según se detalla a continuación: ZS Metropolitana: \$33; ZS 1: \$19; ZS. Met+ZS1+Hospit. Cabecera: \$29; ZS. 2: \$32; ZS. 3: \$44; ZS. 4: \$30; ZS. 5: \$27.

El nivel promedio del gasto per cápita mensual parece bajo en comparación con los cálculos del costo de la atención del Programa Nacional Médico Obligatorio (PMO) que se hace en el ámbito de la seguridad social nacional. Sin embargo, al calcularlo para la población sin cobertura de seguros de salud, este valor se ubica muy por encima del mencionado costo (alrededor de \$40).

El nivel y la evolución del gasto público, la inexistencia de cobro al momento de la atención y la entrega de medicamentos en atención ambulatoria permiten concluir que el Estado Provincial estaba en condiciones de facilitar la accesibilidad y dar cobertura de atención médica a la población sin seguro de salud.

La provincia mostró una baja capacidad de recuperación del gasto (facturación y cobranza) por parte de los establecimientos públicos por el uso de los servicios brindados a personas con cobertura de obras sociales o seguros de salud privados.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se sintetizan las conclusiones emergentes de los análisis realizados y de las opiniones vertidas por los actores contactados. En segundo lugar se resumen recomendaciones para la formulación de políticas y la toma de decisiones en los diferentes niveles, para mejorar el desempeño de un sistema provincial de salud que aunque sobresale por sus indicadores en comparación con el resto de las jurisdicciones argentinas, si se lo compara consigo mismo a través de los años, tal vez podría haber alcanzado mejores resultados aún, así como mayor conformidad por parte de su personal.

1. Conclusiones

Hay consenso en que dos indicadores del éxito en el desempeño de los sistemas sanitarios son: el descenso de la mortalidad infantil y la satisfacción de los usuarios. Ambos se verifican en Neuquén: por un lado, todos los actores contactados destacan con orgullo la importante disminución en el valor de la tasa de mortalidad infantil en año 2005, ya mencionada; por otro lado, se ha evidenciado alta satisfacción de los usuarios, en términos de las respuestas que obtienen de los servicios de salud de todos los niveles.

⁴ La zona sanitaria 3 es de población escasa y muy dispersa, lo cual sin duda incrementa costos.

Pese a algunas conclusiones críticas que acá se registran, muchas de ellas expresadas por los recursos humanos (RRHH) del sector y los informantes externos, la Provincia sigue siendo un baluarte y un modelo de la salud pública en el contexto del país y también en ámbitos internacionales, por su trayectoria a lo largo de muchos años y su adhesión a la Atención Primaria de la Salud (APS), aún antes de Alma Ata.

Fue frecuente escuchar de los actores contactados, alusiones idealizadas respecto de épocas pasadas, así como expresiones relacionadas con recuperar la mística del sistema⁵. Pero debe señalarse que los cambios en las concepciones tienen mucho que ver con factores generacionales, transformaciones que conforman otros “horizontes de significación”⁶. Cabe tener en cuenta que los aspectos valorativos del ámbito de la salud pública a nivel internacional – y Argentina no fue una excepción – se encuadran en los cambios históricos y contextuales que signaron los procesos de caída de las ideologías y de ciertos valores que guiaron las acciones humanas y la política, que fueron cambiantes durante las tres décadas pasadas. Vale decir que no es posible trasladar en forma inalterada las orientaciones y las ideas fuerza de los años 70 a la actualidad, ya que los paradigmas predominantes han variado, los modelos de gestión de las políticas públicas cambiaron, y avanzaron significativamente los modelos capitalistas y los procesos de globalización.

Se detectaron en los RRHH de establecimientos hospitalarios y de los centros de salud, ciertos “imaginarios” que les enturbian la motivación y el impulso requerido para el trabajo. Resulta importante tomarlos en cuenta en la medida que condicionan las conductas y las relaciones entre los diversos actores sectoriales y de éstos con la población.

Un tema en cuestión es el que denominan *modelo hospital-céntrico*, que según expresan, desplazó el histórico eje neuquino de la APS. Sin embargo, es innegable que existe un número apreciable de centros de salud que deberían dar importante peso relativo al primer nivel de atención si además de crecer en cantidad, se hubieran transformado cualitativamente, acompañando algunas de las actuales tendencias de la atención en el primer nivel.

Algunas carencias son destacables en torno a la APS en la provincia: la ausencia de participación comunitaria y la escasa articulación intersectorial en todos los niveles de la gestión del sistema. Tampoco es aprovechado en forma suficiente el capital

⁵ Se hace referencia a los inicios de la organización del sistema sanitario neuquino en la década del '70.

⁶ La expresión es tomada de H.G. Gadamer (1977), quien reitera que nuestro carácter “situado” nos brinda un horizonte de significación específico (según lugar y momento).

social de las organizaciones de la sociedad civil que allí existen y destinan esfuerzos en pro del bienestar y la salud de la población.

En lo que respecta a la regionalización, se encontraron falencias en el diseño y la mayor parte de los RRHH advirtieron acerca del debilitamiento del rol de las jefaturas zonales y la falta de trabajo en red.

En cuanto a la organización por niveles de atención, si bien eso ha sido una fuerte tradición que aún se mantiene en la provincia, los actores reclaman la necesidad de redefinir la complejidad de los establecimientos cabecera de las zonas sanitarias para posibilitar una mayor contención local de las problemáticas sin requerir derivaciones hacia la capital.

Referente al paquete básico de acciones tradicionales de salud de la APS, el mismo se mantiene sobradamente en la provincia, sobre todo en cuanto a la salud materno-infantil, pero no han sido incorporadas acciones efectivas relacionadas con nuevas problemáticas emergentes, como las violencias de todo tipo, las adicciones, el suicidio, la depresión y soledad en la tercera edad, entre las más prevalentes y mencionadas por los actores durante el estudio.

El rol de los agentes sanitarios no se ha actualizado frente a las nuevas necesidades y demandas; su rol se ha desdibujado y ha perdido el protagonismo que tuvo. A esto debe agregarse que, mientras se mantengan las cifras de pobreza actuales debe pensarse en la inclusión de agentes sanitarios en las periferias de las ciudades, sobre todo en los asentamientos poblacionales precarios.

También es atendible el reclamo unánime de los RRHH de los Centros de Salud del primer nivel de atención, acerca de la *falta de normatización* (o de actualización de las normas) de aspectos estructurales (RRHH, equipamientos y plantas físicas), así como de las funciones y actividades a desarrollar por dichos centros. Si bien la cantidad de centros parece suficiente, no son adecuadas la mayoría de sus plantas físicas, son escasos sus equipamientos, limitados sus horarios de atención, cuestionables sus modos de organización y débiles sus desempeños en cuanto a dar respuesta oportuna y adecuada a los problemas emergentes y a las demandas más frecuentes de la población (que en gran parte termina acudiendo a los hospitales).

Relacionado con esos déficits, los RRHH advierten sobre la *desjerarquización de los establecimientos de menor complejidad respecto de los más complejos y las pujas entre los RRHH respectivos*; sin duda esas tensiones deben afectar el desempeño de la red de servicios y los procesos de referencia y contrarreferencia de pacientes.

Los RRHH perciben además una tendencia por parte de las actuales autoridades, a la *“privatización”* del sistema. Debe aclararse que en la provincia hay una fuerte tradición y predominancia histórica del sector público, ya que en sus comienzos

organizacionales se instaló como un “servicio provincial de salud”, por lo que les preocupa el crecimiento del sector privado desde la década del '90. Se refieren críticamente a las transferencias de recursos financieros hacia el sector privado por la derivación de pacientes en determinadas especialidades debido a la carencia de recursos especializados (RRHH o equipos) en los establecimientos públicos. Estas creencias crecen en la medida que no cuentan con información certera acerca de este tipo de derivaciones y contrataciones con el sector privado. En tal sentido, un fuerte reclamo es el de transparencia a través de adecuados mecanismos informativos.

Otro imaginario se refiere a la “escasez de RRHH” y la falta de incorporación de agentes nuevos a los planteles. La evolución del personal sectorial, como se comentó, creció en forma demorada al pico de utilización ocurrido en el período 2001-2002; es posible que las quejas de los RRHH respondan a la percepción de esa fuerte exigencia laboral a la que se vieron sometidos.

Otro motivo de preocupación y malestar de los RRHH es el relacionado con la *injerencia de la política partidaria* en las decisiones sectoriales. Se refieren a designaciones en cargos sin tener en cuenta perfiles de formación y experiencia o de competencias para ese ejercicio, así como al desarrollo de obras que no responden en forma evidente a criterios demográficos o epidemiológicos.

También comentan una “*ruptura del diálogo con las autoridades*” sectoriales y de gobierno de la provincia. Es posible que gran parte de los conflictos sectoriales durante ese año se hayan agudizado debido a carencias en el diálogo y la entrega de información oportuna.

Los RRHH se perciben a sí mismos como baluartes o defensores del sistema sanitario, aduciendo que son ellos “*quienes en realidad lo hacen funcionar*” y varios se declaran garantes de la “*refundación*” y se constituyen como el “*reaseguro*” del sistema provincial de salud. Estas afirmaciones son indicadores del nivel de compromiso que aún genera el sistema. Sin embargo, no surgieron autocríticas a los propios desempeños ni propuestas operativas claras para la superación de la situación de conflicto imperante.

Un reclamo central de los RRHH se relaciona con el “*deterioro salarial*”. Como se dijo, los datos secundarios indican que el monto presupuestario provincial destinado a salud pública se incrementó y el personal total del sector aumentó a ritmos mayores que los poblacionales. Sin embargo, aunque la masa salarial a valores constantes no disminuyó, sí lo hizo el costo por agente, con un deterioro de los salarios promedio en ese período de alrededor del 19%, como fue señalado. Ese sería uno de los fundamentos de los reclamos salariales.

Otra cuestión que señalaron en forma reiterada es la de la distribución de los *fondos de recupero por la facturación de prestaciones a usuarios de las obras sociales o seguros*, a pesar que la cifra es poco relevante en el monto del presupuesto de la Provincia. También acá la falta de información fidedigna que tienen los RRHH vendría a ser la principal causante de ese malestar. Como se desprende de los datos secundarios analizados, la provincia tiene una baja y descendente capacidad de recupero: por un lado porque no factura todo lo que podría facturar (debido a la baja identificación que realizan de usuarios con cobertura) y por otro, porque no hay un sistema de cobranza efectivo. Más allá de la necesidad de superar esas debilidades, se requeriría mayor difusión acerca de lo que facturan y lo que efectivamente recaudan, así como sobre los destinos de esos fondos.

Conectado a lo anterior, también en algunas Zonas Sanitarias hubo quejas debido a que sus poblaciones carecen mayormente de cobertura de seguros, por lo cual su capacidad para recaudar es baja; para resolver esas inequidades sería necesario implementar un *fondo de redistribución*.

Se encontraron discrepancias entre algunas percepciones de los RRHH y las de los usuarios. Los RRHH expresan malestar con sus condiciones de trabajo, lo cual afirman que termina por repercutir en la calidad de la atención que ofrecen; eso contrasta sin embargo, con la valoración de los usuarios acerca de la atención que reciben, quienes minimizan aspectos de confort o los excesivos tiempos de espera para acceder a la misma. Aunque la población usuaria percibe también falta de profesionales, sobre todo en algunas especialidades, así como carencias en cuanto a equipamientos, pero resaltan la contención y dedicación que los RRHH les deparan en todos los niveles de atención. Lo expresado por varios profesionales respecto al deterioro del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, tampoco es igualmente visibilizado por la mayor parte de los usuarios contactados, quienes no formularon quejas al respecto.

Los RRHH refieren críticamente la debilidad de los procesos de planificación y programación en todos los niveles (provincial, zonales y de los establecimientos). Ya se mencionó la excesiva apertura de los programas del nivel central, los cuales podrían agruparse y consolidarse; asimismo, se señaló la falta de actividades de adecuación programática en los niveles zonales. Además existe un hiato entre la formulación de los programas centrales y su reflejo en las zonas sanitarias y los niveles operativos, que no son asumidos ni implementados cabalmente. Por otra parte fue llamativa la carencia de diagnósticos y de procesos de programación local en las áreas de responsabilidad de los hospitales y de los centros de salud. Se

hicieron señalamientos acerca de la carencia de normas de atención en Salud Mental y la falta de actualizaciones en las de Salud Materno Infantil.

El equipo evaluador también observó la falta de interacción e intercambios o cooperaciones horizontales entre las áreas técnicas de las zonas sanitarias y de éstas con sus correlatos en el nivel central.

Como aspecto positivo se reitera la reacción positiva del sector público de salud neuquino para afrontar dos de los efectos de la crisis nacional del 2001-2002: el incremento de precios y la mayor vulnerabilidad de la población; ya se mencionó que el incremento del gasto público en atención de la salud de la provincia fue mayor que en las restantes provincias.

2. Recomendaciones

A la luz de la estrategia de APS el sistema de salud debe conformarse como un conjunto coherente de componentes relacionados entre sí, tanto sectoriales como extrasectoriales, y su reorganización debe procurar la resolución de la mayor parte de los problemas en la atención del primer nivel o ambulatoria, en el seno de las propias comunidades y sus familias; deberían para ello conservarse algunas prácticas tradicionales neuquinas, como las visitas periódicas programadas a poblaciones y establecimientos escolares.

La participación comunitaria es una asignatura pendiente en el sistema de salud neuquino. En tal sentido se sugiere planificar e implementar un proceso gradual de participación social en todos los niveles de la gestión sanitaria, desde los ámbitos locales, pasando por los zonales, hasta el nivel de la conducción sectorial provincial.

El rol de los agentes sanitarios es clave en la APS y particularmente en función de las características sociales, geográficas y sanitarias de la provincia. Debe seguir dándose prioridad al trabajo comunitario con agentes sanitarios y visitas médicas programadas a asentamientos periurbanos y poblaciones rurales donde la dispersión geográfica, las dificultades de acceso y comunicación, las condiciones precarias de las viviendas, las carencias de agua de red y disposición de excretas, así como la pobreza y la desocupación demandan esas modalidades de atención.

La revisión y adecuación de la red de servicios es una tarea necesaria a llevar a cabo en forma inmediata para fijar prioridades y facilitar la planificación, gestión y evaluación del sistema. Acá el foco debe ponerse en asegurar el acceso de la población a la complejidad requerida, eliminar las barreras administrativas y económicas y promover la idoneidad de los servicios para optimizar la confianza y satisfacción de la población.

Es necesaria una revisión de la regionalización y la descentralización, con la amplia

participación de todos los niveles del sistema. Hay que fortalecer el primer nivel de atención en cada una de las zonas, incluida la metropolitana, para que tengan mayor capacidad de solución de los problemas simples, sin que los usuarios deban asistir al hospital. A la vez, deben reverse las actuales asignaciones de complejidades sobre la base de incrementar el nivel resolutivo de los hospitales de referencia zonal para que allí se puedan resolver la mayoría de los problemas sin necesidad de derivaciones por parte de los profesionales o de auto-derivaciones por parte de los pobladores.

El nivel central y los jefes zonales deben generar instancias programadas y regulares de reflexión conjunta con el personal de los establecimientos de diferentes niveles, para discutir y acordar un ideario compartido acerca del sistema, su direccionalidad y las funciones de los diferentes niveles y establecimientos.

El primer nivel de atención debe ser reorganizado: prolongar el horario de atención en los Centros de Salud y revisar la planta de RRHH, sobre todo en cuanto a la presencia más frecuente de los profesionales, para evitar la asistencia a los hospitales por problemas cuya resolución podría estar en ese primer nivel; analizar y programar su funcionamiento y requerimientos en materia de RRHH según necesidades y demandas, teniendo en cuenta por un lado, la atención de patologías según las diferentes especialidades médicas que pueden realizar allí, y por otro, los contenidos de promoción y prevención propios de los diferentes programas provinciales que componen la APS; también incluir las prestaciones de diagnóstico y tratamiento (por ejemplo laboratorio, Rx, ecografías, entre otras). Se reitera: los centros de salud deberían resolver la mayor parte de las necesidades existentes y no sobrecargar la atención de los hospitales, en particular de sus guardias (que deben destinarse en forma predominante a las emergencias). A tal efecto debería considerarse la creación de “policlínicas” en localizaciones estratégicas, que además de desarrollar las actividades habituales de los programas del primer nivel, brinden contención local a la demanda en algunas especialidades básicas de modo de evitar la concurrencia por esos motivos a los hospitales.

Asimismo, se aconseja estimular el desarrollo de nuevos modelos de gestión: atención domiciliaria prehospitalaria, hospitalización abreviada, cirugía ambulatoria y de corta estancia y unidades móviles para atención ambulatoria.

Es importante restituir y redefinir el rol de las Zonas Sanitarias en los procesos de descentralización, como nivel de conducción intermedio y nexo entre el nivel operativo y el central. En tal sentido, el nivel provincial debe sugerir una planta mínima u organigrama básico para todas las Zonas Sanitarias, más allá de ciertas características propias que cada una pueda adoptar. La provincia ha iniciado el

proceso de incorporación y formación de epidemiólogos en los niveles zonales, lo cual debería acelerarse de modo de cubrir esa función en todas las Zonas Sanitarias, así como propiciar la articulación entre estadística, epidemiología y administración o gerencia de los programas. Ya se dijo que debe promoverse la cooperación horizontal entre zonas en diferentes campos de interés o trabajo.

Tanto en el nivel provincial como en los zonales, debe incorporarse la intersectorialidad mediante la articulación con los gobiernos locales y con otros sectores (en principio con los de Educación, Acción Social, Justicia y Seguridad, Vialidad - para el caso de accidentes -, entre los más relevantes). Asimismo, es preciso establecer vínculos cooperativos con las organizaciones de la sociedad civil, orientando el sistema a modalidades más participativas en todos sus niveles. En tal sentido, en los niveles locales es importante el trabajo en red de los establecimientos de salud con las organizaciones allí presentes, de modo de contemplar en forma multiactoral la superación de ciertas problemáticas sociales prevalentes en el área de responsabilidad, en especial la cuestión de la violencia y sus causas.

Es necesario redefinir el rol de los hospitales referenciales zonales, a partir de sus fortalezas, a saber: buena medicina general, buen vínculo con los centros de salud, buena informatización en red y desarrollo de la actividad docente. Es aconsejable para ello vincularse con la Universidad del Comahue para la formación y actualización en temas de atención primaria de la salud. Se requiere además desarrollar actividades de programación local y promover la participación comunitaria. Asimismo, deben desarrollar dinámicas de trabajo grupal con los RRHH para arribar a acuerdos que compatibilicen las expectativas de desarrollo profesional con la especialización funcional de los establecimientos.

Es urgente la reorganización de los sistemas de guardias médicas, según criterios geográfico / poblacionales y epidemiológicos y no exclusivamente como método de compensación por los bajos salarios. Asimismo deberá normatizarse qué profesionales (en términos étáreos, de especialidades y jerarquías) se pueden incluir en el sistema de guardias.

En el marco de la salud materno-infantil debe reflexionarse acerca del rol del pediatra y el del médico generalista, según los niveles de atención y las características de formación de ese personal. Es necesario además un mayor esclarecimiento y sensibilización de la comunidad acerca de los roles de estos profesionales, en especial del médico generalista.

Deben fortalecerse las áreas de mantenimiento en el nivel provincial y los niveles zonales, para que sus respuestas a las necesidades planteadas por los establecimientos (sobre todo los del primer nivel) sean más oportunas y adecuadas.

Deberá solucionarse, en las futuras ampliaciones, la carencia, observada en varios establecimientos, de espacios para reuniones del RRHH y actividades interdisciplinarias, así como para la atención de familias y grupos. Asimismo, debe resolverse la obsolescencia de los equipos existentes en varios establecimientos. En especial, es urgente considerar un programa de mejoramiento de la infraestructura y el equipamiento de los Centros de Salud de modo de incrementar su capacidad de respuesta y contención de los problemas locales.

Lo dicho tiene que ver con una concepción de las reformas arquitectónicas que tome en cuenta, para el dimensionamiento y distribución de los espacios, las recomendaciones de la APS en cuanto a participación social y la atención con enfoque familiar, así como los requerimientos del trabajo en equipo, interdisciplinario e intersectorial. Además, las propuestas deben considerar el contexto ambiental y ecológico (lo cual alude a los establecimientos sin ventilación ni iluminación natural, con cerramientos vidriados y dobles circulaciones innecesarias).

Se sugiere implementar sistemas de turnos programados (telefónicos y en forma electrónica) para la atención ambulatoria y mientras eso no suceda, abrir las puertas de los establecimientos para que la gente que acude de madrugada a obtener su turno pueda esperar en un lugar reparado.

Respecto del recupero de los fondos provenientes de la facturación de prestaciones a usuarios cubiertos por Obras Sociales y seguros, son varias las recomendaciones a formular: en primer lugar fortalecer la capacidad de los establecimientos para la tarea de identificación de los usuarios con cobertura y para la facturación propiamente dicha. Debe corregirse la distorsión en las funciones de las áreas de arancelamiento de los establecimientos para que ese personal se ocupe sólo del arancelamiento. A la vez, montar un sistema eficaz de cobranzas que permita convertir lo facturado en reales recuperos de fondos. Se debe dar información periódica a toda la red acerca de la marcha de la facturación y del recupero.

Es recomendable generar estímulos para la retención de los RRHH en el sistema público de salud, no sólo de carácter económico sino de distinta índole, por ejemplo de formación, actualización y carrera profesional. Una opción es pensar en incentivos vinculados a objetivos colectivos (por productividad, por población a cargo y cantidad de controles efectuados, por la cantidad de personas que cubren con acciones preventivas según normas, u otras formas). Asimismo, considerar el otorgamiento de beneficios para acceder a las llamadas viviendas institucionales para personal clave, particularmente en zonas alejadas o desfavorables.

Debería reglamentarse una Carrera Profesional para el personal de salud, que contemple aspectos de capacitación / actualización continua, formas de ingreso,

progreso y egreso, así como un sistema de incentivos y sanciones. A la vez, debe recomponerse la escala salarial, sin olvidar la jerarquización de los RRHH no médicos.

También debería formularse un programa de capacitación y actualización del personal alrededor de ejes temáticos prioritarios, con la modalidad de la capacitación en servicio. En ese programa deberían incluirse las demandas de capacitación de los trabajadores del sector y considerar cuestiones específicas orientadas a diferentes tipos de personal. Los profesionales requieren capacitación o actualizaciones sobre resolución de los problemas emergentes que fueron mencionados (violencia, adicciones, salud mental); el personal de los servicios generales debería actualizarse en lo relativo a tratamiento de residuos patológicos; los agentes sanitarios sobre técnicas rápidas para realizar censos y diagnósticos participativos, así como formas novedosas de abordajes comunitarios en asentamientos de poblaciones en situación de pobreza, detección, contención y seguimientos de problemas prevalentes y emergentes; los del sector alimentación sobre aspectos nutricionales y de preparación de alimentos teniendo en cuenta además los costos de las raciones.

No obstante los logros que tiene la provincia, una mención especial es necesaria acerca de la capacitación permanente del personal de enfermería que constituye un recurso crítico que debe calificarse no sólo en la provincia sino en todo el país.

Se sugiere detectar, para la implementación de un programa de capacitación, aquellos profesionales del sistema aptos para realizar capacitación extramural (destinada tanto a recursos del sistema como a miembros de la comunidad), lo cual debería incluirse como parte de sus responsabilidades asistenciales.

Particularmente, se requiere diseñar e implementar un programa de fortalecimiento de las capacidades gerenciales de funcionarios que se desempeñan en cargos de conducción, incluidos los jefes de zona; no necesariamente se hace referencia a una capacitación de tipo tradicional, sino que incluya pasantías por otros sistemas sanitarios, metodologías a distancia, modalidades de acompañamiento, entre otras. Asimismo, se aconseja incluir acciones de sensibilización, capacitación técnica y transmisión de la misión, los valores, la historia y las normativas propias del sistema para quienes recién ingresan.

Los cargos de los establecimientos deberían ser concursados, como forma de evitar arbitrariedades y utilización político partidaria. El personal de nuevo ingreso debe recibir antes de su desempeño en el cargo asignado, un proceso de información acerca de las políticas del sistema y las competencias del cargo a ocupar.

En el caso de las jefaturas zonales, que no son concursadas, las designaciones deben responder a perfiles de formación y experiencia previamente definidos. Las

discusiones y decisiones acerca de las plantas de RRHH y los nuevos requerimientos, deberían incluir la visión y opinión de los propios RRHH, mediante reuniones con dinámicas participativas junto a los niveles decisorios.

Parece importante identificar y apoyar a las personas con capacidades de liderazgo – actual o potencial – en los diferentes niveles de conducción y brindarles apoyo para la cohesión del sistema.

Es necesario fomentar el trabajo en equipo en los establecimientos de diferentes niveles; asimismo retomar en los mismos la práctica de los comités y ateneos, como también en las Zonas Sanitarias.

Se deben promover las actividades de investigación en los servicios, para lo cual es preciso señalar las líneas prioritarias y brindar estímulos.

Los procesos de comunicación y la información acerca de la tarea que se desarrolla en el sistema de salud deben abordarse en dos direcciones: entre el personal de los servicios y la población y entre el personal de los diferentes niveles del sistema. Ambos contribuyen a mejorar las relaciones interpersonales y el desempeño de los actores involucrados, a la vez que permiten brindar la necesaria transparencia a la gestión y facilitar una participación informada y calificada.

Entre la información a difundir a los usuarios se encuentran aquellas referidas a la forma de funcionamiento y la oferta de servicios o especializaciones de los distintos establecimientos, las acciones que se realizan para proteger la salud comunitaria y la promoción de las conductas saludables tanto de los individuos, como de las familias y grupos comunitarios.

Los espacios comunes de los establecimientos (salas de espera, salas de reunión, pasillos de circulación. etc.) deben pensarse como ámbitos útiles para la comunicación, donde los mensajes a los usuarios deben resultar atractivos, actuales y sus contenidos referirse a temas de interés de la población. Pueden también usarse el llamado periódico mural o los afiches, algunos de los cuales pueden ser elaborados por escolares u otros miembros de la comunidad.

Sería oportuno que – a través de los niveles políticos y de conducción – se aclare e informe acerca de las relaciones que se establecen entre el sector público, el privado y el Instituto de la Seguridad Social provincial, en términos de los convenios o mutuas prestaciones brindadas (tercerizaciones, derivaciones, etc.). Ese esclarecimiento facilitaría una mayor comprensión, por parte de los RRHH y de la población, acerca de la diversidad prestacional y financiera propias de un sistema mixto.

Los niveles zonales y el nivel central provincial deben difundir la información acerca de los montos facturados y recaudados por prestaciones brindadas a usuarios de las

obras sociales y seguros, así como de los destinos de esos fondos. Debe informarse periódicamente y por diversos medios acerca de lo facturado, lo cobrado y lo distribuido, así como lo adeudado por parte de las entidades de la seguridad social y los seguros privados.

La página Web de la Provincia, en su capítulo de salud y en particular la Sala de Situación, constituyen uno de los medios aptos - aunque no únicos - para difundir información, siempre y cuando pueda generalizarse el uso de la PC e Internet, lo cual aún es una cuestión pendiente en algunos establecimientos de algunas zonas sanitarias.

Desde el nivel central y con la intervención de las jefaturas zonales, deben desarrollarse procesos de planificación estratégica y con la participación de los trabajadores profesionales y no profesionales, y miembros de la comunidad. Asimismo, incorporar la programación local participativa y la actualización normativa. No todos los programas disponen de datos sobre las coberturas alcanzadas ni evaluaciones de calidad, de manera que deben estimularse estas actividades que permitan monitorear en qué medida se están alcanzado las metas fijadas para algunos programas seleccionados, en cada una de las "áreas programa". Del mismo modo es necesario contemplar sistemas de monitoreo y evaluación de la gestión de salud.

Es conveniente fortalecer el campo de la economía de la salud en la planificación y gestión del sector salud provincial, para incluir aspectos como destino de los fondos (conducción, atención, insumos), rendimientos de las unidades y costos de las prestaciones en los distintos niveles de atención.

VII. UNA MIRADA REFLEXIVA SOBRE EL PROCESO DE EVALUACIÓN

La evaluación se hizo a un nivel macro, de un sistema de salud provincial. Ese nivel sin duda complejiza tanto el diseño como la aplicación propiamente dicha. En tal sentido fue importante mantener una visión holística del sistema público de salud donde el objeto de análisis fue el movimiento del conjunto de los servicios de salud, más que la observación de los comportamientos individuales de éstos. Esta es siempre una tensión dentro de este tipo de evaluación, en la medida que la construcción del juicio evaluativo se hace a partir de movimientos colectivos, pero también los movimientos colectivos son percibidos a partir de la observación de movimientos individuales de las organizaciones involucradas. Hay riesgos en los dos extremos del gradiente. Una mirada excesivamente global puede no ayudar a entender los "cómos" y los "porqués"; por otra parte, concentrarse mucho en las observaciones individuales tiene el riesgo de convertirse en una suma de

evaluaciones externas de un grupo de organizaciones (y en este caso la suma de las partes no es idéntica al conjunto).

En los vínculos entre el equipo evaluador y los diferentes actores provinciales no se presentaron las resistencias que suele haber frente a una evaluación externa, en gran parte debido a que la misma fue a solicitud de las autoridades provinciales. Otro factor relevante y facilitador fue que dos integrantes del equipo evaluador (la Dra. Moreno y el Dr. Perrone) habían sido los funcionarios que dieron inicio a la organización del sistema sanitario provincial durante la década del '70 y sus nombres revisten un particular prestigio en el ámbito sanitario neuquino. Las reuniones iniciales con los funcionarios centrales y jefaturas zonales, donde se socializaron las intencionalidades y el diseño del modelo evaluativo, permitieron ganar también la confianza de esos niveles de conducción técnica, posibilitando así la aplicación evaluativa en los espacios locales durante el trabajo de campo.

La determinación, como interlocutor del equipo evaluativo, de un funcionario central muy cercano a las máximas autoridades y respetado en la provincia, sobre todo por su nivel de formación técnica, también facilitó la adecuación al contexto provincial y la realización de las diferentes etapas del trabajo.

Si bien el conflicto gremial provocaba especiales sensibilizaciones frente a ciertos juicios evaluativos, las autoridades hicieron suyo el informe elaborado y solicitaron al equipo evaluador la realización de una jornada de “devolución” a la que concurrieron más de 250 profesionales de las distintas instancias del sistema público de salud, así como funcionarios de otros sectores. Otras acciones de difusión de la evaluación, que así adquirió carácter público, fueron: colocación del documento en la página web del Ministerio de salud provincial; entrega de CDs a los planteles zonales y los directores de establecimientos hospitalarios y centros de salud y a los medios de difusión masiva.

Aunque a partir del último acto eleccionario se ha producido un recambio de orientación política en el gobierno provincial, las conclusiones y recomendaciones formuladas por la evaluación externa, se mantienen vigentes. Se han recogido comentarios de funcionarios actuales o anteriores acerca de la riqueza y calidad de la información recopilada y analizada, no sólo de las conclusiones y recomendaciones para la acción.

Es de conocimiento de los autores que el documento del informe está siendo usado en la actual Comisión de Salud de la Legislatura provincial, para la formulación de legislación y orientación de políticas sanitarias.

Por otra parte, la metodología que se usó para el diseño y la aplicación evaluativa es ampliamente utilizada en docencia de posgrado, en maestrías de Salud Pública de la Argentina.

Bibliografía:

- Cetrángolo, O. *Organización de los sistemas de salud: Problemas que enfrentan los países latinoamericanos y, en especial, Argentina*. Oficina CEPAL en Buenos Aires. Maestría en Salud Pública – mayo 2006
- Gadamer, H.G. *Verdad y Método*. Ed. Sígueme, España, 1977.
- Moreno, E., Nirenberg, O, Perrone, N. y colab. *Desarrollo de un modelo evaluativo para Sistemas Locales de Salud*. CEADEL Bs. As., Argentina / CIID/IDRC, Ottawa, Canadá. 1992.
- Moreno, E. *La salud materno-infantil y las metas del milenio*. Rev. Medicina y Sociedad. Vol.25, Nº 2, Noviembre 2005.
- Nirenberg, O., Brawerman, J. y Ruiz, V.; *Evaluar para la Transformación: innovaciones en evaluación de programas y proyectos sociales*, editorial Paidós, colección Tramas Sociales, Vol. 8. 2000.
- Organización Panamericana de la Salud. *Renovación del compromiso con la Salud para todos y la estrategia de APS*. Documento de Ministros del continente en la 44ª reunión del Consejo Directivo. Washington D.C. 2003.
- Rigoli, F., Famer Rocha, C., Foster, A.A. *Desafíos críticos de los recursos humanos en salud: una visión regional*. Revista Latinoamericana de Enfermería. 2005 (enero–febrero); www.eerp.usp.br/rlae.
- Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén. *Informes de Gestión*, 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004.