

Construyendo una lectura territorial para la organización de los servicios de salud de ASSE

Acuerdo “Fortalecimiento de la Regionalización de ASSE”

OPS

Organización
Panamericana
de la Salud

Organización
Mundial de la Salud
1948-2018

assesalud
administración de los servicios de salud del estado



MVOTMA

Ministerio de Vivienda
Ordenamiento Territorial
y Medio Ambiente



PRESIDENCIA
OFICINA DE PLANEAMIENTO
Y PRESUPUESTO

Equipo redactor de la publicación

ASSE, Estela Harispe, Martin Esteche

DINOT-MVOTMA, José Freitas, Verónica Pastore

Gráficos y mapas DINOT - MVOTMA

Ana Álvarez, Carlos Cohn, Verónica Pastore

OPS/OMS, Wilson Benia

Coordinación General del Convenio

ASSE, Alarico Rodriguez, Gabriela Medina

DINOT, José Freitas, Verónica Pastore

OPP, Pedro Apezteguia.

OPS/OMS, Wilson Benia.

Equipo Operativo

ASSE

Estela Harispe, Directora de Redes y Procesos Asistenciales

Martin Esteche, Referente Técnico de la Dirección de Redes y Procesos Asistenciales,
de la Gerencia Asistencial

DINOT- MVOTMA

Verónica Pastore, Gerente del Área de Estudios de las Transformaciones territoriales

Rosan Tierno, Directora de la División de Monitoreo y Evaluación Territorial

Ana Álvarez, Directora del Departamento de Información y Documentación Territorial

Leonardo Altmann, Carlos Cohn

PROLOGOS -- 6**I. PRESENTACIÓN, OBJETIVOS y METODOLOGÍA -- 11**

Metodología y principales líneas de trabajo -- 13

II. MARCO CONCEPTUAL Y ANTECEDENTES -- 15**II.1 Desarrollo del Primer Nivel de Atención y antecedentes organizativos -- 17****II.2 Regionalización, un proceso en construcción --20****II.3 Aportes de la lectura del territorio en la planificación de los servicios -- 23**

El Sistema Urbano Nacional -- 25

Tipos de entorno y concentración poblacional -- 28

III. ANÁLISIS DE LA BASE TERRITORIAL COMPARADA -- 32**III.1 Regionalización ASSE -- 33****III.2 El sistema de ciudades DINOT -- 35**

Sistema Urbano Nacional -ITU/DINOT 2015-2016 --35

Sistema de Ciudades y equipamiento -DINOT/OPP 2017- 2019 --43

III.3 Sistemas superpuestos: sistema de ciudades / regiones ASSE -- 44**III.4 Mapas isócronos -- 45**

Mapas Primer Nivel -- 48

Mapas Segundo Nivel -- 52

Mapas tercer Nivel -- 57

III. 5 Primera propuesta de reorganización -- 67

Ámbito subregional -- 68

Ámbito regional -- 72

Estructura regional propuesta -- 73

Regionalización propuesta fase 1 -- 73

IV. RED MULTIESCALAR PARA LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS -- 74**IV.1 Concepto -- 75****IV.2 Variables para la definición territorial de la Red Multiescalar -- 77**

Variables Primarias -- 78

Variables Secundarias -- 80

IV.2 Estructura multiescalar y unidades asistenciales que la integran -- 80

Estructura multiescalar de la Red Asistencial -- 82

Caracterización de las unidades asistenciales -- 84

Definiciones operacionales -- 87

V. TERRITORIALIZACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN -- 88

V.1 Entorno rural y de pequeñas localidades -- 89

V.2 Entorno urbano intermedio -- 90

V.3 Entorno urbano grande y de gran porte -- 92

V.4 Criterios de organización del primer nivel de atención asociado a clasificación de entornos -- 93

VI. APLICACIÓN DEL MODELO MULTIESCALAR -- 94

VI.1 Casos de Estudio --96

Durazno -- 97

Flores -- 105

San José -- 111

Rivera -- 116

Cerro Largo -- 128

Región SUR: Canelones y Metropolitana -- 142

VII. NUEVOS ESCENARIOS DE REGIONALIZACIÓN -- 150

Estructura Regional -- 152

Estructura Subregional -- 154

VIII. CONSIDERACIONES FINALES -- 157

Bibliografía -- 161

El presente informe es una selección ordenada de los documentos elaborados en el marco del acuerdo de cooperación técnica entre la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), la Administración de Servicios de Salud del estado (ASSE), la Dirección Nacional De Ordenamiento Territorial del Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (DINOT-MVOTMA), y la Oficina de Planeamiento y Presupuesto de Presidencia de la República (OPP) de Uruguay con respecto al Fortalecimiento del proceso de regionalización de ASSE.

Prólogo DINOT–MVOTMA

Tal como se da en múltiples actividades, las políticas públicas vienen incorporando en su diseño e implementación las teorías organizacionales del pensamiento sistémico para atender mejor sus cometidos. La idea que las propiedades de las partes sólo se pueden comprender desde la organización del conjunto, del contexto, es aplicable al funcionamiento de un sistema nacional de salud. Desde hace un tiempo, ASSE y el resto de los prestadores funcionan y se nombran como sistema: Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Éste incorpora permanentemente datos de población y demanda variables, de nueva infraestructura, de disponibilidad de recursos humanos o de especialidades y tecnología en pleno proceso de desarrollo e innovación. A su vez, las unidades asistenciales están desplegadas en todo el territorio nacional y suponen un equipamiento estructurante, de primer orden para el ordenamiento y el desarrollo territorial. Desde el consultorio, la policlínica urbana o rural, hasta el hospital de Tercer Nivel o el centro especializado, todos conforman ese conjunto interrelacionado que motiva los desplazamientos y el vínculo entre ciudades.

Por otro lado, la DINOT, con OPP y la UDELAR según el caso, viene produciendo una reflexión profunda y acumulativa de las relaciones funcionales entre las ciudades. El sistema de ciudades y sus subsistemas, más o menos interconectados, son una herramienta para entender cómo suceden las cosas, pero también sirven para promover y sustentar el cambio de dichos sucesos, buscando el acceso universal y la descentralización de los servicios, la complementariedad de las ciudades, o el equilibrio territorial, entre otros ¹.

Es así que, cuando el presidente de ASSE anunció que pretendía revisar su organización territorial, vimos una gran oportunidad de cooperación. El convenio firmado en diciembre de 2018 entre ASSE, DINOT, OPP y OPS, con el objetivo de aportar al proceso de regionalización de ASSE, sentó un precedente relevante e inédito que incorpora una herramienta de ordenamiento territorial en la organización de una política sectorial nacional.

1 - Estas son algunas de las orientaciones incluidas en los artículos 11 y 12 de la Ley 19.525 del 18 de agosto de 2017, "Directrices Nacionales de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Sostenible".

Esperamos que esta publicación, que refleja los avances a la fecha y que resume, en parte, el producto de esta cooperación interinstitucional sea de interés para los lectores. Este trabajo habrá cumplido dos de sus objetivos principales, si logra, en primer lugar, hacer más eficiente el sistema de salud en su conjunto, generando mejores condiciones de acceso a servicios de calidad para las poblaciones más alejadas y, por otra parte, ayuda a consolidar el impulso hacia un nuevo paradigma de diseño de las políticas públicas, con una mirada sistémica, integradora de distintas vertientes y escalas, y con base territorial.

Arq. José Freitas

Dirección Nacional de Ordenamiento Territorial. DINOT

Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente. MVOTMA

Prólogo ASSE

El trabajo que se presenta es producto de un esfuerzo compartido de la Dirección Nacional de Ordenamiento Territorial (DINOT), la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (OPP) con la cooperación internacional a través de la OPS/OMS en Uruguay.

El mismo se propuso avanzar en el proceso de fortalecimiento de la descentralización y regionalización de los servicios de la salud pública desde una perspectiva construida en una visión de conjunto de todos los actores en clave territorial.

Uno de los grandes desafíos que tiene por delante la formidable herramienta que es el sistema de salud del país, conquista de nuestro pueblo, de nuestros trabajadores, es seguir profundizando en el diseño e implementación de políticas públicas que promuevan el cambio de modelo y permitan alcanzar una mirada integradora de los diferentes niveles de atención.

Desde ASSE en escasos dos años de trabajo, apoyándonos en más de diez años de desarrollo del sistema entendimos que era necesario trabajar sobre algunos ejes prioritarios.

En primer lugar, promoviendo la profesionalización de la gestión, la que habilitó, entre otros, los concursos de oposición y méritos de la Gerencia Asistencial, las Direcciones de Redes y Procesos Asistenciales y de Gestión Riesgos y Calidad, las que tuvieron un papel fundamental en la elaboración del trabajo que hoy estamos presentando.

El segundo eje prioritario, fue precisamente el de consolidar el proceso de descentralización y regionalización, incorporando una nueva perspectiva aprovechando nuestra experiencia e incorporando el desarrollo del Sistema de Ciudades de la DINOT, las conexiones entre ellas, la disponibilidad de los sistemas de transporte, las distancias, los tiempos con el respaldo de la OPP y su trabajo continuo de descentralización y el apoyo técnico invaluable de la OPS/OMS con el desarrollo conceptual y la experiencia regional de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

El tercer eje estratégico, apuntó a garantizar la calidad de la asistencia con una perspectiva siempre necesaria de modelo centrado en la población, en su derecho a la salud en cualquier punto del país. Instalando un concepto integrador de corredores asistenciales y priorizando la red en función de patologías prevalentes y la promoción y prevención en el primer nivel de atención, con un adecuado sistema de referencias y contra referencias con el segundo y tercer nivel y con el sustento de un sistema nacional de traslados.

Fue necesario revisar la estructura regional que tenía ASSE, que era la base para seguir avanzando y aprender de la experiencia con el riquísimo aporte de la DINOT en estudios, en el ordenamiento de los servicios en el territorio, en los conocimientos y la mirada que aporta pensar la organización y la gestión desde una adecuada planificación territorial.

A su vez fue posible incorporar los aportes que ha generado en los últimos años la OPP, en trabajo articulado con gobiernos departamentales y municipales y su aporte técnico con el marco de experiencia de la descentralización y regionalización promovida como un componente central de la gestión democrática y participativa de gobierno.

Fruto de este trabajo colectivo extraordinario de nuestros equipos de más de un año, que refleja esta publicación y que hemos puesto en marcha en ASSE, es que hoy nos afirmamos con convicción en este camino.

Nuestra institución, con 826 unidades asistenciales de primer nivel de atención y con más de 8.000 trabajadores en ese frente de acción, con una cobertura y acceso universal que se resume en que cada ciudadano de nuestro país puede llegar en menos de una hora caminando, esté donde esté, a un efector de salud pública; y con una notable realidad del sistema integrado de salud que cuando se incluyen en los mapas los prestadores privados y públicos tenemos prácticamente una cobertura nacional total en el segundo y tercer nivel de acuerdo a los requerimientos normativos más exigentes de planificación en salud.

Este trabajo que nos enorgullece, también nos desafía; más allá de los cambios de autoridades que son condición inherente de nuestro sistema democrático, hay experiencias, hay equipos, hay solvencia acumulada que nos hará, no tengo dudas, seguir adelante.

Nos debe permitir trabajar en la asignación presupuestal de recursos en la salud pública con una perspectiva desde el territorio, integrada en función de población en cada zona, de cada región, desde la visión integrada de planificación de sistemas, movilidad e infraestructura y con los adecuados y necesarios recursos humanos.

Más allá de la perspectiva que podemos presentar desde los diferentes actores hay un enorme desafío cultural en nuestra sociedad. Los uruguayos hemos conquistado derechos, ello no alcanza si no nos apoderamos de los mismos y los ejercitamos en su plenitud. Y es nuestra sociedad toda que debe ser participe activa del cambio de modelo. La participación, la comprensión necesaria de un cambio de modelo nos trasciende y nos compromete como actores colectivos.

Este trabajo tiene ese valor también, mirarnos y mirar desde distintos ángulos para avanzar y acercarnos cada vez más a nuestro paradigma de alcanzar un modelo cada vez más igualitario y que asegure la calidad donde quiera que esté todo ciudadano de nuestro país. Finalmente, me queda agradecer profundamente a las instituciones y a los profesionales que nos brindan hoy este aporte tan enriquecedor que nos desafía y compromete.

Dr. Marcos Carámbula

Presidente del Directorio

Administración de Servicios de Salud de Estado. ASSE

Prólogo OPS/OMS

Nos complace prologar este documento técnico producto del trabajo sinérgico de ASSE, DINOT-MVOTMA, OPP y OPS/OMS Uruguay. Se trata de una propuesta concreta que potencia un enfoque territorial con la dinámica poblacional y sanitaria.

Uno de los desafíos de los sistemas de salud es el fortalecimiento de la capacidad de sus servicios de despliegue territorial, que produzcan coberturas efectivas, incrementen el acceso y favorezcan la calidad de la atención por su cercanía con la gente. La propuesta tiene la virtud de aplicar un modelo organizativo que prioriza lo esencial: la gente y sus necesidades en espacios geográficos y sociales específicos.

Brinda respuestas concretas a otro de los desafíos del Uruguay: concretar la descentralización y la regionalización para que los servicios de salud operen como redes integradas de servicios de salud; con economías de escala y eficiencia organizativa para atender las demandas de los habitantes de todos los departamentos del Uruguay. Estamos seguros de que esta propuesta será aplicada como parte de la Estrategia de Salud Universal.

Dr. Giovanni Escalante

Representante en Uruguay

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS



I. Presentación, objetivos y Metodología

El presente documento se estructura a partir de los productos del acuerdo de colaboración entre ASSE, DINOT/MVOTMA, OPS/OMS, OPP, firmado en diciembre del 2018 que tuvo entre sus principales objetivos: “Realizar un análisis crítico de la base territorial de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS- ASSE) tomando en consideración los procesos de planificación y ordenamiento ambiental del territorio desarrollados por la Dirección Nacional de Ordenamiento Territorial (DINOT) y la actual oferta de servicios de ASSE.”

Luego que ASSE anunció en 2018 que se disponía a revisar su regionalización, la DINOT ofreció apoyar esa tarea pensando que rediseñar el sistema de atención sanitaria es una tarea de ordenación del territorio. Por otra parte, ASSE con el auspicio de OPS vieron una gran oportunidad para sustentar esos cambios en una lectura territorial más completa. Desde un principio se propuso centrar los cambios en la población, no solo en la infraestructura de salud. Por ello, el sistema urbano nacional y los subsistemas de ciudades que será presentado más adelante en la publicación, resultaron una herramienta preferencial para ese enfoque.

Tras el objetivo general de realizar una propuesta de regionalización basada en las características del territorio y las dinámicas de la población que consolide las Redes Integradas de Servicios de Salud de base Regional de ASSE, se desarrolló una propuesta de organización de los servicios de salud a partir del reconocimiento del funcionamiento del territorio y las necesidades de atención de su población. Se logró llegar a definir criterios para la asignación del territorio y la responsabilidad a los equipos y servicios de salud en clave de RISS.

El trabajo se desarrolló en dos etapas. En la primera (diciembre 2018 - mayo 2019) se realizó un procedimiento de superposición entre el Sistema Urbano Nacional (SUN) (Martínez E., 2016) y la regionalización de ASSE, comprobando así la potencialidad de dicho Sistema para la planificación de servicios. Esta etapa concluyó con una propuesta inicial que evidenció contradicciones en el sistema vigente y fundamentó el cambio en la organización regional de los servicios de Salud (DINOT, Mayo 2019).

En la segunda etapa (junio-noviembre 2019) se avanzó en el estudio de las características territoriales y servicios de las cuatro regiones, con énfasis en la organización de las redes de atención primaria (RAP). El trabajo titulado “Sistema de Ciudades y

Equipamientos” (DINOT-MVOTMA 2018) permitió verificar la dotación de servicios y las brechas existentes entre las regiones, a fin de proponer un modelo escalar de organización de la red asistencial a partir del primer nivel de atención e identificar nudos críticos a resolver para su implementación.

Desde el punto de vista de la planificación del territorio, la construcción realizada responde a las disposiciones establecidas en la Ley de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Sostenible, que plantea como finalidades del ordenamiento territorial, la mejora de la calidad de vida de la población, la integración social y el uso y aprovechamiento ambientalmente sustentable y democrático de los recursos, vinculando a personas públicas y privadas.

A su vez, la Ley 19.525 de Directrices Nacionales de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Sostenible de agosto del 2017, orienta a las políticas sectoriales hacia criterios de complementariedad, optimización de recursos e integración territorial, proponiendo para ello el concepto de “subsistemas urbanos”. En ese sentido, a través de la localización y gestión de los servicios públicos se pueden lograr la mejor complementariedad funcional y mayores niveles de accesibilidad física. La planificación de los servicios de Salud también aportará a alcanzar el equilibrio territorial y una mayor integración social.

Metodología y principales líneas de trabajo

Se constituyó un Equipo de Coordinación del proyecto, que realizó una puesta a punto de antecedentes y marco conceptual (RISS, Regionalización de ASSE, SUN) y estableció un plan de trabajo y cronograma de implementación en dos etapas.

Se definió que el proceso de trabajo fuera ampliamente participativo, integrando a los equipos de gestión de todas las regiones del país.

En la primera etapa se realizó un análisis de la regionalización de ASSE en relación al SUN. Se relevó la estructura instalada, cobertura de servicios de primer, segundo y tercer nivel. Se propuso una modificación inicial de la base territorial de regiones y subregional contemplando la movilidad de las personas.

En la segunda etapa se realizó un análisis inicial de la organización del primer y segundo nivel de atención a través del Curso 1 del Plan Capacitación- Acción “Análisis y fortalecimiento del funcionamiento en redes”, con la participación de 140 integrantes de equipos de gestión. Posteriormente se utilizó la metodología de estudio de casos, contemplando al menos un caso por región. Los casos seleccionados fueron: Durazno, Flores, San José, Rivera, Cerro Largo, Canelones y Montevideo.

Se generó un estudio en profundidad de las características territoriales y la funcionalidad de las ciudades en base al aporte técnico de DINOT. Se actualizó la información de las UA, a partir de la “tabla maestra”² de Sistemas de Información de ASSE. La información solicitada incluyó la actualización de las UA que funcionan actualmente, identificar la categoría (Consultorio, Puesto rural, Policlínica urbana, Policlínica rural, Centro de Salud), oferta de prestaciones y recursos disponibles.

Se definieron indicadores y criterios de organización generales a partir de lectura bibliográfica y reconocimiento de los servicios y prestaciones de ASSE y del SNIS. Debido a la escasa documentación internacional y nacional sobre organización de los servicios de salud que ofrezcan criterios de comparabilidad internacional, fue necesario partir de un reconocimiento de la organización nacional de los servicios para definir criterios que deberán ser verificados y ajustados en su implementación.

Se hizo una propuesta de territorialización, en la que se verificaron los criterios y elementos de tensión validada por los equipos de gestión de la RAP.

Finalmente se elaboró una propuesta de organización multiescalar con una primera aproximación a criterios generales aplicables a todas las escalas del modelo que se propone.

2 - “La tabla maestra” contiene la sistematización de todos los servicios de ASSE en el país y sus capacidades.

The background is a solid orange color with a pattern of thin, light-orange wavy lines that resemble topographical contours or a stylized map. Two dashed lines in a slightly darker shade of orange are also present: one runs diagonally from the top-left towards the center, and another runs diagonally from the top-right towards the bottom-right.

II. Marco conceptual y antecedentes

El cambio en el modelo de atención que ha transitado ASSE desde 2007 implica una construcción colectiva, cultural, social e ideológica, en el sentido de cómo entendemos el cuidado de la salud y el ejercicio profesional, tanto desde la perspectiva clínica como desde el abordaje de la gestión y el cumplimiento de las funciones inherentes del ejercicio de la rectoría.

“En el momento actual este componente condiciona fuertemente los objetivos esperados para el conjunto del SNIS, sometiéndolo a la tensión entre la lógica de mercado-mercancía y la lógica del derecho a la salud. Es un desafío salud-derecho versus salud-mercancía, que se expresa en aspectos como la concentración de presupuesto o distribución salarial en la tecnología de alto precio que está cuestionando la sostenibilidad del sistema. Es necesario avanzar en las transiciones desde un esquema hospitalocéntrico insular a un modelo de cercanía, que incluya servicios en territorio y una dinámica de redes. El actual proceso de regionalización de ASSE se encuadra en esta tensión estratégica. La perspectiva de gestión regionalizada y de cercanía, incluye además una lógica de complementación entre instituciones, que permita superar la compraventa mercantilista como único modo de interactuar entre prestadores.”(E. Harispe, 2019)

La organización de la institución en base a criterios territoriales se sustenta en la asignación de población y territorio de responsabilidad al primer nivel de atención, vertebrando todo el funcionamiento de la institución. La dimensión y extensión organizacional de ASSE requiere un diseño que favorezcan la continuidad de la atención cuando los usuarios requieren prestaciones de diferentes efectores. Esta articulación se logra cuando se desarrollan los atributos de las redes integradas de servicios de salud. (OPS, 2010) La definición de competencias y responsabilidades de cada efector de segundo y tercer nivel respecto a las unidades población/territorio de las RAPs, se vuelve sustantivo para satisfacer la necesidad de atención de la población con la mayor eficacia y eficiencia posible, evitando superposiciones y vacíos asistenciales y logrando una atención coordinada.

ASSE cuenta con una vasta y extendida red de servicios distribuidos en todo el territorio nacional para brindar cobertura a más de 1.371.267 usuarios (ASSE. Dir. Sistemas de Información, Mayo 2019). Sus 826 unidades asistenciales de Primer Nivel de Atención (PNA) están presentes en todas las localidades de más de 1.000 habitantes a una

distancia no mayor a 60 minutos caminando. Los 28 hospitales de Segundo Nivel están distribuidos en todos los departamentos del país. Cuenta también con 11 Hospitales de Tercer Nivel presentes en las cuatro Regiones (Sur, Este, Norte y Oeste), 4 hospitales especializados (localizados en Montevideo), 21 Centros de Rehabilitación, 7 hogares residencia y un sistema de atención medicalizado de traslados de emergencia.

Lograr el cambio de modelo de atención y gestión en base a la organización y funcionamiento en red de sus servicios, según lo dispuesto por la Ley de creación del SNIS³, es un desafío permanente en el que se han dado pasos importantes. (Poder Legislativo, 2007)

II.1 Desarrollo del Primer Nivel de Atención y antecedentes organizativos

En el año 2010 el Directorio de ASSE crea, a través de la Ley Presupuestal 18.719 Art.722 (Poder Legislativo, 2010), una Unidad Ejecutora de Primer Nivel de Atención en cada Departamento del país denominada Red de Atención Primaria (RAP). Se busca garantizar el desarrollo de un primer nivel con enfoque de APS cumpliendo sus funciones sustantivas; puerta de entrada, longitudinalidad y continuidad de la atención, enfoque familiar y comunitario, participación comunitaria y trabajo interinstitucional e intersectorial, entre otras. Estas RAPs tienen el cometido de organizar y dirigir todos los servicios de primer nivel del departamento con un enfoque de APS, asumiendo para ello la gestión de recursos y rubros (previamente a cargo de los Hospitales y Centros Auxiliares en la mayoría del país)⁴. (Benia, 2011) Este proceso, aun inconcluso,

3 - Ley 18.211. Art. 34 "El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención".

4 - Desde la década del 40 hubo diversos avances en la constitución del Primer Nivel de ASSE, con la creación de Centros de Salud en varios departamentos del país con un enfoque hacia la atención Materno Infantil. En Montevideo hubo un desarrollo mayor de servicios y es donde se crea la primer RAP en el año 2005 absorbiendo todos los dispositivos de primer nivel bajo una única estructura organizacional.

ha permitido a la institución acumular gran cantidad de experiencias y aprendizajes. Asimismo, ha generado la base organizacional y operativa para el fortalecimiento del PNA, en la medida que las RAPs son unidades ejecutoras con presupuesto propio, una plantilla de funcionarios propia y un equipo de dirección-gestión a cargo.

A partir de esa acumulación de experiencias, en el Plan de Acción 2017-2018 se dispuso que todas las RAPs debieran avanzar en la reorganización de sus recursos con una lógica de territorialización/georreferenciación para asegurar a los usuarios el acceso oportuno al equipo de salud.

La territorialización, conceptualmente, es la organización del primer nivel de atención con asignación de población y territorio a cargo de los equipos y servicios de salud. Este concepto se basa en el primer Atributo del Modelo de Atención de las RISS (OPS, 2010), y pone énfasis en la salud como un derecho de los individuos y las comunidades y asigna a una unidad (de gestión y/o de atención) la responsabilidad de brindar los servicios que esta población necesita, tomando en cuenta sus necesidades y los recursos disponibles.

Esto implica que no son responsables de atender al usuario que “llega” al servicio sino de toda la población que vive en ese territorio. De esta manera el Equipo de Salud debe buscar activamente a su población de responsabilidad y desarrollar actividades que van desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos cuando corresponda.

La importancia de la “territorialidad” del modelo radica también en que permite conocer los factores demo epidemiológicos y los determinantes estructurales y sociales de la salud, empleo, educación, trabajo, ambiente, etc. Los Equipos de Salud pueden entonces, planificar sus acciones desde el conocimiento de estos determinantes y con la participación de los usuarios y comunidades, así como la de organizaciones e instituciones del territorio asignado. (Elis Borde, 2017)(Larissa Galas Justo, 2017).

La territorialización del primer nivel de atención es también una herramienta de gestión que posibilita asignar recursos a una unidad organizativa de acuerdo a las necesidades de la población a cargo. Según las características demo epidemiológicas agrega prestaciones para problemas menos frecuentes y de mayor densidad tecnológica en los diferentes niveles organizativos del PNA, y coordina con el segundo o tercer nivel

de atención los que corresponda según las necesidades de la población a cargo.

Para su delimitación territorial y asignación de recursos, se toman en cuenta diversos aspectos: sociales, culturales, demográficos, epidemiológicos de accesibilidad y de recursos disponibles. Partiendo de una lógica de accesibilidad de la población a la puerta de entrada (primer nivel) y trabajo en red, organiza la oferta de prestaciones buscando resolver la mayor parte de los problemas de salud en lugares cercanos a la residencia de los usuarios.

En ASSE se destacan los avances en el proceso de organización de la RAP Metropolitana (que tiene mayor tiempo de desarrollo) con un modelo que identifica tres niveles organizativos del PNA (consultorio, policlínica y centro de salud). (Benia, 2011). Posteriormente en la Región Sur se logró avanzar, con la incorporación de especialistas en medicina familiar y comunitaria, en la territorialización de Montevideo y Canelones, favorecido el desarrollo de un modelo de atención con enfoque de APS en base a la delimitación de Zonas de Intervención Territorial y Áreas de Salud. (Jones JM, 2014)(Sosa A., 2018). Los criterios aplicados para su implementación son diferentes de acuerdo a las particularidades de los territorios y a las necesidades identificadas desde la gestión. El proyecto realizado con la Escuela Andaluza de Salud Pública (Convenio ASSE/BID) para el fortalecimiento del PNA ha permitido también identificar y avanzar en elementos sustantivos, aportando a la Dirección Regional y a la institución, una hoja de ruta para la priorización de estrategias y recursos, consolidados en tres documentos de trabajo. (EASP, BID, ASSE., 2017)(EASP, BID, ASSE, 2017)(EASP, BID, ASSE, 2018).

En el resto del país la característica territorial, con presencia de grandes extensiones rurales (con muy escasa densidad de población) y poblados urbanos de menores dimensiones, ha favorecido otras formas organizativas de la atención para dar respuestas adecuadas. El PNA mantiene los tres niveles organizativos, pero generalmente no hay aún definición de población y territorio a cargo de equipos de salud. Los servicios brindan las prestaciones en modalidades de atención diferenciadas de acuerdo al número de usuarios y la distancia a centros de mayor complejidad. La necesidad de asegurar acceso a determinadas prestaciones justifica en localidades lejanas a un hospital, la existencia de servicios presenciales o de retén para atención de urgencias y las modalidades en rondas de equipos de salud. Se destacan experiencias como la de Tacuarembó, que mediante una acción coordinada de varias instituciones logra dar cobertura a poblaciones dispersas de todo el territorio (Jacqueline Gómez, 2018). En

algunas ciudades se ha comenzado el proceso de territorialización incorporando especialistas en medicina familiar y comunitaria y profesionales de enfermería. En todas las RAPs del país (fundamentalmente en el interior) aún se identifican brechas en la cantidad recursos humanos y en las competencias para el desarrollo pleno del modelo. En suma, la organización del primer nivel de ASSE ha avanzado incorporando el modelo de territorialización en todo el país, con mayor profundidad en la Región Sur. Los criterios aplicados en la territorialización son heterogéneos y los recursos humanos con formación adecuada son aún insuficientes.

II.2 Regionalización, un proceso en construcción.

En el marco de la Planificación Estratégica, ASSE comenzó en el 2010 un profundo proceso de reflexión, que le permitió a la institución definir su misión y visión, sus perspectivas de futuro y las estrategias para alcanzarlas en el nuevo contexto del SNIS.

El Directorio de ASSE aprobó en diciembre del 2012, el proyecto de Redes Integradas de Servicios de Salud de base Regional (RISS-R) para implementar el primer objetivo estratégico del plan: “Planificar la red de servicios de salud de ASSE, basada en regiones de salud, que favorezca la accesibilidad y continuidad asistencial, alineada al cambio del modelo de atención y a la implementación del SNIS”. (ASSE, 2015)

Esta propuesta implicó el comienzo de un cambio en la organización de los servicios de la institución, impulsando en el marco de las políticas nacionales, la regionalización y la descentralización como forma de potenciar el desarrollo equitativo del país y la eficiencia en el uso de los recursos.

Por otra parte supuso una estrategia para operativizar el cambio de modelo de atención basado en los valores y principios de atención primaria y superar la fragmentación de la atención, tomando como base la propuesta de la OPS, que define una Red Integrada de Servicios de Salud como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve.” (OPS, 2010)

El proyecto estableció un diseño organizacional con 4 Regiones definidas como unidades organizativas asistenciales y administrativo-financieras, geográficamente delimitadas, que con base en la gestión de sus recursos debía hacerse cargo de la atención a la salud de una población definida.

Las regiones agruparon los servicios de primer nivel (que respetan los límites departamentales salvo excepciones) y de segundo y tercer nivel. La estructura organizacional pasó de estar basada en niveles de atención, con direcciones centralizadas en Montevideo, a una organización basada en regiones de salud con direcciones cercanas a su población y territorio

La dimensión y población cubierta por cada Región, permitía asegurar resolutivez, adecuadas curvas de aprendizaje en las prácticas asistenciales y un pool de riesgo suficiente para asegurar la sustentabilidad económico-financiera de cada región. Se consideró también que cuatro regiones ofrecían un adecuado número de ámbitos de control para la descentralización de la gestión. Cada Región se organizó funcionalmente en subregiones, consideradas como espacios privilegiados para la coordinación de sus servicios.

El proyecto estableció líneas de acción para el cumplimiento de los atributos del modelo de atención, organización y gestión, gobernanza y estrategia y asignación de recursos.

La creación y desarrollo de redes de servicios regionales, fue definido como un proyecto de mediano y largo plazo. Propuso una transformación gradual que, partiendo de la situación existente, construyera su viabilidad alcanzando el mayor consenso posible. En la primera etapa, se apostó a fortalecer los componentes funcionales y definir un diseño de la organización, con una arquitectura jurídica y normativa, que permitiera dar pasos hacia la descentralización de la gestión administrativa y mejorar la resolutivez y eficiencia de los procesos asistenciales. Esta arquitectura se definiría según los requerimientos, objetivos y alcances en cada etapa del proceso. La gradualidad y el cambio por aproximaciones sucesivas permitirían enriquecer el proceso e ir ajustando las formas organizativas, con los aportes de sus protagonistas.

El funcionamiento regional tuvo desarrollos importantes en el fortalecimiento del primer nivel como se describió anteriormente. También se han desarrollado e implantado

sistemas de información asistencial que facilitan la articulación de los servicios y la continuidad de la atención, y posibilitan contar con valiosa información para mejorar la gestión de los servicios regionales y nacionales. La gobernanza regional ha tenido desarrollos heterogéneos con experiencias que permiten pensar en modelos de trabajo a futuro. En cuanto a la distribución de recursos y descentralización, si bien se han logrado algunos avances, son aspectos claves a seguir desarrollando en el próximo período, definiendo cuales prestaciones deben brindarse en cada punto de la red y ajustando los recursos asignados. En este punto es sustantivo aplicar el concepto de economía de escala. Este concepto es característico de economía industrial, y refiere a la disminución del costo promedio por unidad de producción, cuando existe un incremento en el volumen de producción. Esto se explica por la distribución de los costos de producción y los gastos fijos, sobre un mayor número de unidades de producción (en salud serían las prestaciones, servicios y programas que se ofertan). La economía de escala, cobra gran relevancia en el enfoque de servicios de salud en red, habilitando la planificación de servicios, que, por su cercanía y vinculación funcional, determinen una oferta de prestaciones en forma complementaria. Es particularmente importante en situaciones de escasa disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos, o en localidades que, por su dimensión, dificultan la radicación de personal calificado. No obstante, el enfoque de economía de escala debe articularse y supeditarse al concepto de accesibilidad universal y equidad en salud.

Es importante subrayar que su aplicación impacta también en gran medida en la calidad de la atención. Concentrando la actividad de ciertos servicios y prestaciones en una unidad asistencial, y aumentando los volúmenes de producción en salud, se habilita el desarrollo y mantenimiento de la experticia del personal en determinada área (curva de aprendizaje), garantizando el cumplimiento de estándares de calidad. (OPS-Atributos de RISS 2010). Por lo anteriormente expuesto, un factor fundamental para lograr servicios eficientes, de calidad y accesibles, es avanzar en la complementación con otros prestadores del SNIS, con una lógica de autonomía vinculante e interdependencia entre prestadores. (RIEPS, 2014)

II.3 Aportes de la lectura del territorio en la planificación de los servicios.

En Uruguay casi el 95% de la población es urbana y se ubica al sur del país. Sin embargo, la tendencia creciente a la urbanización ha ido fortaleciendo el conjunto de ciudades medianas y capitales departamentales constituyendo una Sistema urbano más equilibrado que en el pasado. Lógicamente, el desafío del estado es asegurar el derecho de todos los habitantes a acceder a los servicios básicos sin distinciones respecto al lugar donde viven, ya sea en el medio rural, en pequeñas, medianas o grandes localidades o en capitales departamentales.

En ese sentido, la DINOT avanzó en el reconocimiento del Sistema de Ciudades y en las capacidades construidas en ellas a partir de dos estudios: el “Sistema Urbano Nacional” (SUN) y el “Sistema de Ciudades y Equipamientos” (SCyE). (MVOTMA, OPP y CSP, 2019.) Estos estudios nos ayudan a ir dando respuesta a lo dispuesto por la Ley de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Sostenible, (Poder Legislativo., 2008) que plantea como finalidades del ordenamiento territorial, la mejora de la calidad de vida de la población y convoca a planificar el desarrollo territorial futuro orientando la actuaciones sectoriales, como por ejemplo la política de salud y su despliegue territorial.

Especialmente la Ley de Directrices Nacionales de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Sostenible (Poder Legislativo, 2017), da cuenta de esto y define una orientación para esta difícil tarea, propone en su Artículo 12: “favorecer la conformación de los subsistemas urbanos de todo el país, facilitando el transporte de bienes y el acceso universal de la población a los servicios y áreas de actividad, generando corredores y circuitos que integren los grandes equipamientos y servicios sociales, culturales, recreativos y turísticos, a nivel nacional e internacional.”

El reconocimiento del Sistema de Ciudades es una herramienta clave para el desarrollo de políticas públicas tendientes a resolver los déficits de cobertura, orientando mejor la localización y dimensión de equipamientos y servicios públicos, y a su vez potenciando equipamientos subutilizados procurando la sostenibilidad en el largo plazo de esas inversiones.

Si bien existen algunos equipamientos, como es el caso de las escuelas públicas, que tienen una cobertura prácticamente completa del territorio, existen otros equipamientos que actualmente se encuentran en proceso de ampliación de su cobertura, con una inversión muy fuerte en infraestructura que impone una nueva “organización” de su estructura territorial. Para estos, el sistema de ciudades se transforma en una herramienta clave que permitirá proyectar soluciones acordes a la forma en que el territorio funciona y planificar soluciones considerando las transformaciones territoriales. Porque para planificar el desarrollo de una política pública, como puede ser la salud, es imprescindible no solo considerar el motor de las acciones propias, sino también de los procesos exógenos al sistema como nuevas rutas, inversiones productivas o políticas habitacionales.

La consideración de las ciudades como conjuntos de localidades interconectadas que conforman sistemas, sistema de ciudades y la sumatoria de población de estas y de su área de influencia, permitirá reconocer áreas funcionales para proveer servicios de mayor nivel, acercándose así a la cantidad de población necesaria para la viabilidad y sostenibilidad de estos servicios.

Este abordaje, permite además reconocer aquellos estructuradores territoriales mediante los que la población puede acceder a un servicio determinado a través de un medio de transporte apropiado. En esos estructuradores se proponen los servicios especializados evitando así la tentación irreal de instalar un equipamiento especializado en cada centro poblado, y se promueve la construcción de redes de complementariedad mucho más eficientes y reales.

Aplicar este concepto para la dotación de servicios a localidades de desarrollo desigual promueve la integración social entre sus habitantes. En este sentido, el sistema de transporte –vías de comunicación, modos de transporte y vehículos- adquiere mayor relevancia como generador de integración social, para lograr la complementariedad entre centros urbanos y el acceso universal a los servicios. El presente trabajo muestra su aplicación concreta enfocando en el sistema de salud.

La gestión de los servicios a través de la herramienta, sistema de ciudades, permite optimizarlos y ayuda a planificar los nuevos equipamientos para el futuro. Con una mirada así se podrá mejorar el acceso de los ciudadanos a los distintos servicios, vivan donde vivan, asegurando el ejercicio de los derechos de las personas.

Esta construcción se sustenta en la información georreferenciada del Sistema de Información Territorial (SIT ⁵) del MVOTMA. El SIT permite analizar simultáneamente distintos fenómenos territoriales para el diseño, monitoreo y evaluación de estrategias, políticas e instrumentos de planificación. El SIT es coordinado por la Dirección Nacional de Ordenamiento Territorial y resulta de un trabajo colaborativo entre las instituciones públicas, en el marco de la Infraestructura de Datos Espaciales de Uruguay (IDE), y con la UdelaR.

En resumen, el reconocimiento y la gestión en clave de Sistemas de Ciudades es un camino posible para organizar y optimizar los recursos públicos, instalar la complementariedad de los centros urbanos superando la competencia, y acercar los servicios a la población de pequeñas localidades y a la población rural dispersa a partir del reconocimiento de los vínculos entre las ciudades.

Estos vínculos devienen de razones fundacionales, culturales, funcionales, de los trazados de infraestructuras o de otras lógicas que, a veces, desafían los límites departamentales y las fronteras nacionales y que deben ser observados para que las políticas públicas asuman mejor la realidad de los ciudadanos.

El Sistema Urbano Nacional

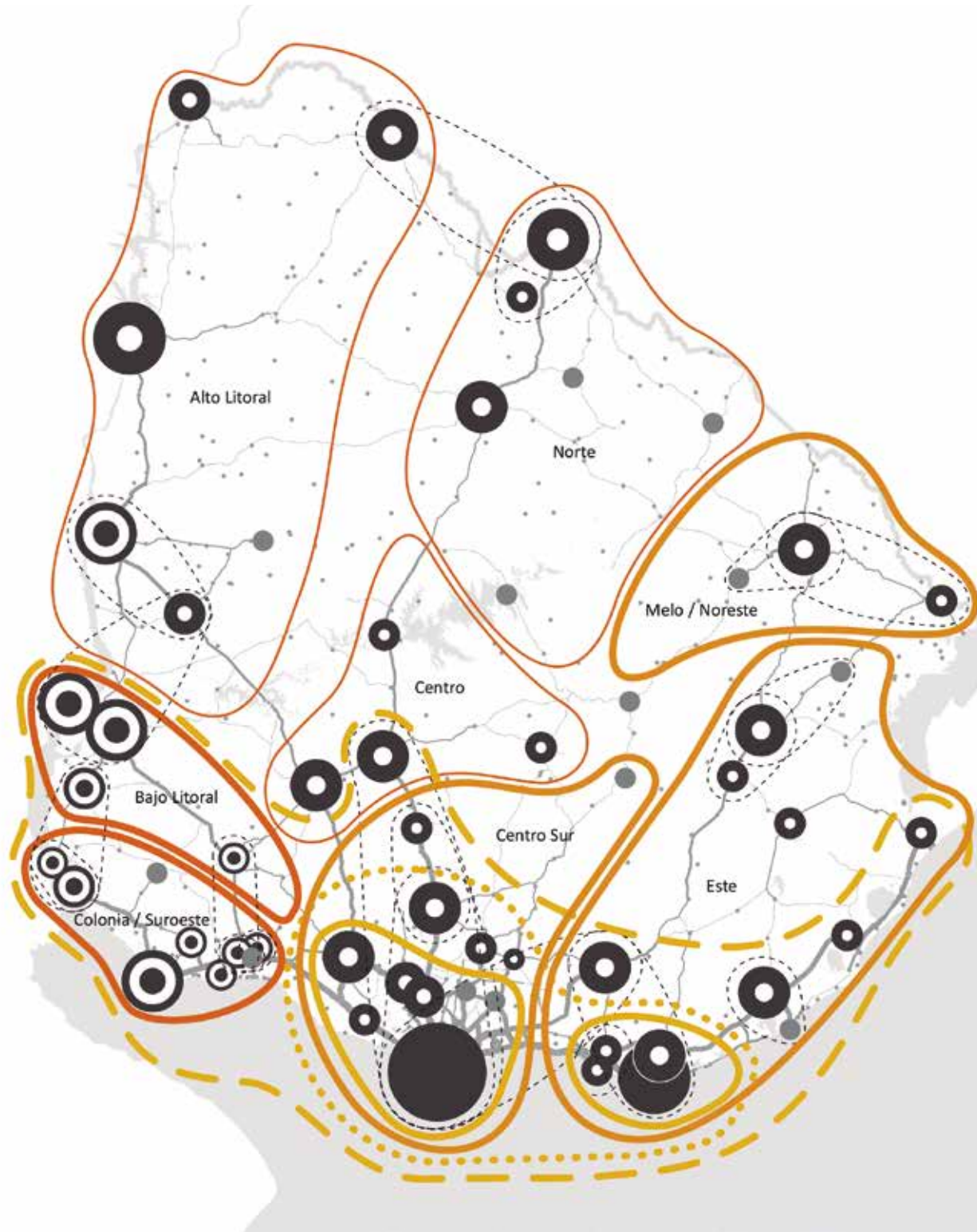
Entre 2015-16, DINOT a través de un convenio con el ITU- FADU-UdelaR, llevó adelante un estudio con el propósito de describir la composición y estructura del Sistema Urbano Nacional a escala país y de subsistemas urbanos. Su objetivo principal fue estudiar los vínculos entre los principales centros urbanos del país, a partir de la movilidad de las personas.

Los sistemas de ciudades son «... sistemas espaciales abiertos constituidos por movimientos o flujos, redes, nodos, jerarquías y superficies y gradientes, representables en un modelo geométrico abstracto, e identificables en la realidad empírica en movi-

5 - <https://sit.mvotma.gub.uy/sit/#/inicio>

mientos de personas, mercancías e información, en redes de carreteras, ciudades de distinto rango y tamaño como nodos articuladores de las redes con sus respectivas áreas de influencia». (Hagget, 1976)

Imagen 01: Sistema urbano nacional, MARTÍNEZ, E. et al (2016).



La línea de trabajo respecto al análisis de la estructura circulatoria del país como insumo para la discusión de la base territorial de diferentes políticas, fue impulsada por DINOT desde 2015. Así, a través de una sucesión de estudios realizados en convenios con la FADU-UdelaR, se ha avanzado en la “validación” de la lectura del territorio en clave de Sistema Urbano.

Esta construcción permite responder a las disposiciones establecidas en la Ley de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Sostenible (Ley N° 18.308), que plantea como finalidades del ordenamiento territorial, la mejora de la calidad de vida de la población, la integración social y el uso y aprovechamiento ambientalmente sustentable y democrático de los recursos naturales y culturales, vinculando a personas públicas y privadas. A su vez, la ley de Directrices Nacionales de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Sostenible (Ley N° 19.525), orienta las políticas sectoriales a partir de la complementariedad, optimización de recursos e integración territorial, incluyendo en ello el concepto de “subsistemas urbanos”.

Artículo 11. (Orientación de políticas sectoriales). Los organismos nacionales responsables de la protección de derechos humanos, entre otros, educativos y sanitarios, y la prestación de distintos servicios, entre ellos turísticos, de la dotación de infraestructura de conectividades y de la determinación de usos preferentes, de acuerdo a sus alcances y cometidos, deberán orientar sus políticas sectoriales a:

A) Promover el desarrollo nacional integral con vocación descentralizadora territorial y funcional desarrollando servicios, equipamientos e infraestructuras, con criterios de complementariedad, que garanticen la cobertura y acceso universal a la población, implementando medidas de compensación ante los desequilibrios existentes.

Artículo 12. Las actuaciones territoriales específicas se orientarán a:
Favorecer la conformación de los subsistemas urbanos de todo el país, facilitando el transporte de bienes y el acceso universal de la población a los servicios y áreas de actividad, generando corredores y circuitos que integren los grandes equipamientos y servicios sociales, culturales, recreativos y turísticos, a nivel nacional e internacional.

El abordaje de localización y gestión de servicios públicos desde la complementariedad funcional y accesibilidad física óptima, pretende aportar al equilibrio territorial y la integración social. Esta estrategia explícita dinámicas territoriales que superan límites político - administrativos, tensionando, muchas veces, los límites departamentales, lo cual redundará en un desafío de gestión territorial.

Tipos de entorno y concentración poblacional

Para la organización de los servicios de ASSE, se consideró necesario desarrollar una caracterización territorial de los entornos poblados, que permitiera una dotación adecuada a diversas realidades. Para esto, fue oportuno apoyarse en las funciones sociales de las ciudades en el territorio, pues estas se extienden a través de diversos canales (redes de transporte y comunicación), superando como se ha mencionado, los límites geográficos y administrativos. Lo urbano y lo rural, convergen hoy creando unidades con límites borrosos y de procesos complejos.

La comprensión de los sistemas relacionales y la identificación de los componentes funcionales más relevantes constituyen una herramienta pertinente a la hora de actuar sobre territorios desde un abordaje transescalar⁶. (Pastore, 2018)

Para reconocer estos escenarios, se analizaron los trabajos que han avanzado sobre la clasificación de las localidades del sistema urbano nacional, a partir de sus procesos de ocupación, por la evolución de la población o por la dotación de servicios. Se exponen a continuación las principales caracterizaciones:

» **La clasificación de localidades uruguayas** en Área Metropolitana de Montevideo, Ciudades intermedias y Pequeñas localidades. Esta ha sido recurrente en estudios sobre el sistema urbano uruguayo, a partir de identificar “cualidades que refieren en primera instancia a sus tamaños respectivos (área y población) y otros aspectos, como la localización en el territorio, de cada localidad, sus dimensiones permiten reconocer identidades, problemáticas y desafíos claramente asociados a estas categorías” (Urruzola et al, 2011; 112). Pueden plantarse como referencia la clasificación por rangos de población de DINOT o del ITU discriminando entre AMM, CIU y PLU.

» **Decisiones administrativas.** El umbral de 2000 personas, mencionado en la ley orgánica municipal (Ley N° 9.515, 1935) como mínimo de población para instalar una junta local y retomado en 2009 en la Ley N° 18.567 (Descentralización Política y Participación Ciudadana) que reglamentó el tercer nivel de gobierno, respecto a la obli-

6 - “Transescalar”: si bien existen diferentes acepciones, en esta construcción se retoma el planteo realizado por Reboratti (2001) quien diferencia tres tipos de escalas: una relacionada con el tamaño, otra al nivel y otra en su relación con los objetos que analizamos.

gatoriedad de generar autoridades municipales para aquellos ámbitos, que refuerza la valoración de esta cuantía de población en el contexto del sistema urbano nacional.

» **La articulación entre las localidades medias y pequeñas con la población rural dispersa**, que puede remitir a una lectura en clave contemporánea de la noción de área local (CINAM, 1963) y al propio umbral manejado por el Estado, por ejemplo, en el marco de la actuación de MEVIR como en los estratos de la Encuesta Continua de hogares que han considerado históricamente al interior urbano como las localidades mayores a 5.000 habitantes, delatan que esa concentración de población en ámbitos urbanos refiere a un cambio cualitativo en las ciudades uruguayas, evidente en su conformación social y procesos de ocupación del suelo.

El reconocimiento de los centros urbanos de ocupación estacional, que implican variaciones de carga sobre las infraestructuras y servicios.

Para la construcción de escenarios adecuados a la organización de servicios de ASSE, se adecuó esta caracterización, considerando las variables accesibilidad y economía de escala, la organización actual de los servicios y los criterios que existentes para brindar las prestaciones. Este análisis nos permitió reconocer tres entornos territoriales.

1. Entono rural y pequeñas localidades: conglomerado de menos de 10.000 habitantes distantes a más de una hora de ciudades intermedias o mayores, con identidad socioeconómica y/o cultural.

2. Entorno urbano intermedio: conglomerados de entre 10.000 y 50.000 habitantes. Incluye la gran mayoría de las capitales departamentales y ciudades intermedias. Si bien estas ciudades tienen todos los servicios relativos a su escala, infraestructura y equipamientos (educación y salud), generalmente no cuentan con un amplio desarrollo de transporte urbano.

3. Entorno urbano grande y de gran porte: conglomerados de más de 50.000 habitantes. Incluye a la mayoría de las capitales departamentales del norte del Rio Negro y a la zona Metropolitana. Presentan un gran protagonismo socioeconómico y cultural, con desarrollo de transporte urbano y compleja trama de servicios.

Imagen 02: Clasificación de entornos poblados

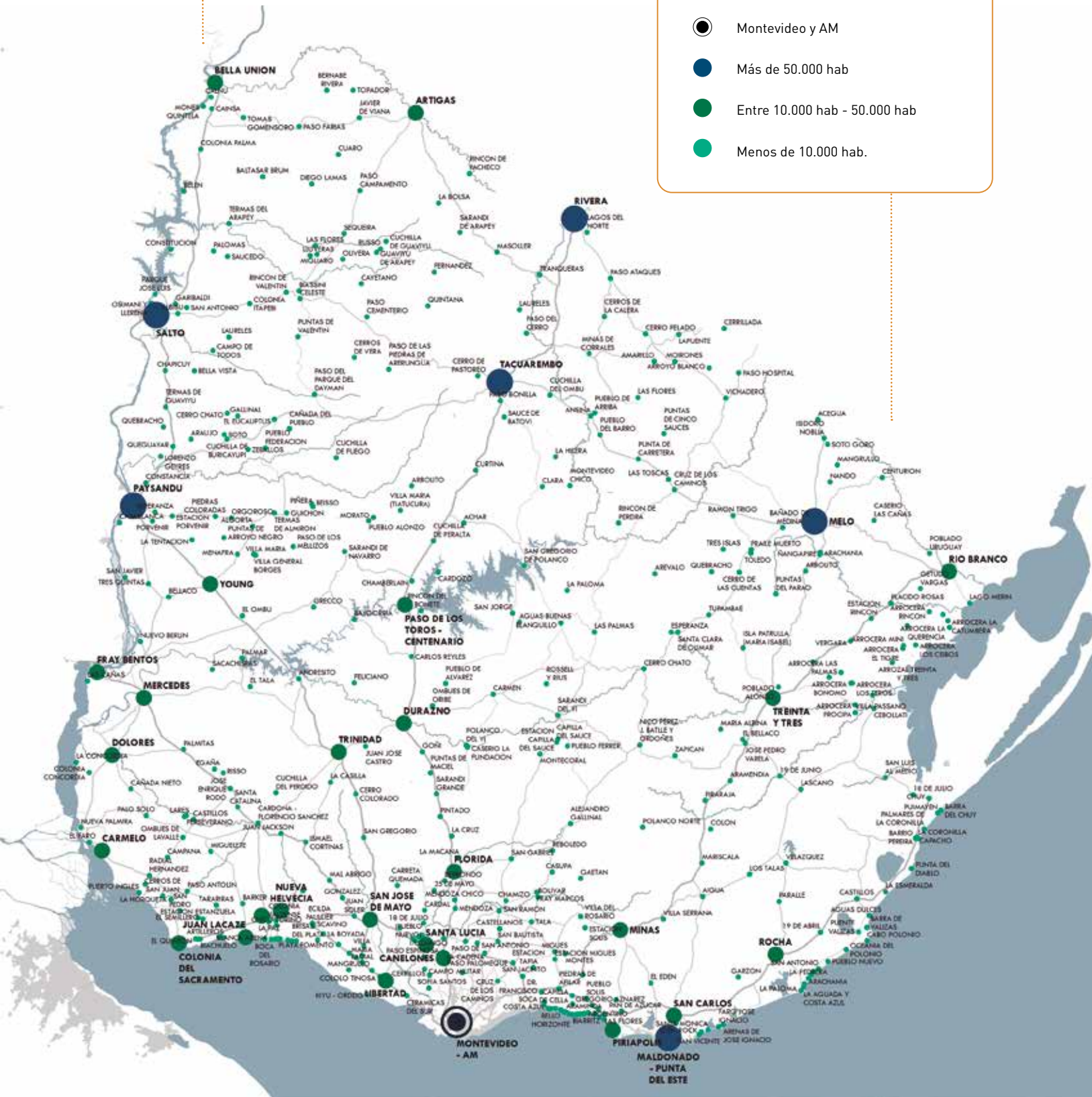
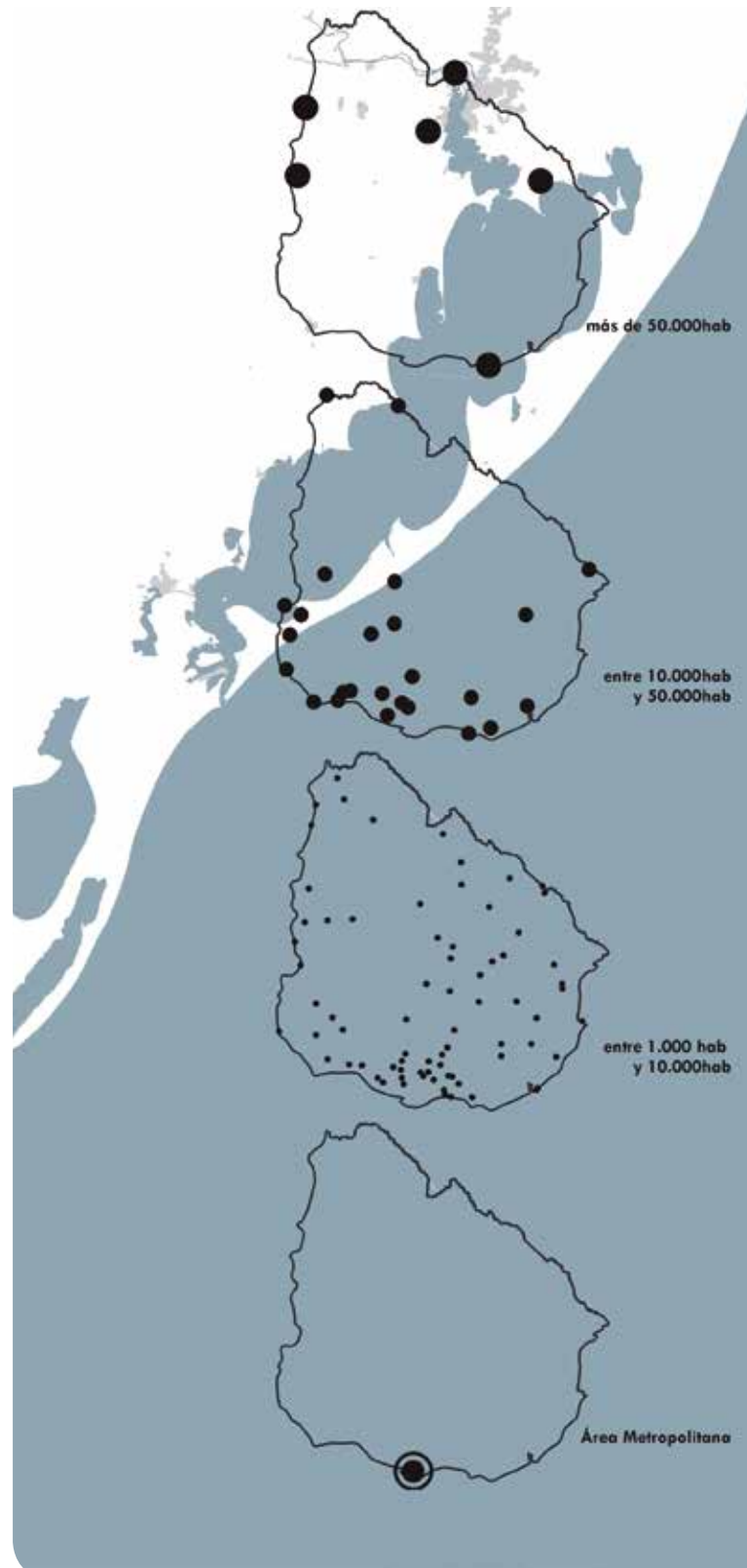


Imagen 03: Clasificación de entornos poblados.

Distribución en el territorio según magnitud de población.



The background of the slide is a solid orange color. It features a faint, light-colored outline map of the Iberian Peninsula, specifically showing the borders of Spain and Portugal. A dashed, dark orange diagonal line runs from the top-left corner towards the bottom-right corner, crossing the map.

III. Análisis de la base territorial comparada

El presente capítulo presenta un análisis de la base territorial de las regiones y subregiones de ASSE en diálogo con la información del Sistema Urbano Nacional y los Sub-sistemas de Ciudades. Responde a la primera etapa de trabajo en el marco del acuerdo, diciembre 2018 - mayo 2019.

III.1 Regionalización ASSE

“Las regiones refieren a unidades asistenciales y administrativo- financieras, geográficamente delimitadas, que con base en la gestión de sus recursos se han cargo de la atención a la salud de una población definida” (ASSE, 2014; 61).

La regionalización implementada por ASSE responde a un modelo asociativo en “Base 4”. Por su naturaleza, las regiones agrupan unidades político-administrativas (departamentos) abarcando toda su jurisdicción, salvo excepciones, siendo un componente decisivo en esta definición la existencia servicios de tercer nivel de atención (CTI).

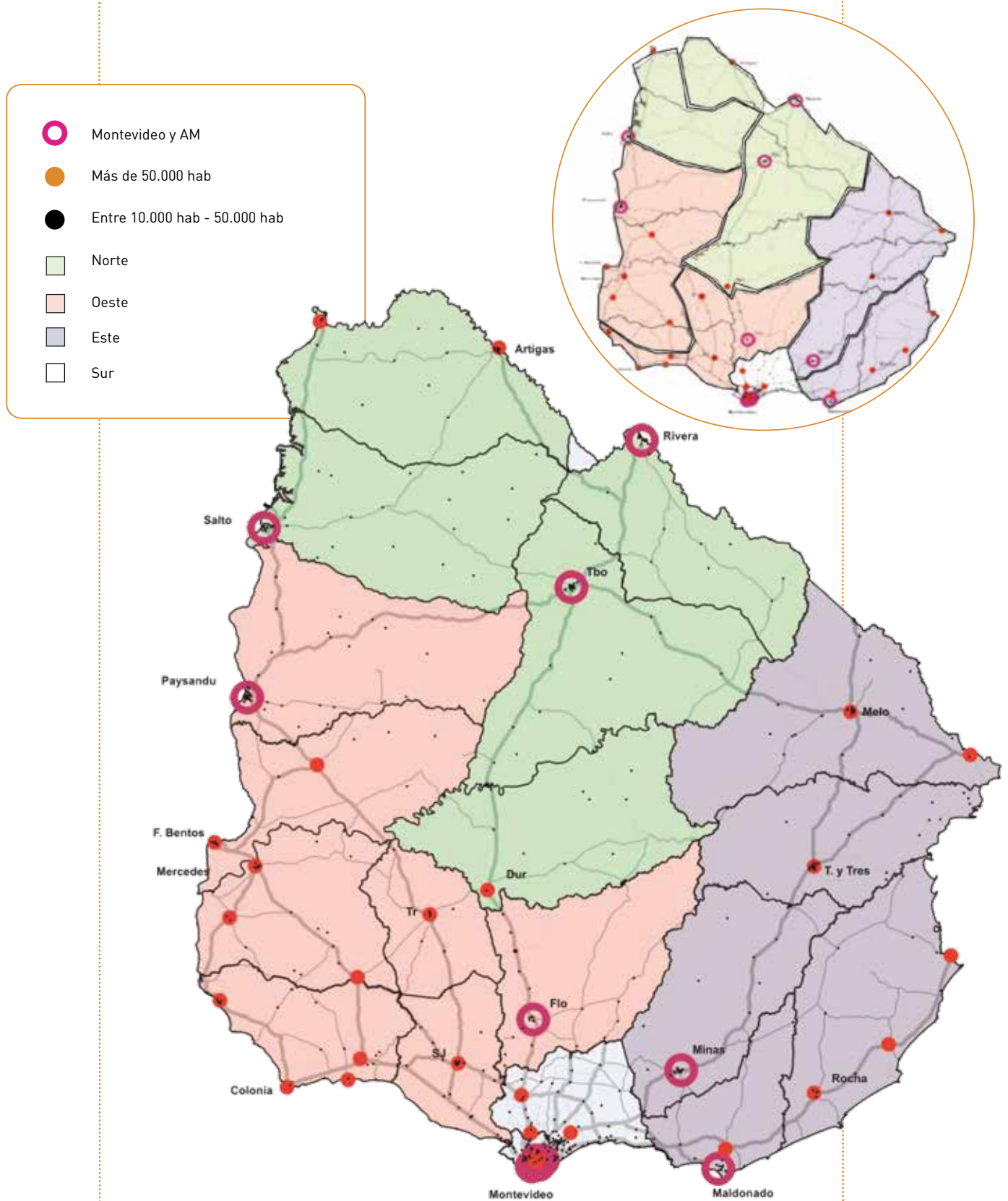
Actualmente la composición de dichas regiones es la siguiente:

- » **Región Norte**, Artigas, Salto, Rivera, Tacuarembó y Durazno.
- » **Región Oeste**, Paysandú, Río Negro, Soriano, Colonia, Florida, Flores y San José (excepto Ciudad del Plata).
- » **Región Este**, Maldonado, Lavalleja, Treinta y tres, Cerro Lago y Rocha.
- » **Región Sur, Montevideo**, Canelones y Ciudad del Plata (San José).

Las regiones aseguran, entre otros temas, por su dimensión y características:

- » La resolutivead asistencial con una población que permita adecuadas curvas de aprendizaje en las prácticas asistenciales.
- » Pool de riesgo suficiente para asegurar la sustentabilidad económico-financiera de cada región.
- » Generar internamente subregiones funcionales con la necesaria flexibilidad organizativa.
- » Un número adecuado de ámbitos de control para la descentralización de la gestión.

Imagen 04: Regiones ASSE, DINOT 2019.



III.2 El sistema de ciudades DINOT

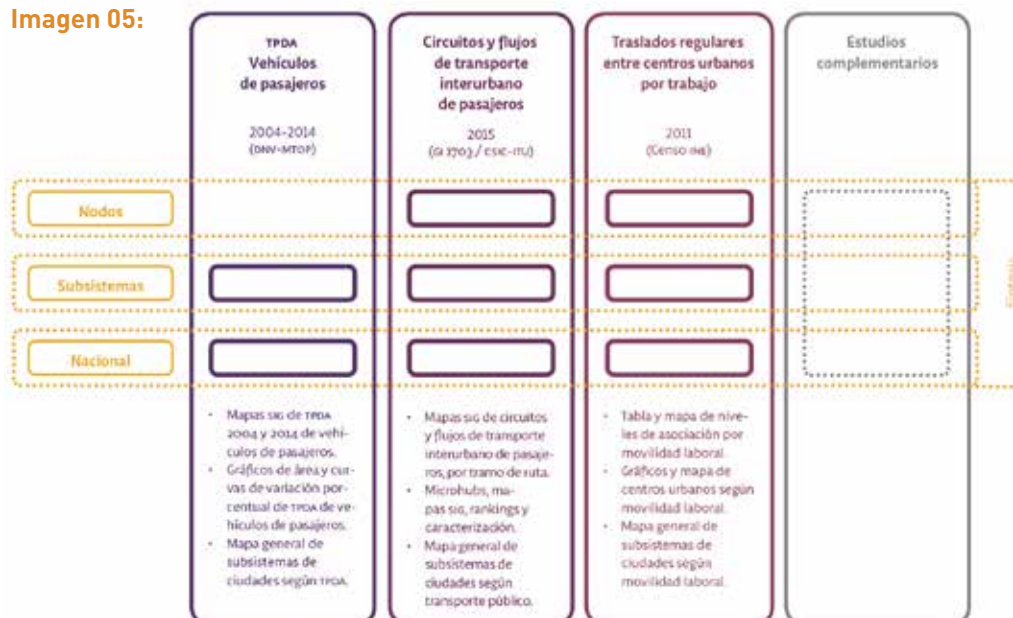
Sistema Urbano Nacional -ITU/DINOT 2015-2016

Entre 2015 y 2016, DINOT a través de un convenio con el ITU- FADU-UdelaR, llevó adelante un estudio describe la composición y estructura del Sistema Urbano Nacional a escala país y de subsistemas urbanos. Su objetivo principal fue, estudiar los vínculos entre los principales centros urbanos del país, a partir de la movilidad de las personas.

El estudio definió la existencia ocho sistemas definidos a partir de tres variables compositivas, los centros poblados, los flujos (movilidad de las personas) y el área asociada a relaciones de influencia. Como salvedad, es necesario mencionar que al referirse a “centros poblados” el estudio considera las localidades INE o el agrupamiento contiguo de éstas cuando superan los 3000 habitantes, de acuerdo al censo 2011. Respecto a los flujos, se estudió la interacción entre los centros poblados a fin de identificar los subsistemas que componen los mismos Tomando como referencia conceptual que los subsistemas se definen por una movilidad mayor entre sus componentes, que con los exteriores. Con ese fin se consideraron tres fuentes que revelan interacción:

1. El Tránsito Promedio Diario Anual (TPDA) por tramo de ruta de vehículos de pasajeros (ómnibus y automóviles);
2. Los servicios de Transporte Público interurbano de Pasajeros (TPP);
3. Los datos de movilidad por motivos laborales del Censo de Población 2011. Cada uno de esos criterios da lugar a un mapa distinto de los subsistemas.

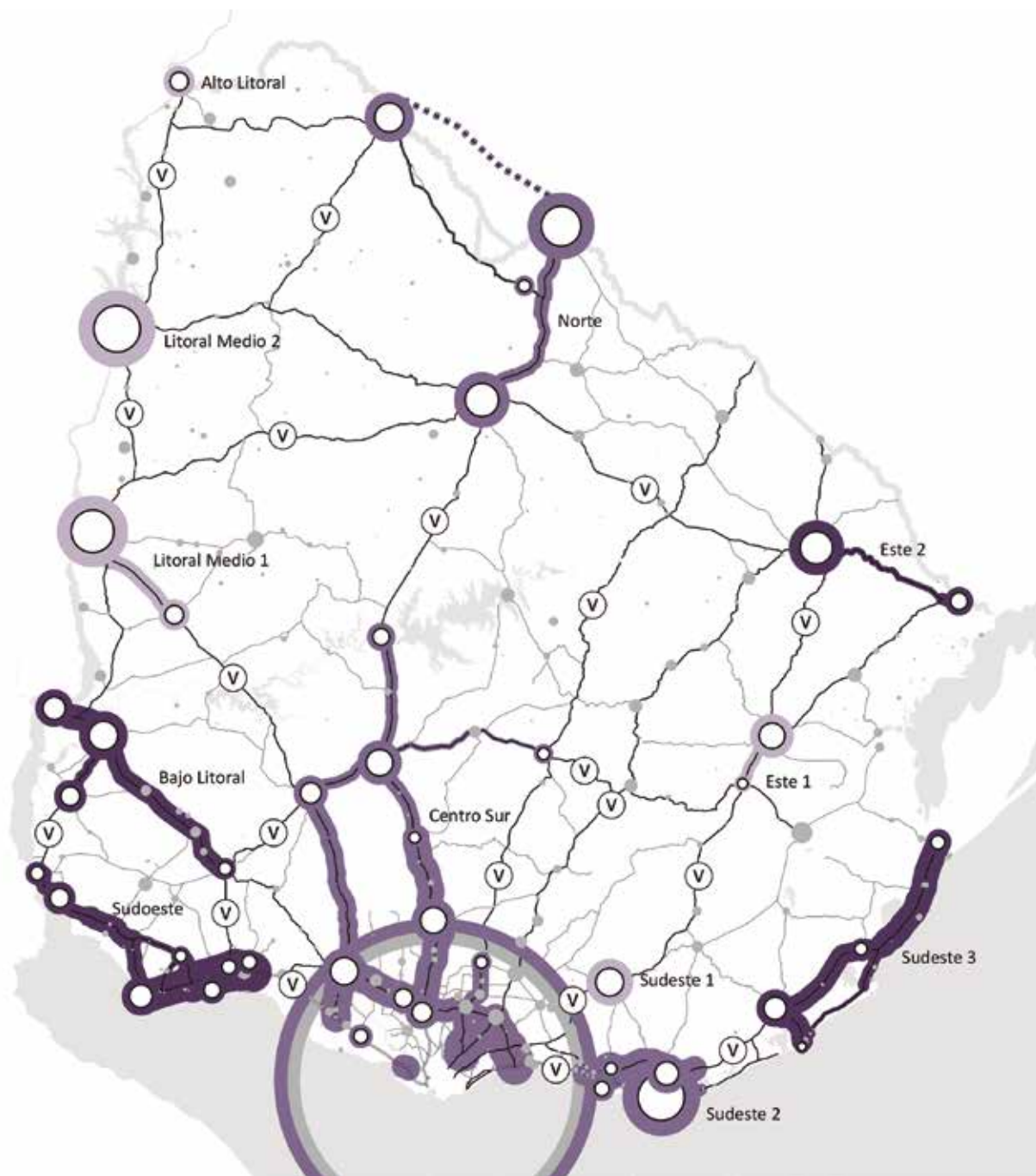
Imagen 05:



Tránsito Promedio Diario Anual

Los mapas del TPDA de vehículos de pasajeros por tramo permiten visualizar gráficamente los valores del flujo en las rutas del territorio nacional mediante la asignación de grosores distintos de acuerdo al valor TPDA de cada uno.

Imagen 06: Transporte promedio diario anual (TPDA) de vehículos de pasajeros
Fuente: Tránsito Promedio Diario Anual. Martínez et al 2016.



Servicios de Transporte Público de Pasajeros.

El análisis de circuitos y flujos de transporte interurbano de pasajeros permitió la caracterización del SUN a escala nacional, a nivel de subsistemas y por nodo. A partir de datos de 2015 referidos a los recorridos y cantidad de servicios para todo el país, se elaboraron mapas sobre cartografía georreferenciada. Por otra parte, se propuso una caracterización de las ciudades de acuerdo a sus niveles y alcances de conectividad con el resto del territorio.

Imagen 07: Mapa de circuitos y flujos de transporte interurbano de pasajeros de líneas con origen o destino en Montevideo. (ITU-DINOT 2016).

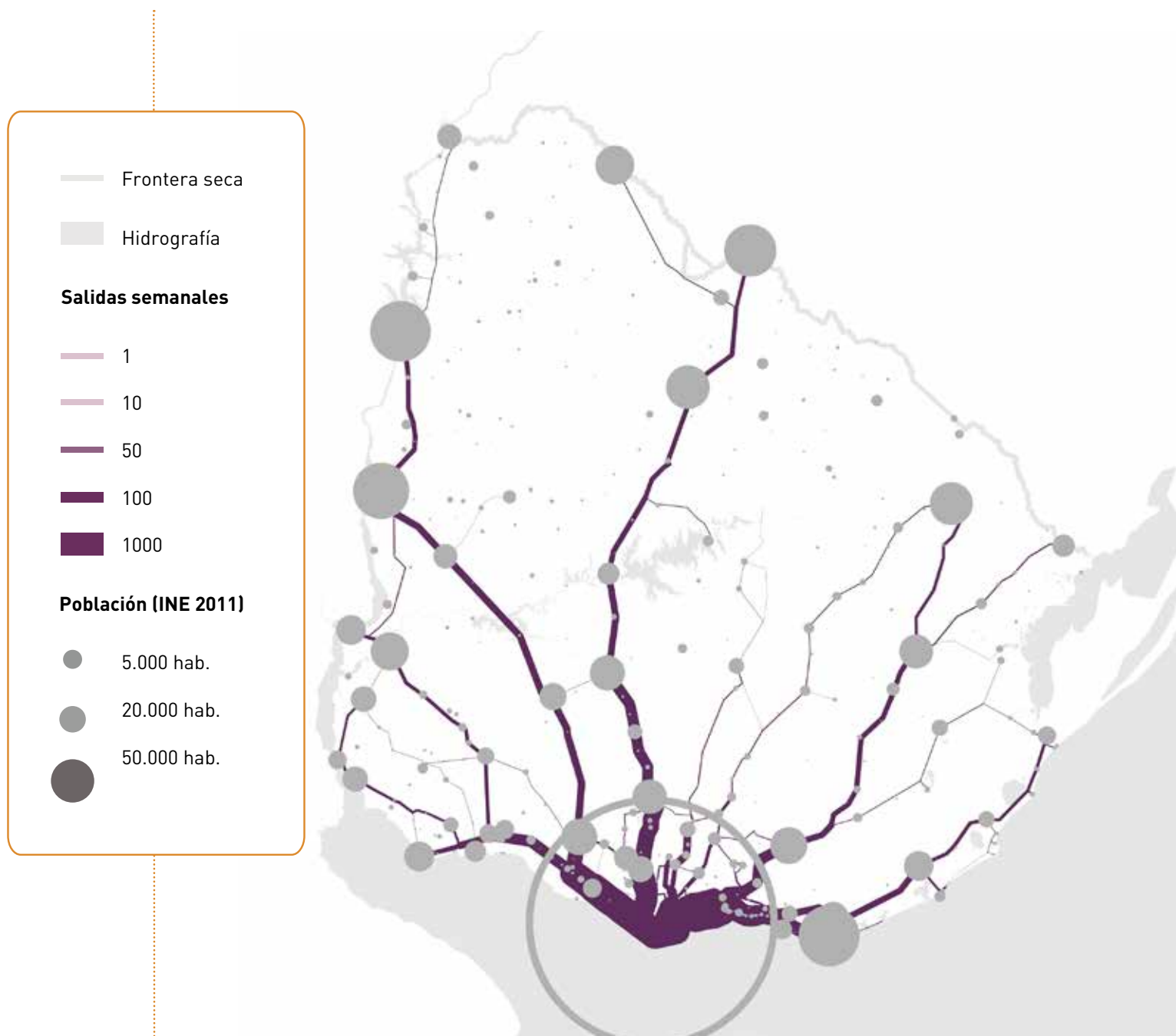


Imagen 08: Mapa de circuitos y flujos de transporte interurbano de pasajeros de líneas sin origen o destino en Montevideo. (ITU-DINOT 2016).

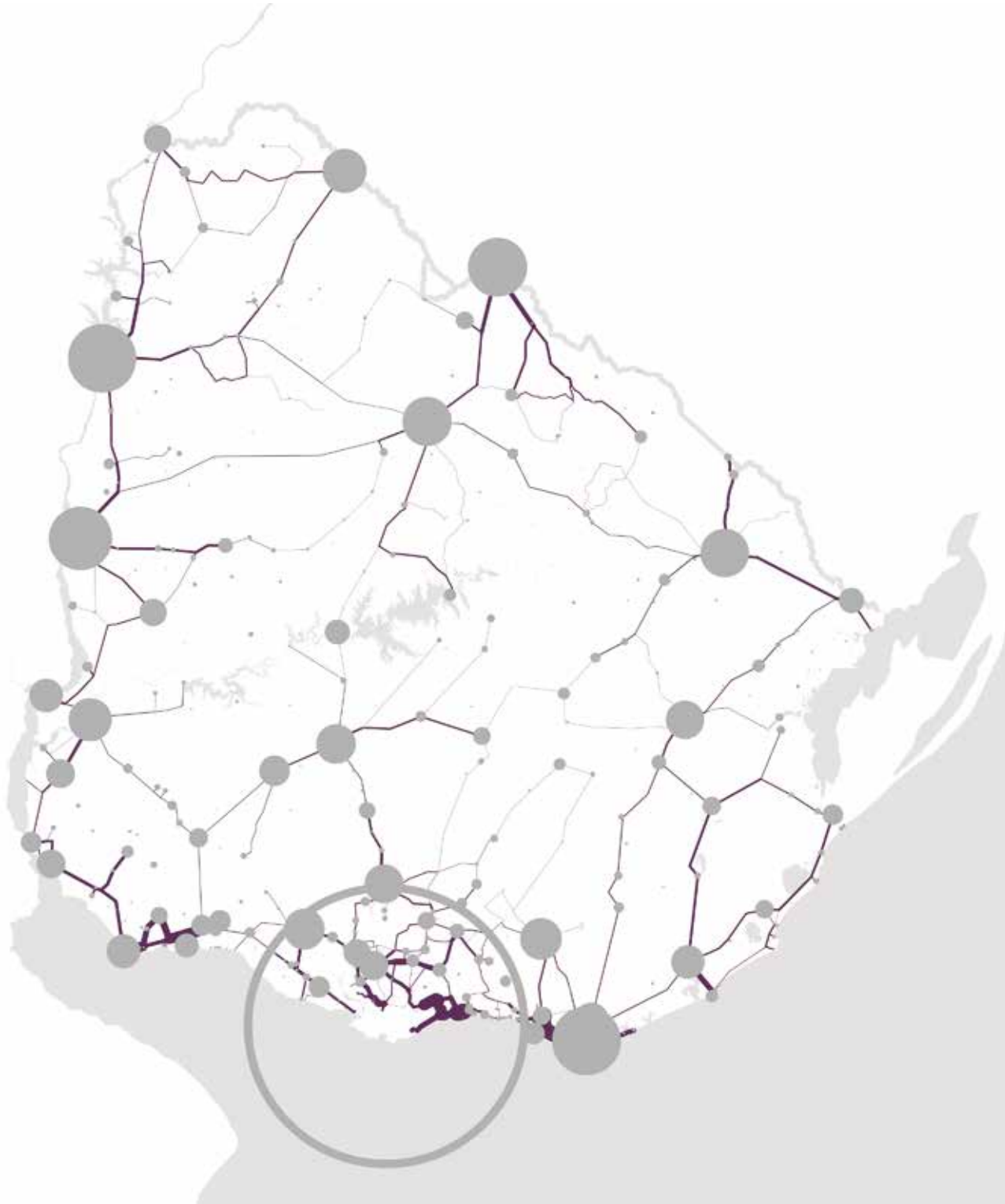


Imagen 09: Mapa circuitos y flujos de transporte interurbano de pasajeros (servicios regulares) de Uruguay (ITU-DINOT 2016).

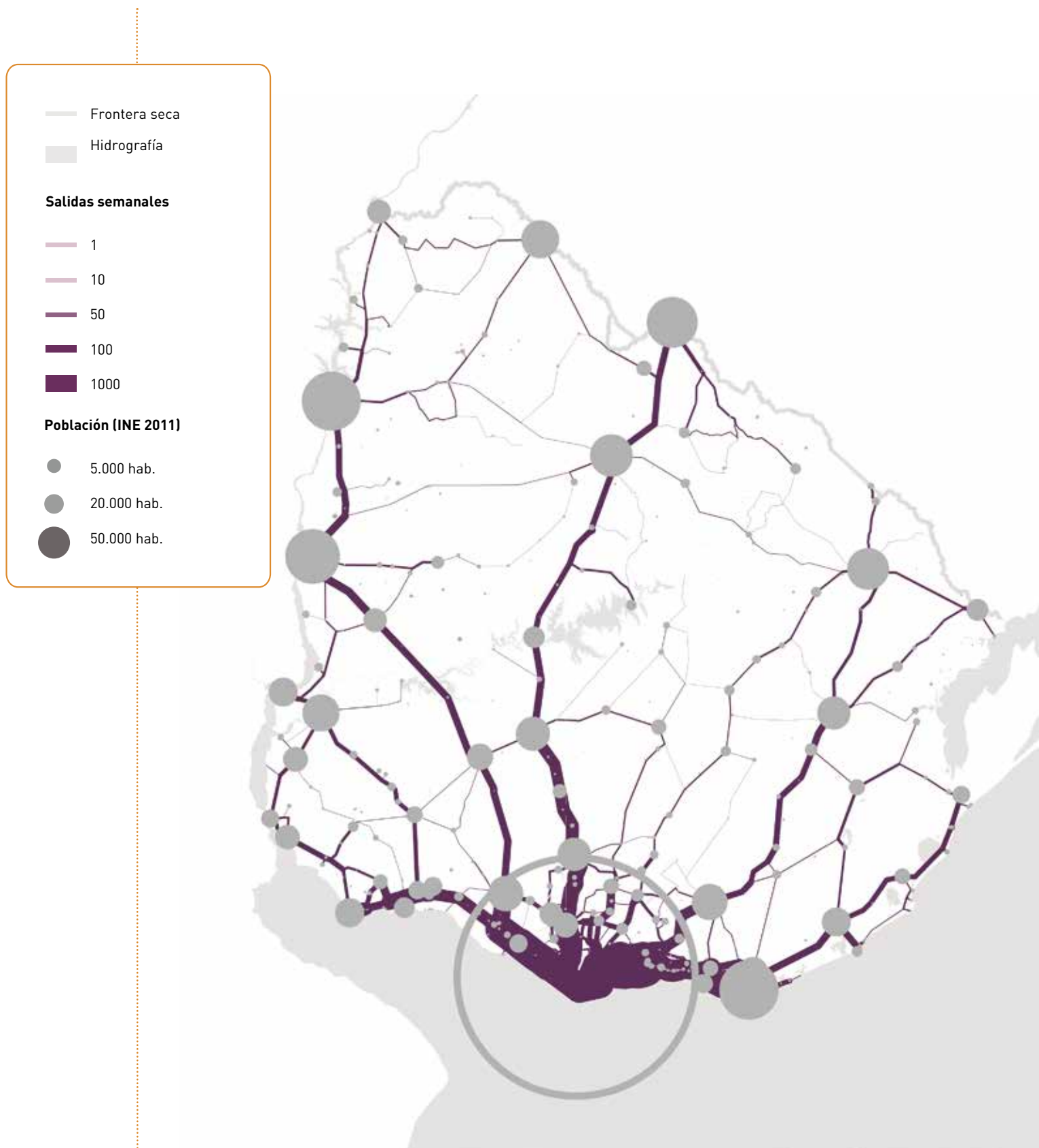
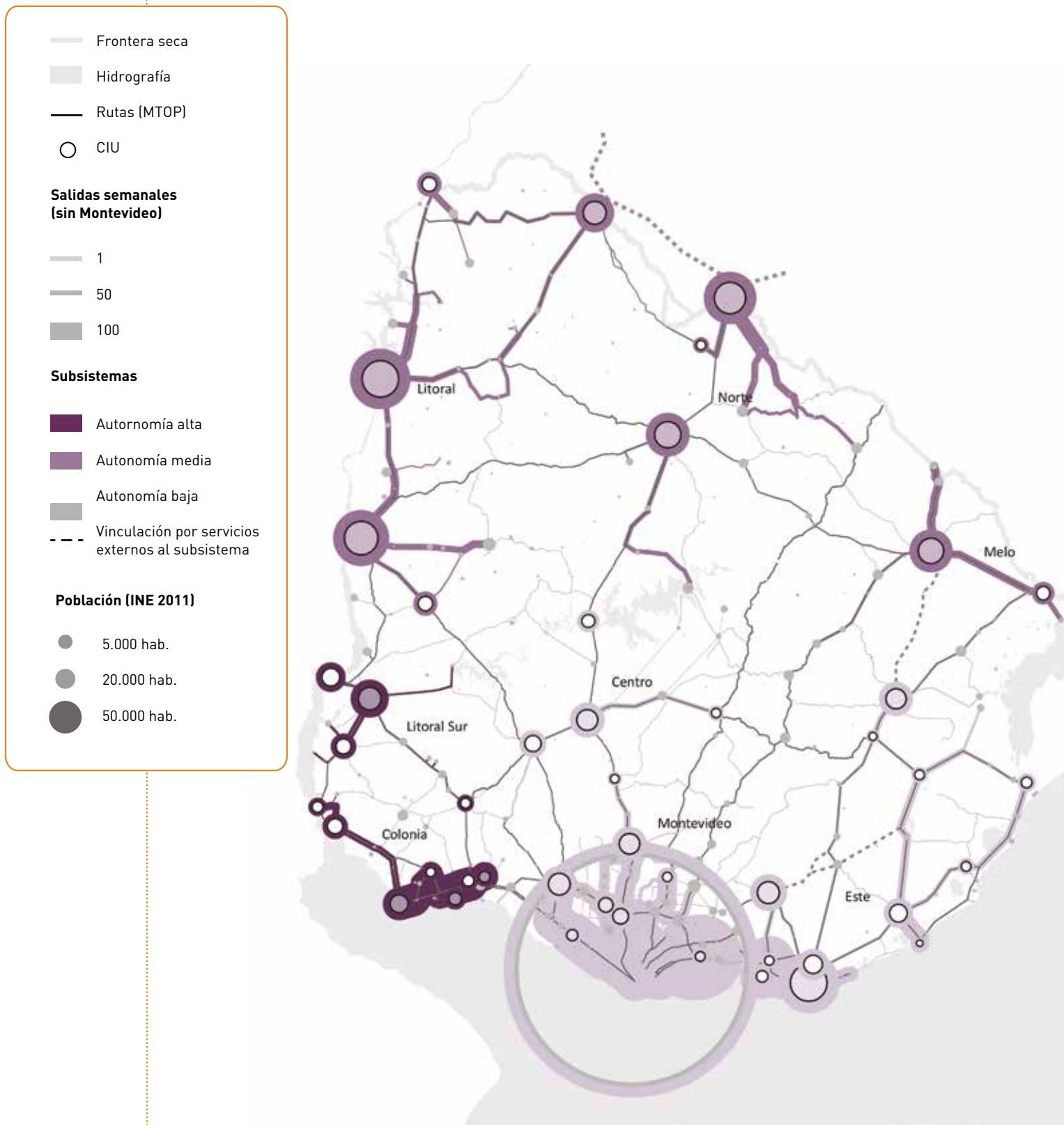


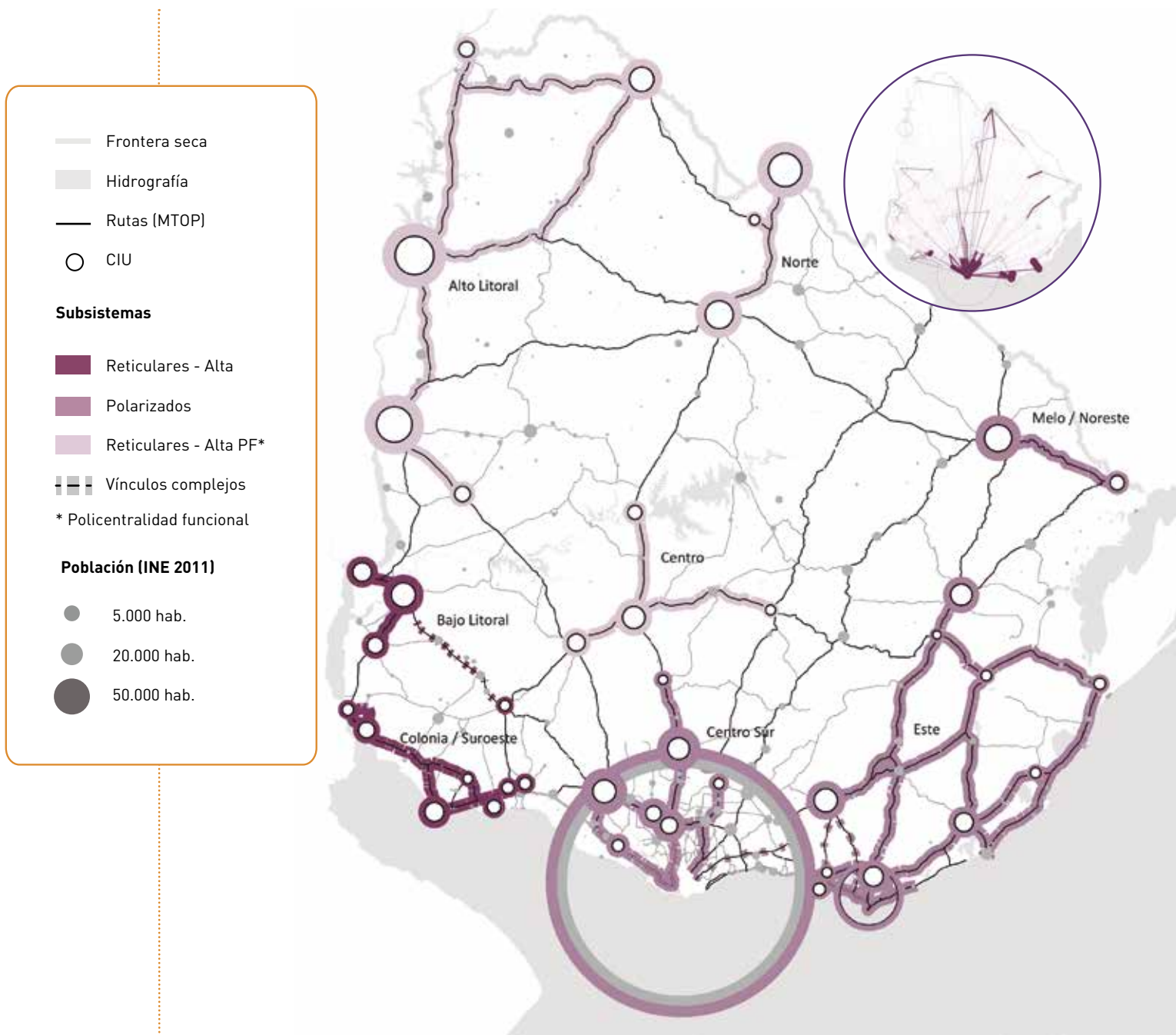
Imagen 10: Mapa general de subsistemas según circuitos y flujos de transporte interurbano de pasajeros (ITU-DINOT 2016).



Traslados regulares entre centros urbanos por trabajo.

La movilidad de las personas por motivos laborales (localidad de residencia y localidad de trabajo) en localidades mayores a 3.000 habitantes permitió la caracterización del SUN a escala nacional, a nivel de subsistemas y por centros poblados. A partir del trabajo georreferenciado de los datos del Censo INE 2011 y a aplicación del concepto de "Nivel de Asociación" (Tolbert y Killian, 1987) se pudo visualizar los vínculos entre las ciudades por su interacción, lo que permitió la definición y caracterización de subsistemas a nivel nacional.

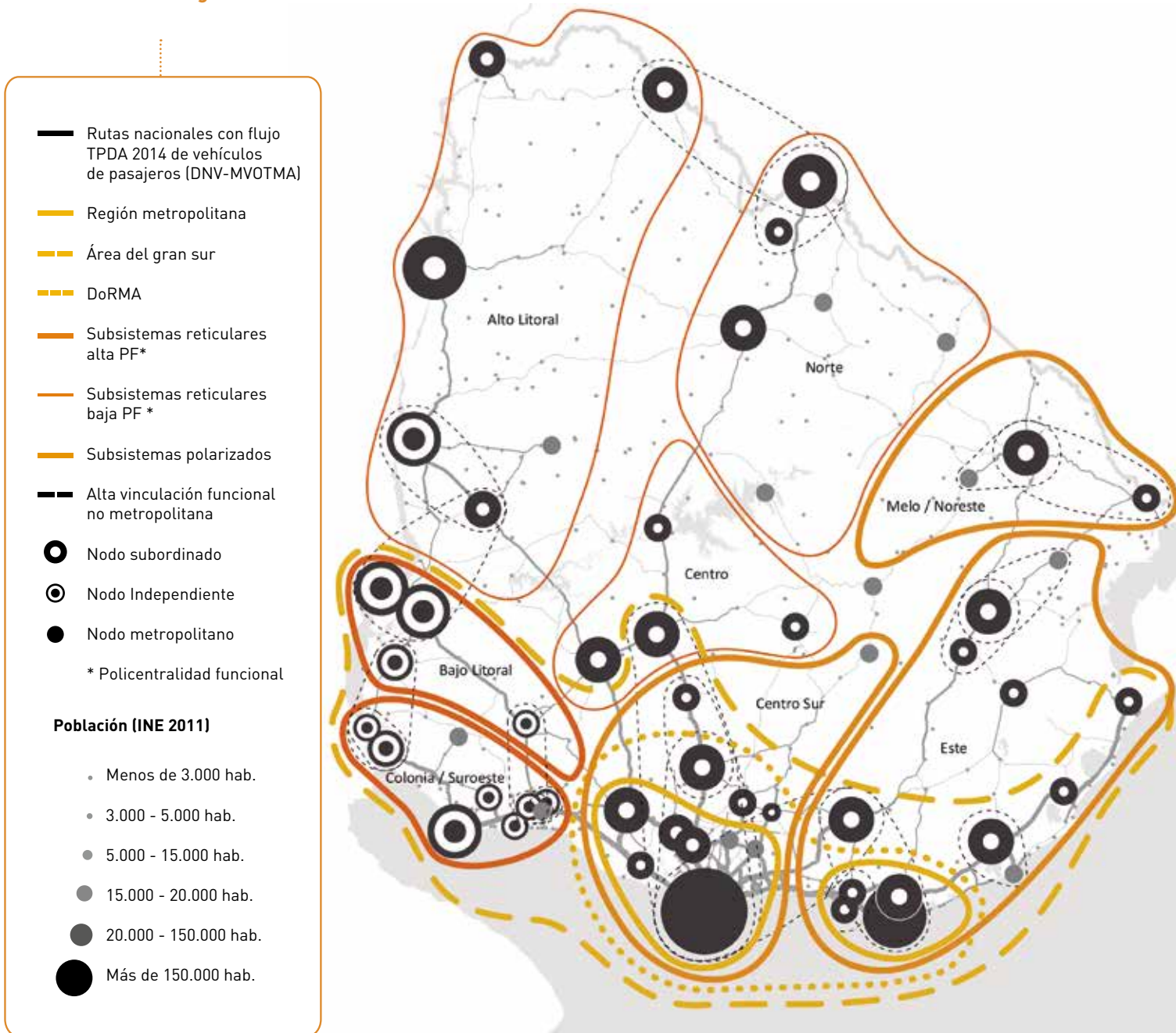
Imagen 11: Mapa general de subsistemas según movilidad laboral (ITU-DINOT 2016)



El SUN presenta una estructura jerárquica altamente polarizada en torno al área metropolitana de Montevideo, en primer término, y a lo largo de la costa sur, en segundo orden.

Siendo los niveles de vinculación de orden, medios y bajos entre sus nodos por fuera de las regiones metropolitanas. La conectividad más intensa y con mayores niveles de asociación se da al sur del Río Negro -a lo largo de la costa-, mientras que al norte los valores generales de flujo son significativamente menores y se evidenciando mayores vacíos conectivos.

Imagen 12: Sistema Urbano Nacional



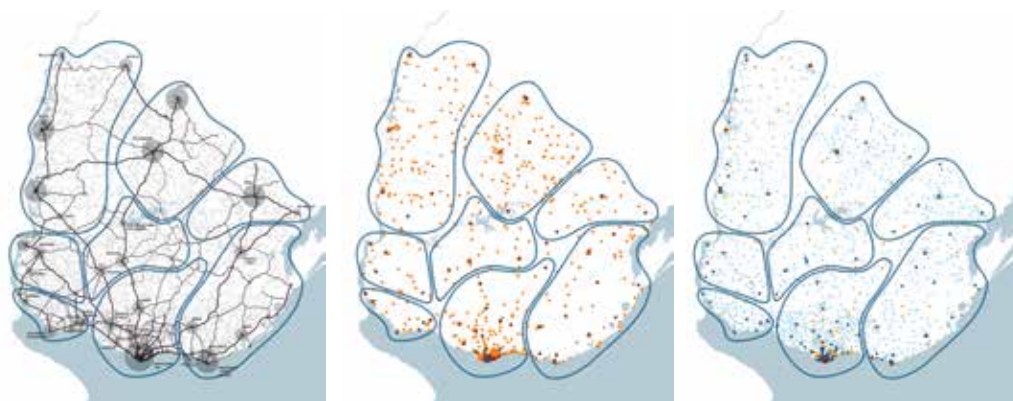
Sistema de Ciudades y equipamiento -DINOT/OPP 2017- 2019

Este estudio tomó como base la premisa de que el desafío del Estado es asegurar el derecho de los uruguayos a acceder a los servicios básicos sin distinciones respecto al lugar donde viven, ya sea en el medio rural, en pequeñas o grandes localidades o en capitales departamentales.

Sin embargo corresponde destacar que en Uruguay, casi el 95 % de la población es urbana y la tendencia creciente a la urbanización se mantiene.

Avanzar en el conocimiento del Sistema de Ciudades y sus equipamientos para fortalecer la política de los prestadores de servicios es un primer paso para lograr el acceso universal a estos y permitirá, a su vez, promover mejoras en la gestión de los servicios, buscando su optimización y la acertada planificación de los nuevos equipamientos donde haga falta, la construcción de "caminos", o la instalación de un transporte más eficiente para asegurar su accesibilidad.

Imagen 13: Sistema de ciudades y equipamiento – salud y educación - mapa síntesis

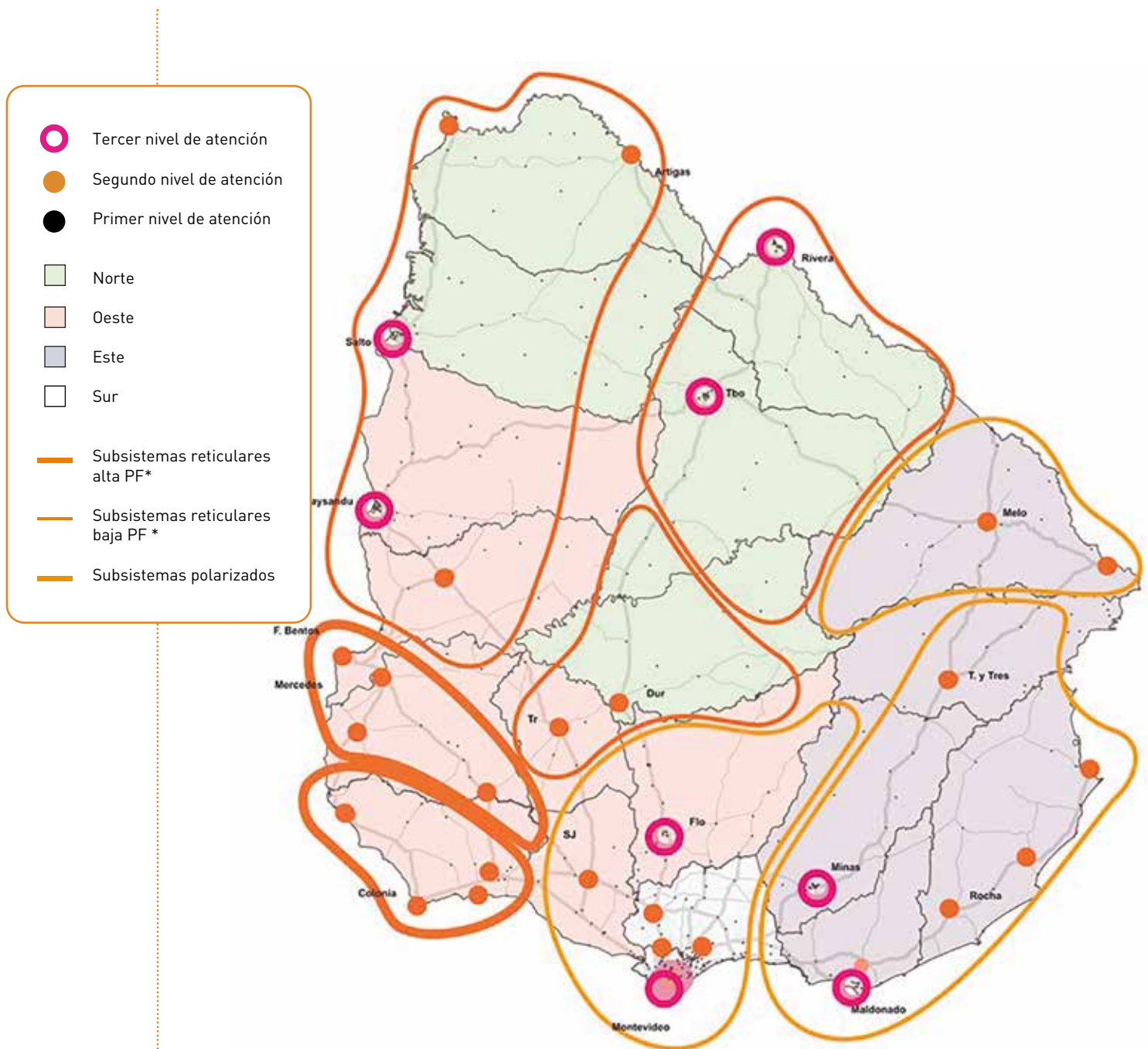


El reconocimiento de las capacidades construidas desde una mirada del sistema de ciudades permitirá resolver algunas brechas en la localización y dimensión de equipamientos y servicios públicos, y a su vez potenciar equipamientos subutilizados, procurando la sostenibilidad en el largo plazo.

III.3 Sistemas superpuestos: sistema de ciudades / regiones ASSE

Un primer ejercicio desarrollado implicó la “simple” superposición de imágenes a fin de valorar los modelos superpuestos a fin de constatar, divergencias y coincidencias de los modelos aplicados.

Imagen 14: Regiones ASSE + niveles de atención + Subsistemas DINOT



En esta etapa se trabajó a escala nacional, considerando la definición de las regiones y la cobertura de los diferentes niveles asistenciales, particularmente el tercer nivel (Centro de terapia intensiva. CTI) y dentro de éste la presencia de centros públicos y privados. Esto fue puesto en diálogo con los subsistemas urbanos (ITU- DINOT) como ámbitos subnacionales que referían a aspectos funcionales del territorio, definidos por la movilidad y estructura circulatoria, por fuera de los límites político-administrativos. A partir de esta primera lectura de los mapas de regionalización y de sistemas urbanos, se considera que las actuales regiones SUR y ESTE están definidas en buen grado de correspondencia con la interpretación funcional desde los subsistemas urbanos, abarcando, tanto el Área y Región Metropolitana en el primer caso, como los subsistemas Este y Noreste en el segundo.

En tanto, las otras dos regiones (OESTE- CENTRO y NORTE), que no mostraban una vinculación con los subsistemas urbanos, fueron analizadas considerando los ámbitos delimitados y las ciudades integrantes de los subsistemas.

Esta última observación generó un primer replanteo del trabajo a fin de analizar qué herramienta podía ser útil para la coordinación asistencial entre los niveles de atención y los servicios de las RISS-R, detectando oportunidades de mejora considerando la movilidad de los usuarios, las particularidades de los niveles de atención y las implicancias territoriales.

Se abrían entonces un grupo de interrogantes:

¿Con qué datos contábamos en ese momento? ¿Qué información se transformaba en estructural y cual era coyuntural o funcional al proceso? ¿Qué procedimiento nos permitía revisar/verificar la construcción realizada por DINOT a partir de la georeferenciación de los servicios de ASSE?

III.4 Mapas isócronos

Lo isócrono refiere a aquello que se produce o se hace con un ritmo constante, con intervalos o períodos de igual duración, o en tiempos de igual duración a los de otra

cosa. Para el análisis espacial esta construcción permite definir “una línea dibujada en entorno a los puntos de conexión en que algo ocurre o llega a la misma hora”. El trazado de mapas isócronos⁷ se necesita de por lo menos dos datos, “un punto fijo” desde el que se mide distancia/tiempo y la definición de una variable de medición.

Esto permitió la lectura del territorio cubierto por los diversos niveles de atención de ASSE, simulando todas las rutas posibles por las que puede ir un vehículo en el tiempo transcurrido hasta llegar a la instalación. Para ello se consideraron los centros asistenciales como el punto de llegada, distintos medios de traslado (vehículo o a pié), y los valores límite de los tiempos de asistencia necesarios en minutos.

Imagen 15: Servicios de ASSE georreferenciados / Infraestructura vía nacional



De acuerdo al interés de ASSE y las características de los procesos asistenciales articulados en el territorio se definió al tiempo óptimo de traslado como variable de cálculo. Se definió, como variable para el trazado de los mapas, un grupo de tiempos que respondiendo a estándares internacionales, permitían verificar la capacidad de acceso a los servicios ASSE en el territorio nacional.

7 - Esta modelización de la red de transporte fue realizada con la extensión NetworkAnalyst del software ArcGis.

Criterios para la definición de las temporalidades

Para el acceso a servicios de segundo y tercer nivel de atención se consideró la distancia recorrida en auto, en períodos de 60, 120 y 240 minutos, de acuerdo al promedio de velocidad por tramo de ruta según indica el MTOP.

Para el caso del primer nivel de atención (policlínicas), se consideró una distancia recorrida a pie de 30 o 60 minutos y 30 minutos en auto.

De esta manera hubo un reconocimiento de la base territorial de ASSE, mientras que la vialidad, patrones y flujos de movilidad de personas y vehículos, fueron la variable seleccionada para analizar la cobertura considerando los recursos asistenciales instalados.

Con esta herramienta de análisis se generaron dos familias de mapas:

- » cobertura territorial por nivel de servicio.
- » reconocimiento de población servida y vacíos de cobertura.

En los mapas de tercer nivel se pudo, además, estudiar el potencial de establecer una red de complementariedad con “otros” prestadores (públicos y privados). Esto se realizó con todos los prestadores existentes independientemente de la existencia de convenios de uso con ASSE.

Mapas Primer Nivel

a. Cobertura nacional

Imagen 16

● Policlínicas ASSE

Isocrona Policlínicas ASSE

- menos de 30 min. en llegar caminando a Policlínica
- entre 30 min. y 60 min. en llegar caminando a Policlínica
- menos de 30 min. en llegar en vehículo a la Policlínica

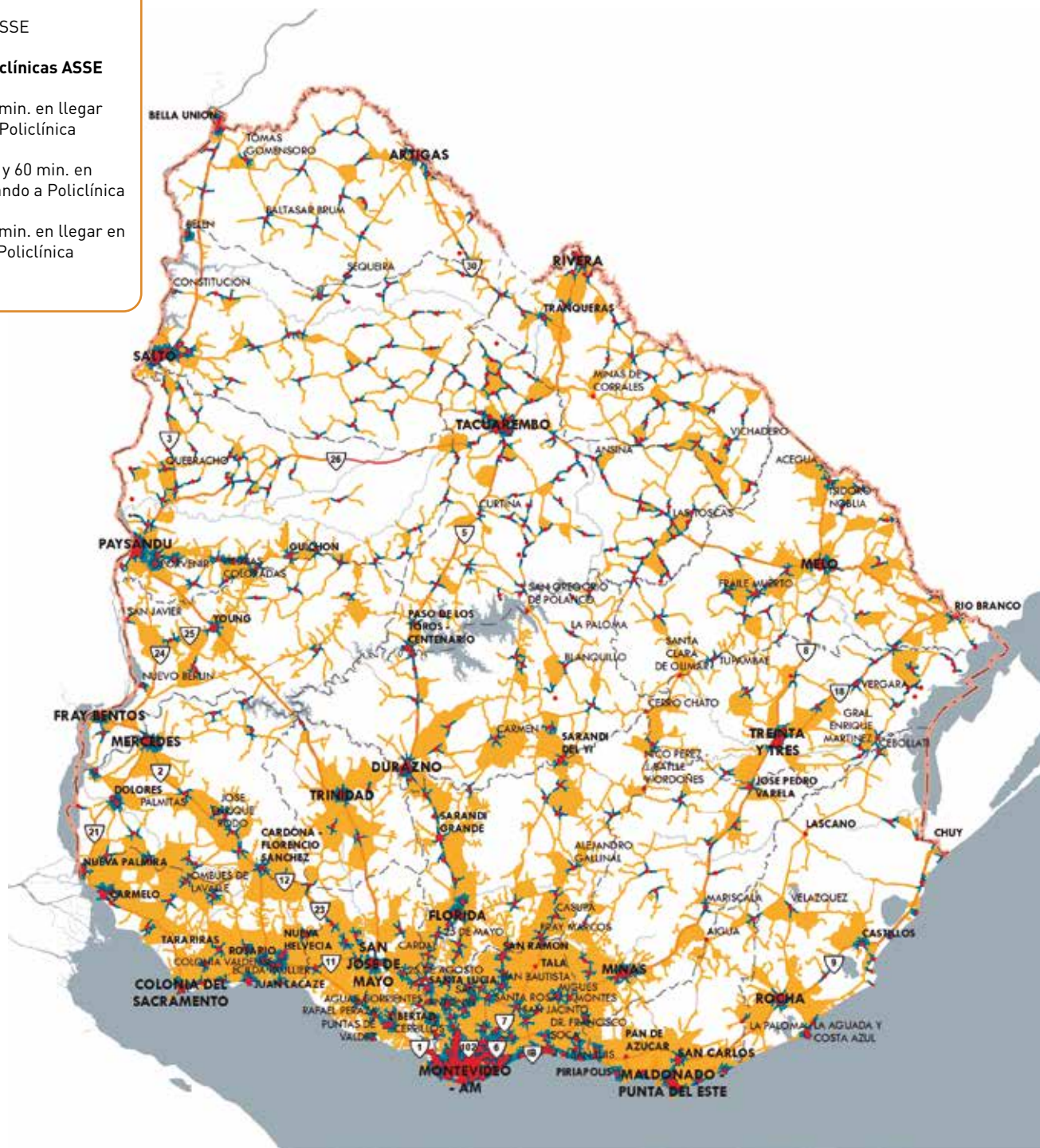


Imagen 17: Primer nivel detalle



Detalle 1 - Oeste de Montevideo



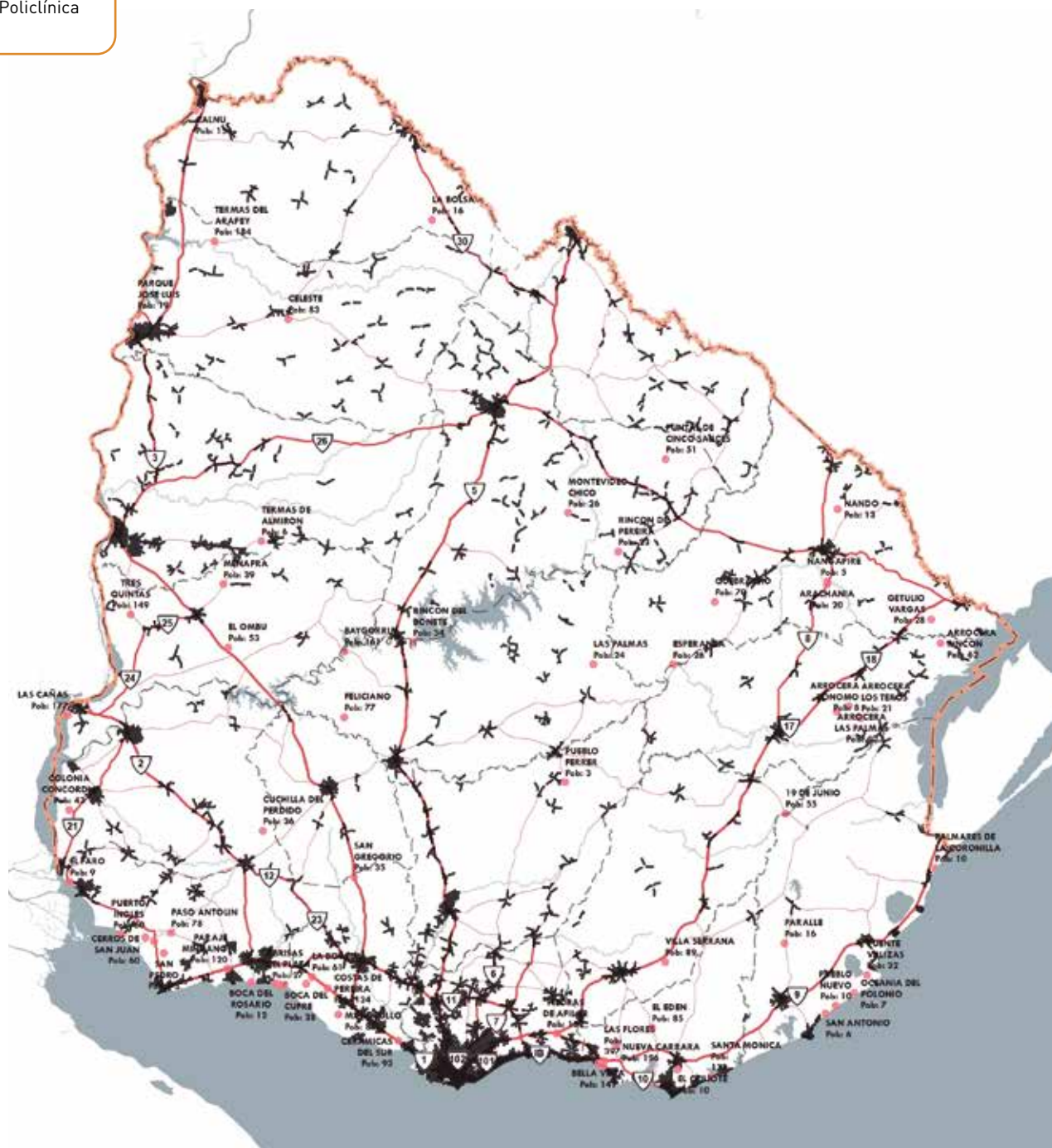
Detalle 2 - Paso de los Toros / Centenario

b. Población servida y vacíos de la cobertura

Imagen 18

Localidades a más de 60 min. caminando - Primer Nivel de Atención

- menos de 1.000 hab.
- menos de 60 min. en llegar caminando a la Policlínica



c. Valoración de los mapas

Cobertura:

Del trazado y la observación de este mapa se valora que su realización a nivel nacional no permite visualizar cabalmente el área de cobertura. Esto se debe a que el par distancia/tiempo relativo a las policlínicas responde a una atención de cercanías necesitando por tanto un mayor acercamiento a nivel territorial (mapas con recortes de acercamiento urbano o suburbano) para verificar el territorio cubierto por los servicios de ASSE.

A este fin se agregaron dos detalles urbanos, Oeste de Montevideo y Paso de los Toros / Centenario, para visualizar el área de cobertura en la escala correcta.

Población servida y vacíos de la cobertura:

Al cotejar las isócronas con la georreferenciación de los centros poblados y su población (dato INE) se observa que todos los centros poblados con población mayor a 1.000 habitantes tienen cobertura de ASSE.

Únicamente se reconoce un cúmulo de centros poblados que distan entre sí 2.5 km y cuya población total es similar a esta cuantía, el caso de los balnearios Las Flores (241 habitantes) y Bella Vista (141 habitantes) y el Pueblo Las Flores (307 habitantes).

Mapas Segundo Nivel

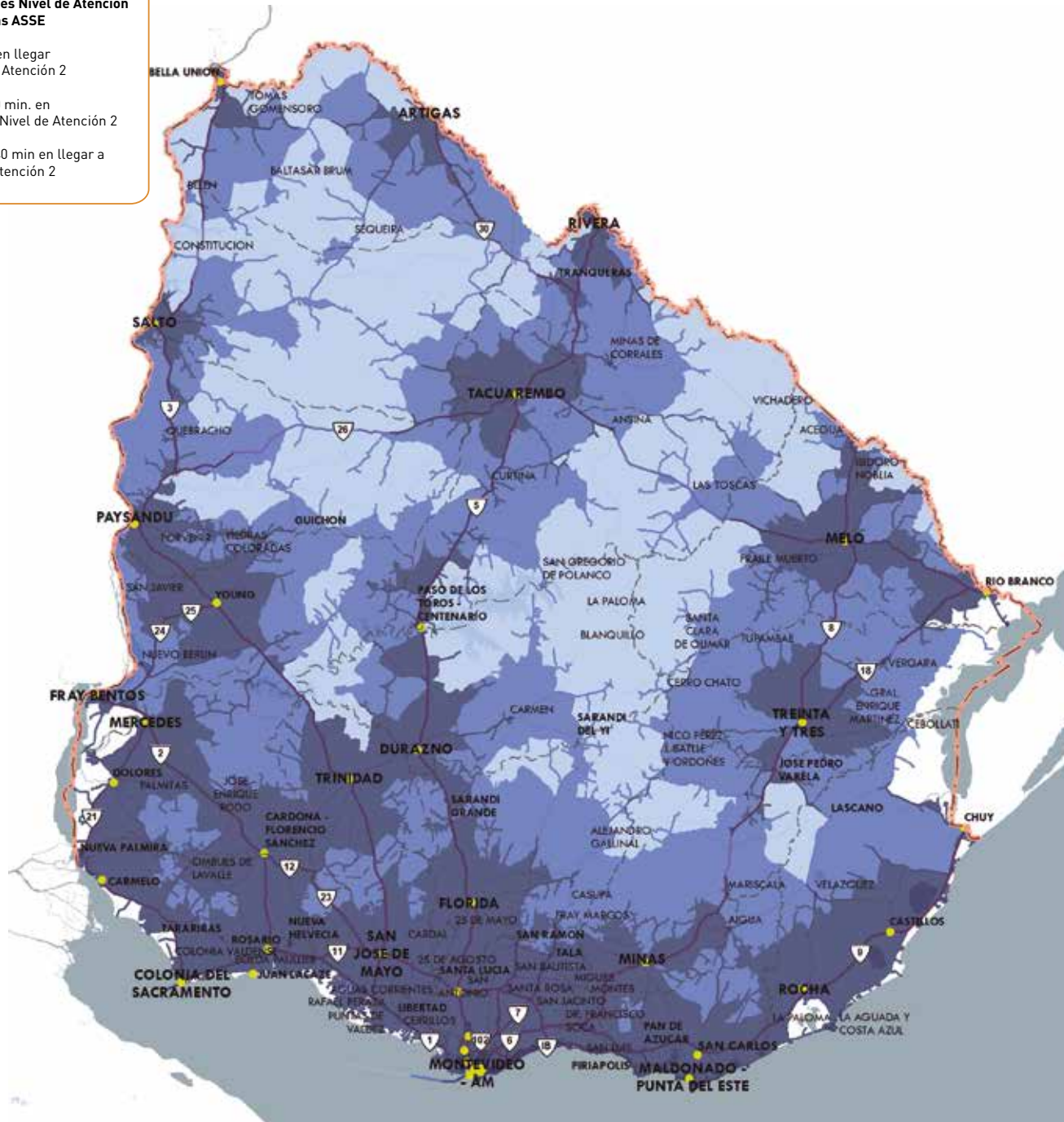
a. Cobertura territorial

Imagen 19

- Hospitales de Atención 2_ ASSE

Isocronas Hospitales Nivel de Atención 2_ ASSE Policlínicas ASSE

- menos de 60 min. en llegar a Hospital Nivel de Atención 2
- entre 60 min. a 120 min. en llegar a Hospital Nivel de Atención 2
- entre 120 min. a 240 min en llegar a Hospital Nivel de Atención 2



b. Población servida y vacíos de la cobertura

Imagen 20: 60 minutos en auto.

Localidades a más de 60 min. en auto. Segundo Nivel de Atención. ASSE.

- menos de 1.000 hab.
- de 1.000 a 3.000 hab.
- de 3.000 a 5.000 hab.
- de 5.000 a 20.000 hab.
- Hospitales Segundo Nivel de Atención. ASSE.
- menos de 60 min. en llegar a Hospital Nivel de Atención 2

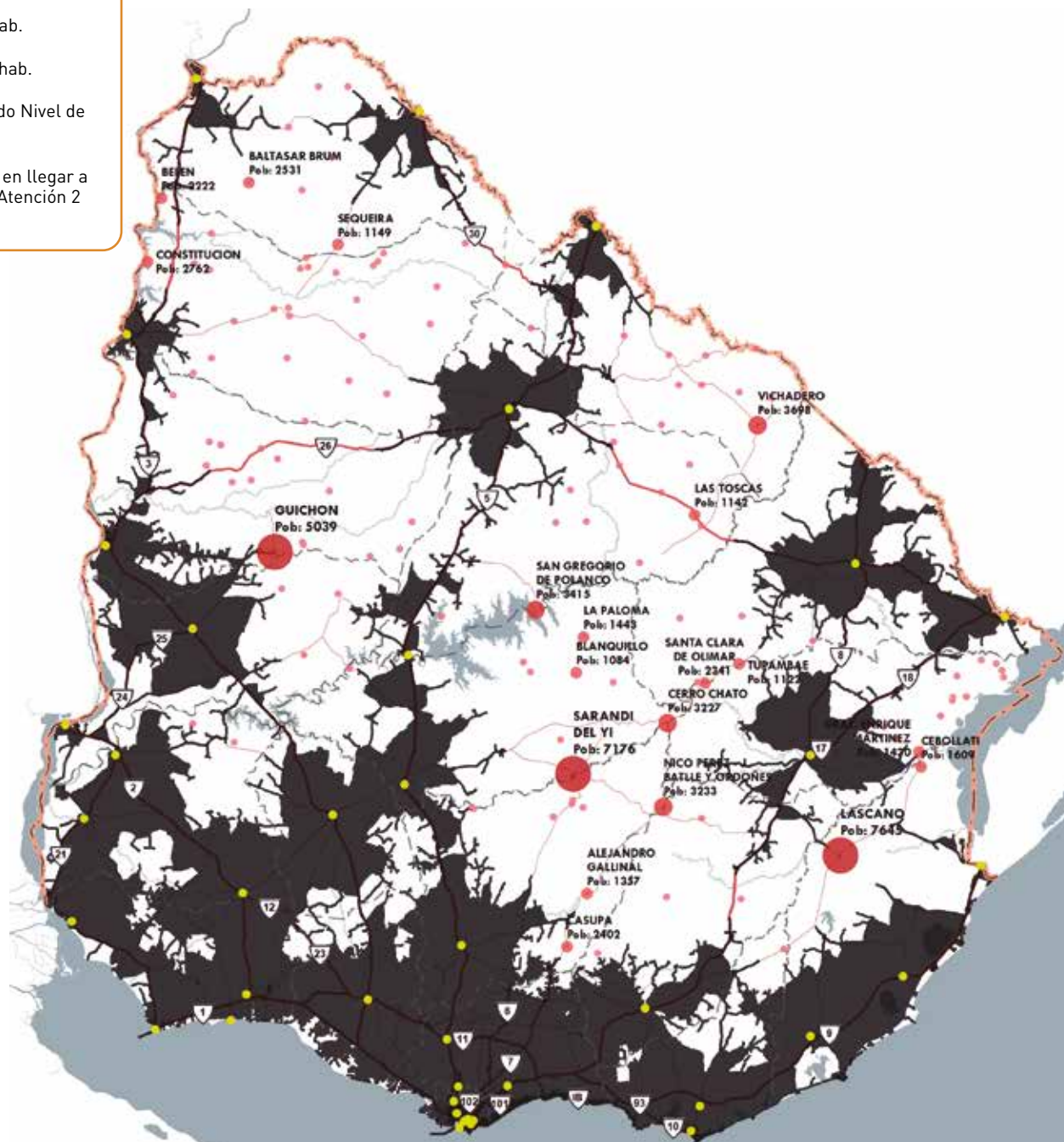


Imagen 21: 120 minutos en auto.

Localidades a más de 120 min. en auto - Segundo Nivel de Atención. ASSE

- menos de 1.000 hab.
- de 1.000 a 3.000 hab.
- de 3.000 a 5.000 hab.
- de 5.000 a 20.000 hab.
- Hospitales Segundo Nivel de Atención. ASSE.
- menos de 120 min. en llegar a Hospital Nivel de Atención 2

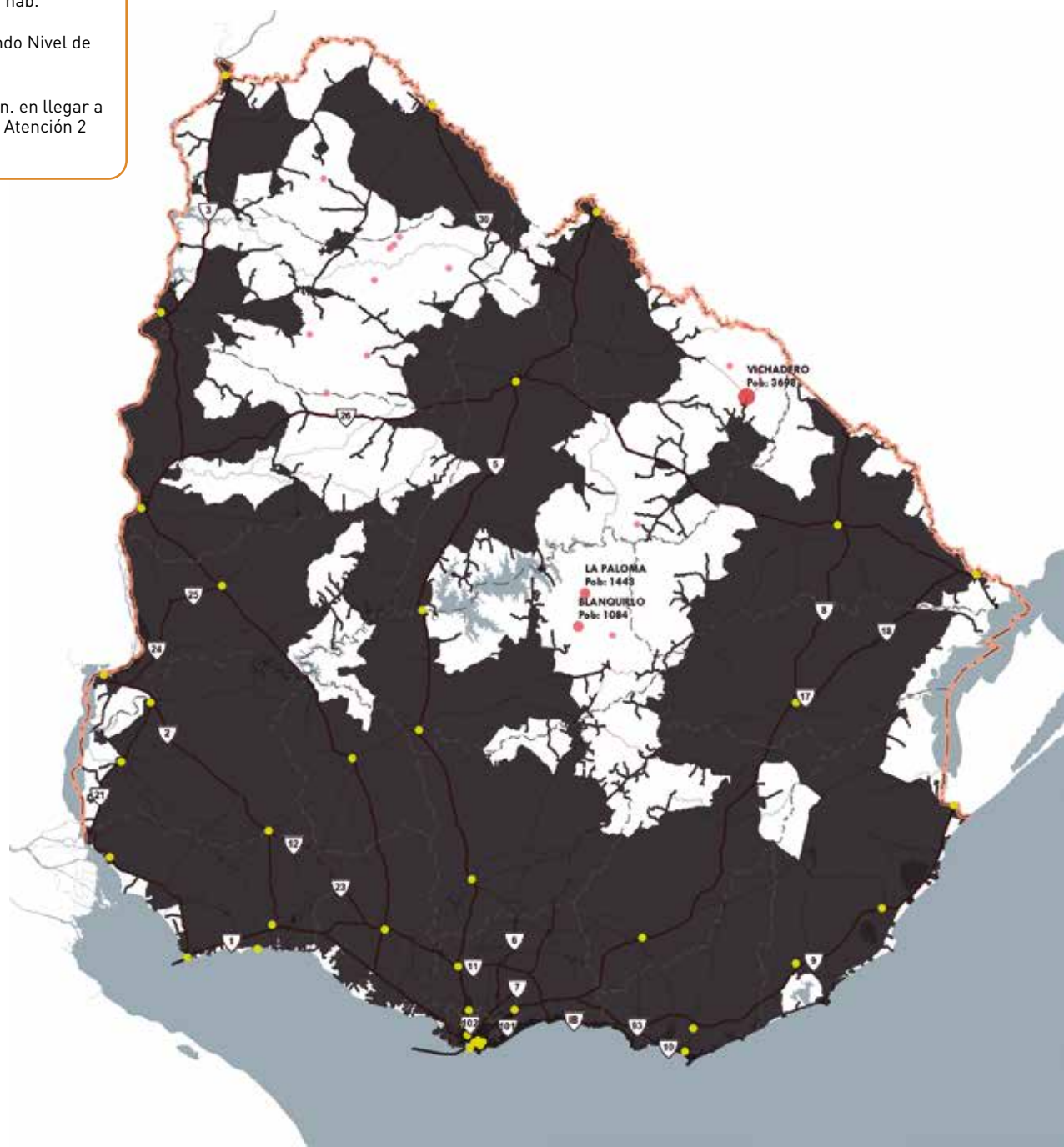
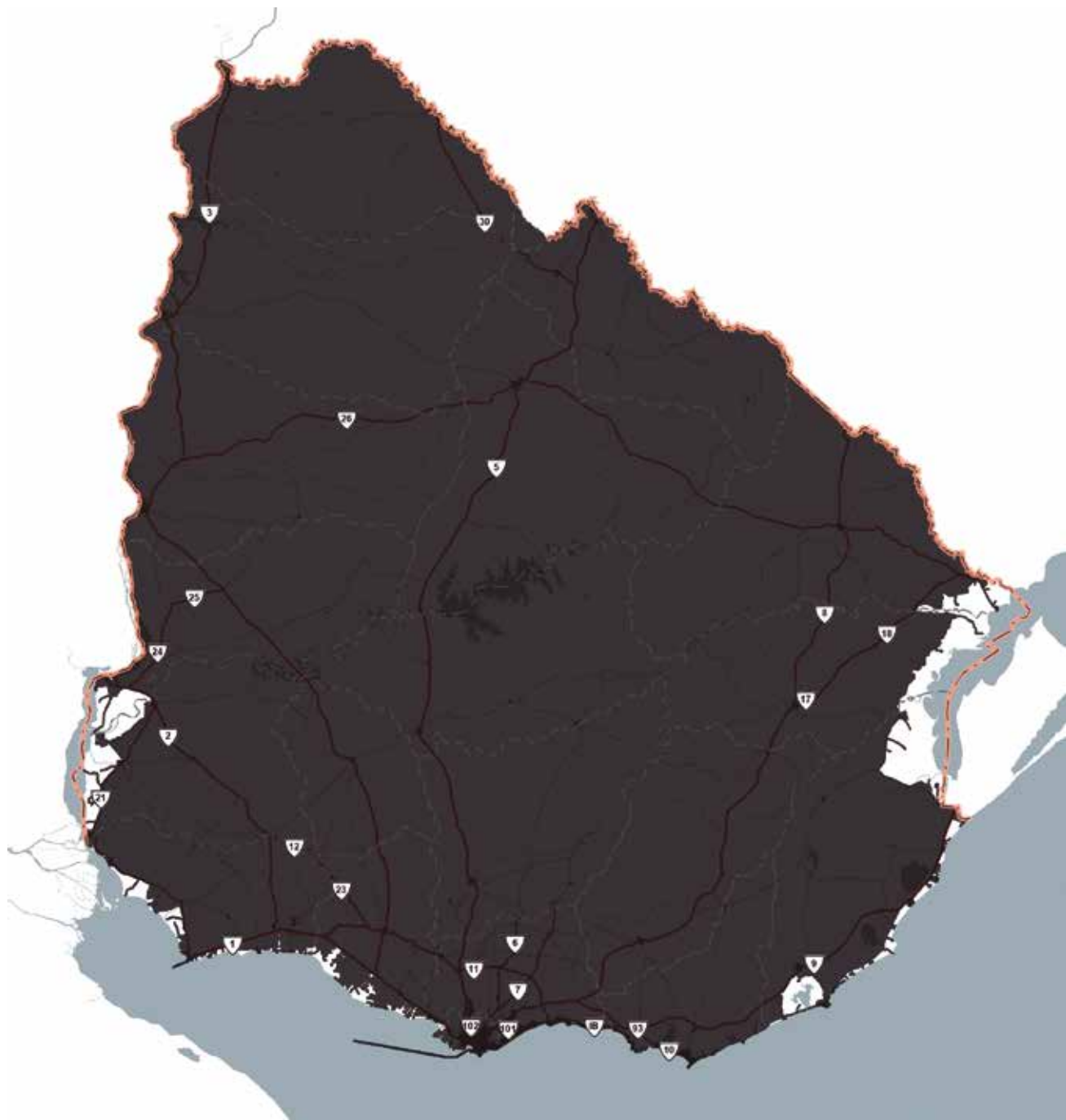


Imagen 22: 240 minutos en auto.

Menos de 240 min. en llegar a Hospital Segundo Nivel de Atención ASSE



c. Valoración de los mapas

Cobertura:

Se observa que la cobertura territorial de ASSE segundo nivel es casi total. Los territorios sin cobertura podrían ser definidos como “de frente costero”:

- » Sobre el Río Uruguay
- » Entre Fray Bentos y Nueva Palmira
- » Entre Nueva Palmira y Colonia del Sacramento
- » Entre Colonia del Sacramento y Ciudad del Plata (de “forma salpicada”)
- » Sobre Laguna de Rocha
- » Sobre el océano atlántico entre La paloma y Chuy (de “forma salpicada”)
- » Sobre la Laguna Merín.

Es posible reconocer cierto patrón estructural de la infraestructura vial existente en estos territorios, su desarrollo responde a un trazado “en peine” habilitando por tanto el acceso al territorio circundante de forma puntal.

Población servida y vacíos de la cobertura:

Al cotejar las isócronas de 60 y 120 minutos con la georreferenciación de los centros poblados y su población (dato INE) se observa sin embargo que son pocas las poblaciones de mayor cuantía poblacional que quedan fuera del área servida por ASSE desde los centros de segundo nivel de atención.

De estos se deben destacar tres centros poblados de más de 1000 habitantes, Vichadero (en el departamento de Rivera) y las poblaciones de La Paloma y Blanquillo en el departamento de Durazno.

Estos, sin embargo, son cubiertos al observar los mapas de cobertura de 240 minutos contentándose la primera observación sobre los “territorios de frente costero”.

Mapas Tercer Nivel

a. Cobertura territorial

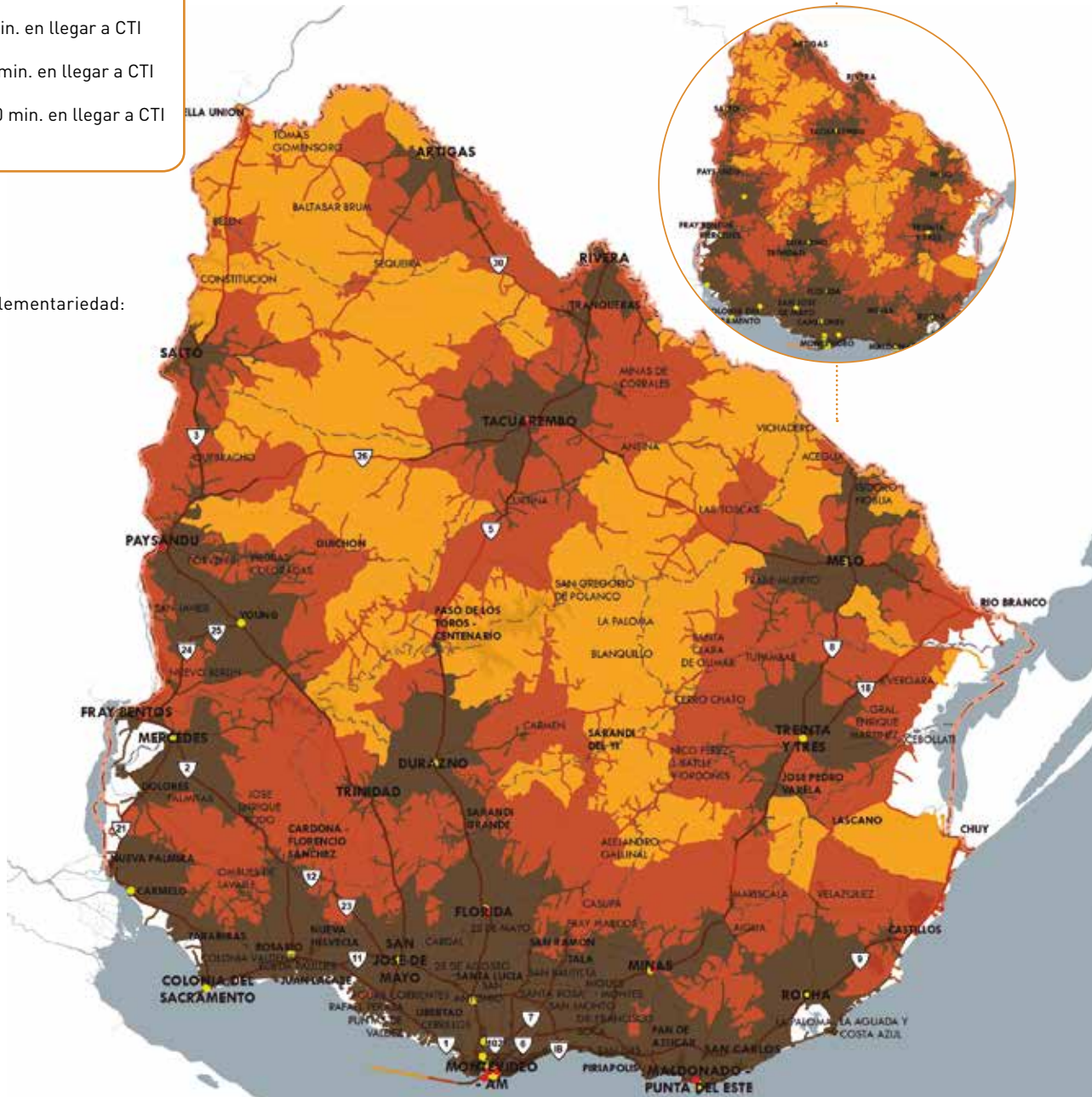
Imagen 23: CTI Adultos

- CTI Adulto - ASSE
- CTI Adulto - Otros

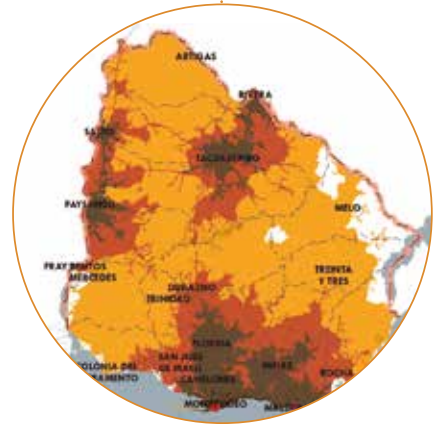
Isocronas CTI Adultos TOTAL

- Menos de 60 min. en llegar a CTI
- Entre 60 y 120 min. en llegar a CTI
- Entre 120 a 240 min. en llegar a CTI

Mapa de Complementariedad:



Cobertura ASSE



Cobertura otros prestadores

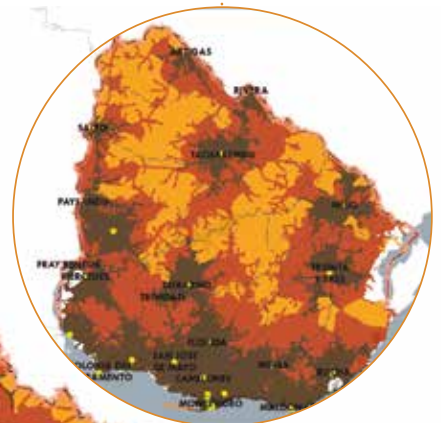


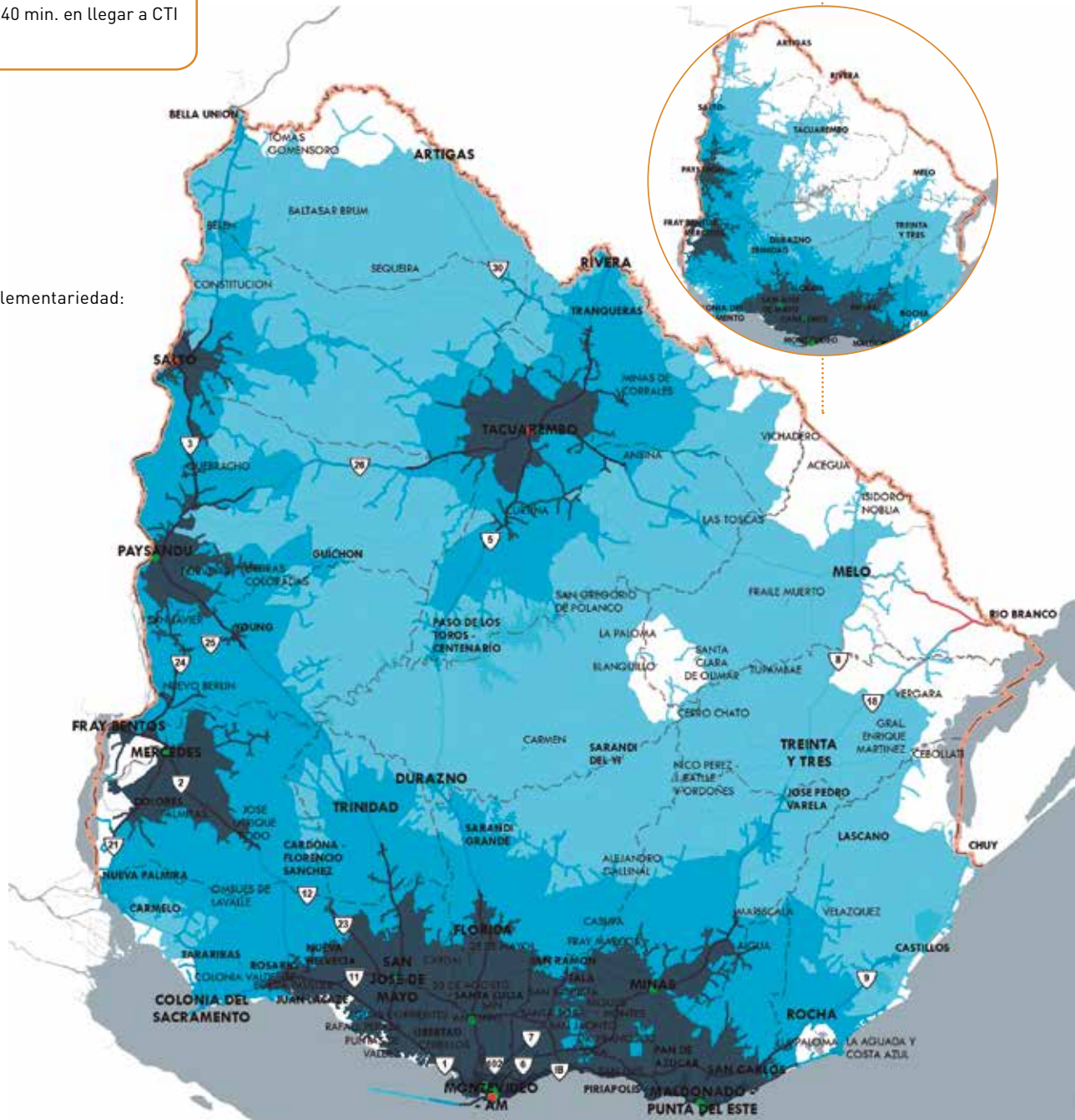
Imagen 24: CTI Pediátrico

- CTI Pediátrico - ASSE
- CTI Pediátrico - Otros

Isocronas CTI Pediátrico TOTAL

- Menos de 60 min. en llegar a CTI
- Entre 60 y 120 min. en llegar a CTI
- Entre 120 a 240 min. en llegar a CTI

Mapa de Complementariedad:



Cobertura ASSE

Cobertura otros prestadores

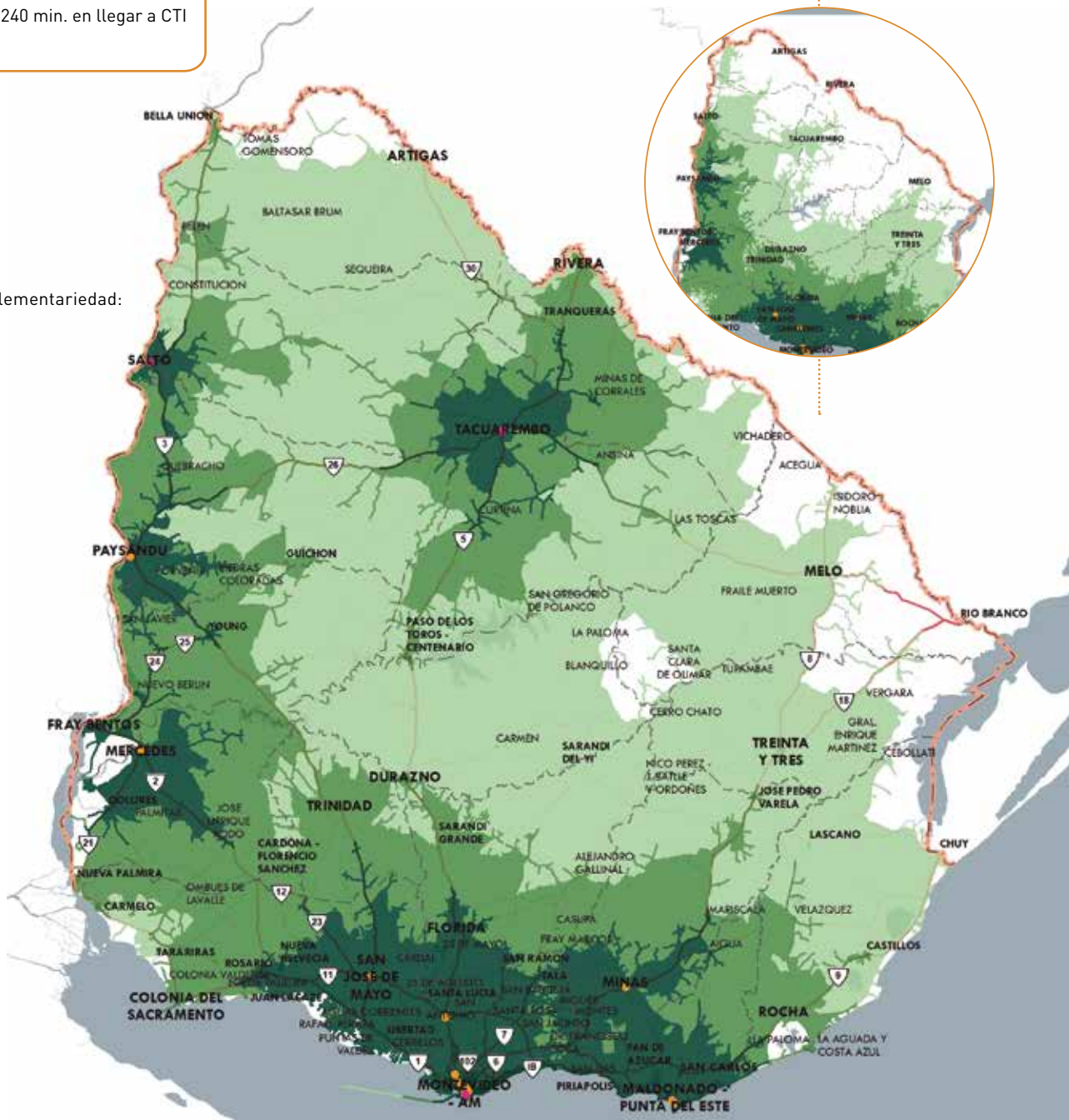
Imagen 25: CTI Neonatal

- CTI Neonatal - ASSE
- CTI Neonatal - Otros

Isocronas CTI Neonatal TOTAL

- Menos de 60 min. en llegar a CTI
- Entre 60 y 120 min. en llegar a CTI
- Entre 120 a 240 min. en llegar a CTI

Mapa de Complementariedad:



Cobertura ASSE

Cobertura otros prestadores

b. Población servida y vacíos de la cobertura – CTI adultos

Imagen 26: ASSE 60 minutos en auto.

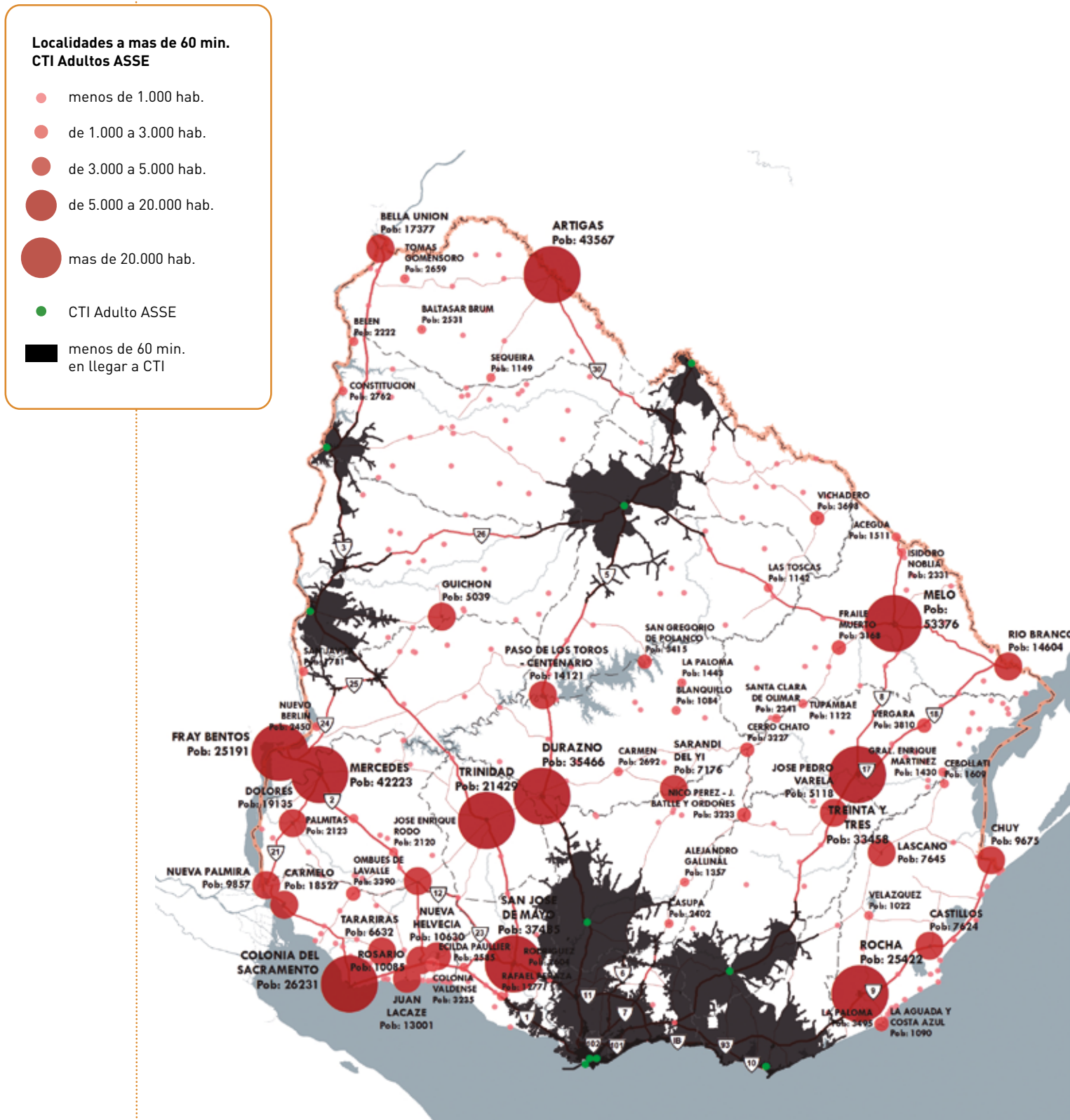


Imagen 27: Complementariedad de servicios 60 minutos en auto.

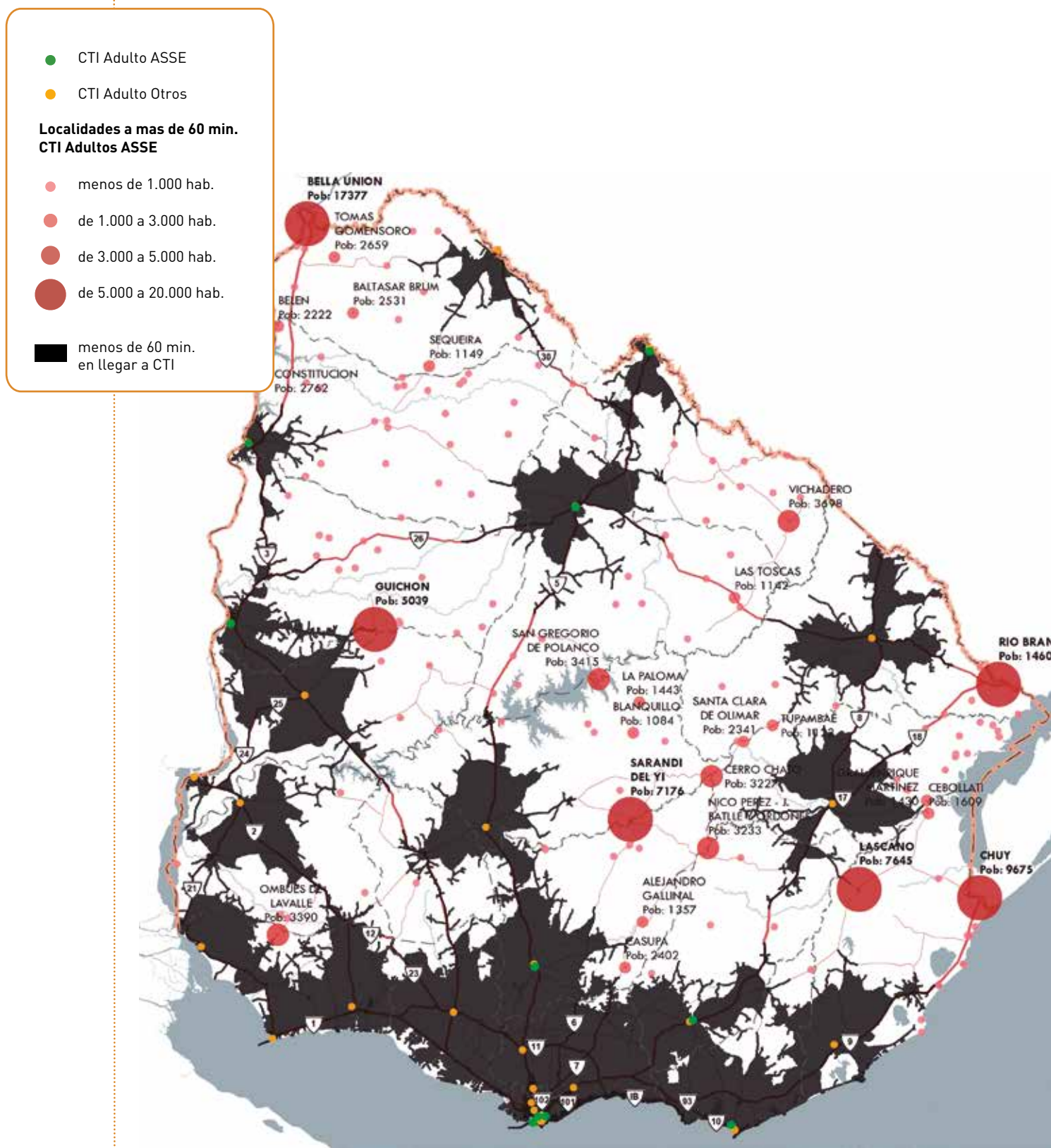


Imagen 28: ASSE 120 minutos en auto.

**Localidades a más de 120 min.
CTI Adultos ASSE**

- menos de 1.000 hab.
- de 1.000 a 3.000 hab.
- de 3.000 a 5.000 hab.
- de 5.000 a 20.000 hab.
- más de 20.000 hab.

● CTI Adulto ASSE

■ menos de 120 min. en llegar a CTI

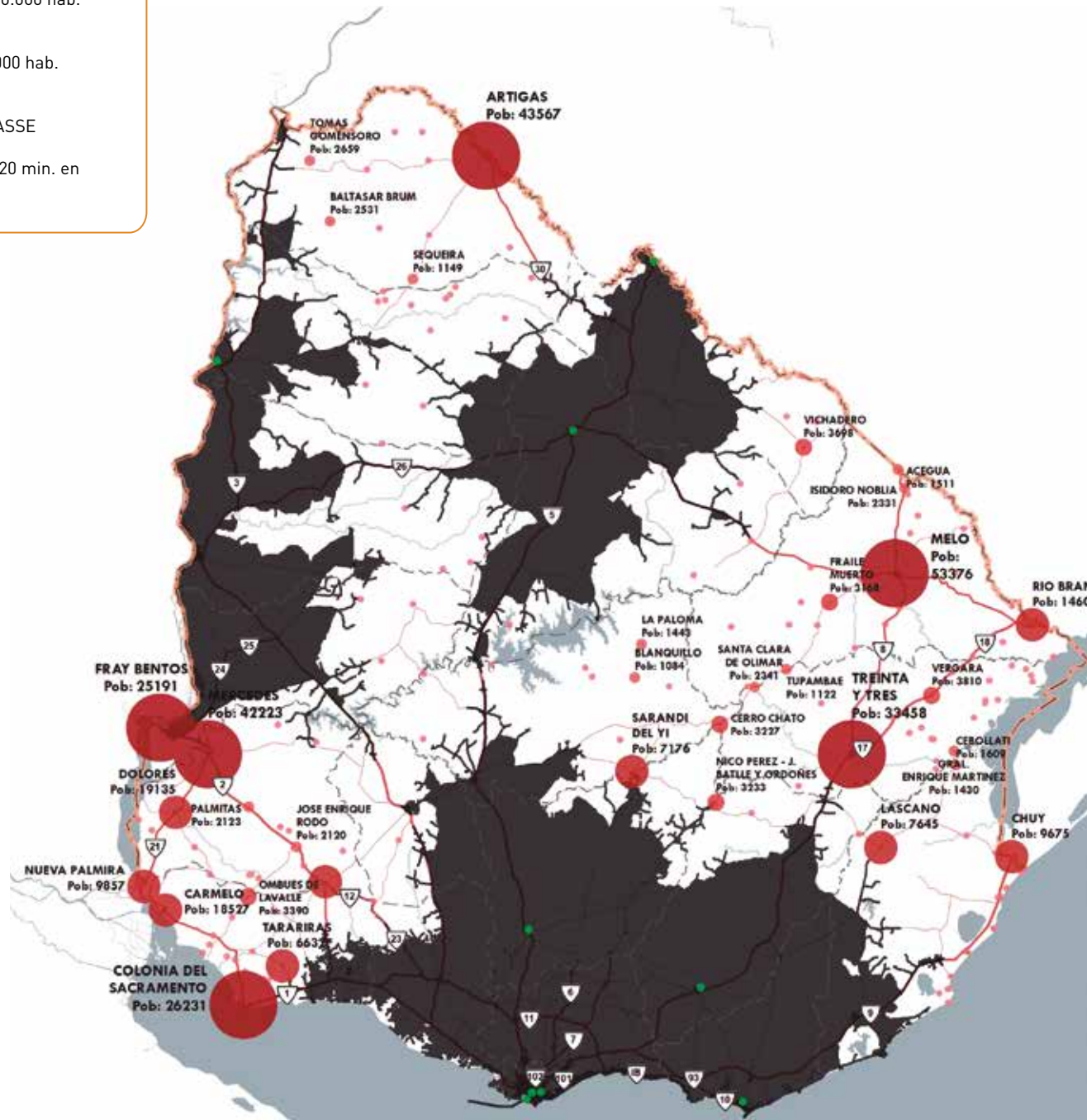


Imagen 29: Complementariedad de servicios 120 minutos en auto.

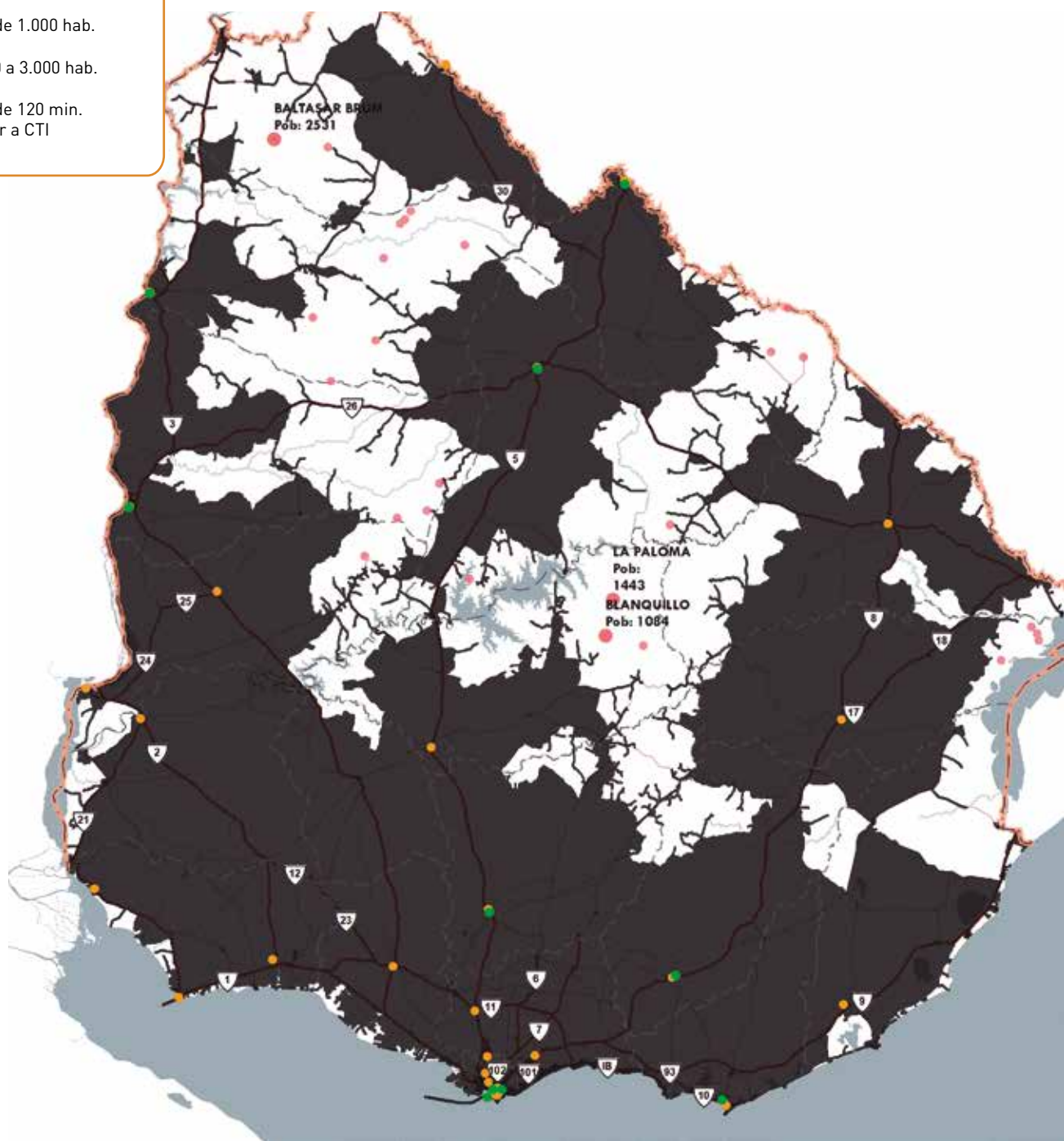
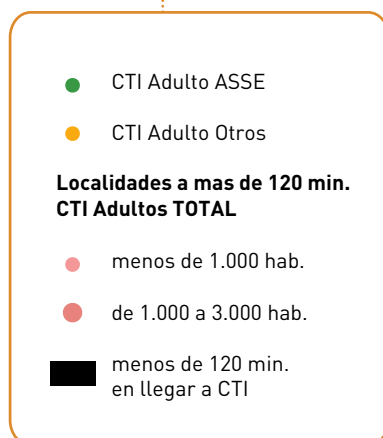


Imagen 30: ASSE 240 minutos en auto.

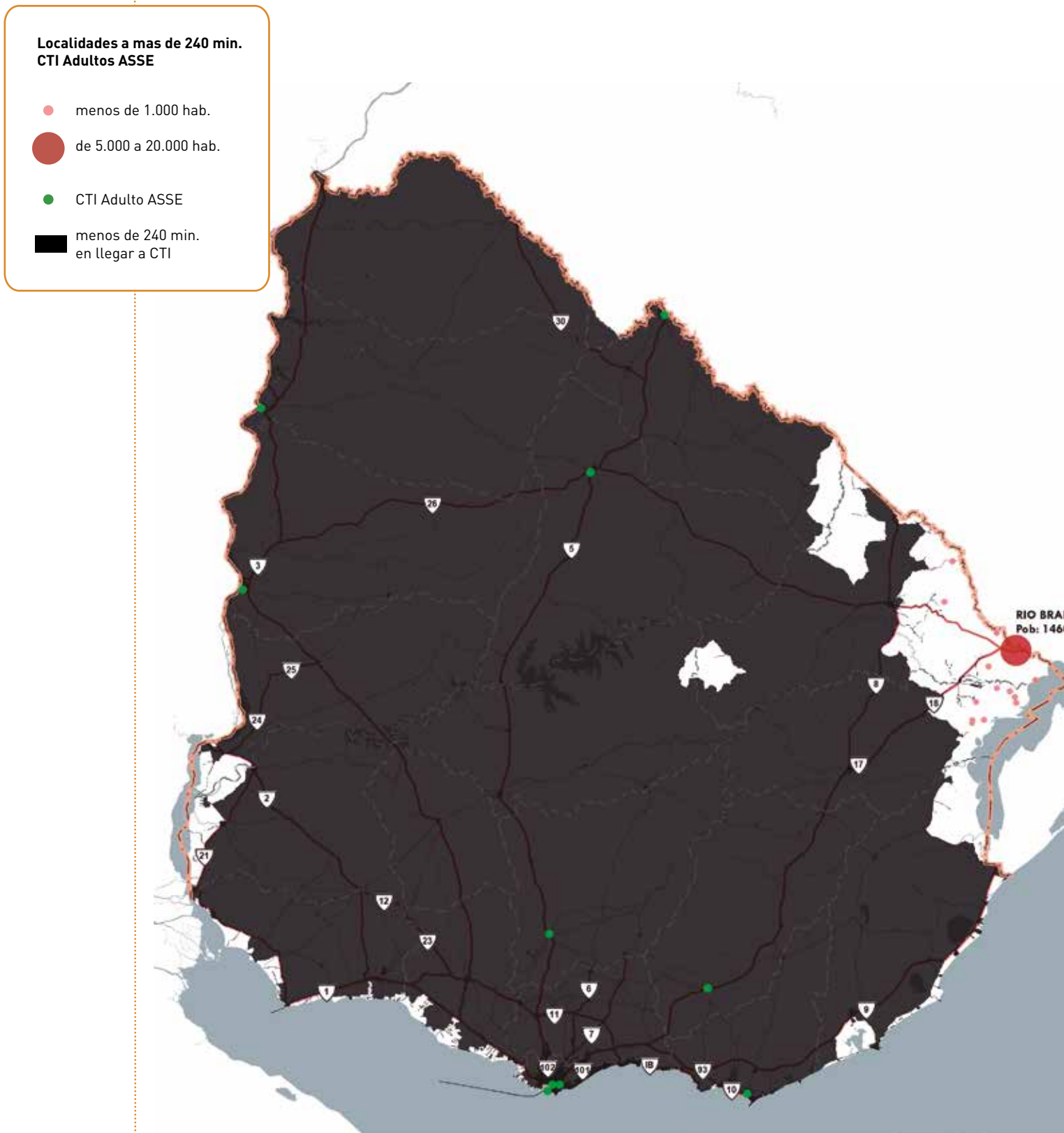
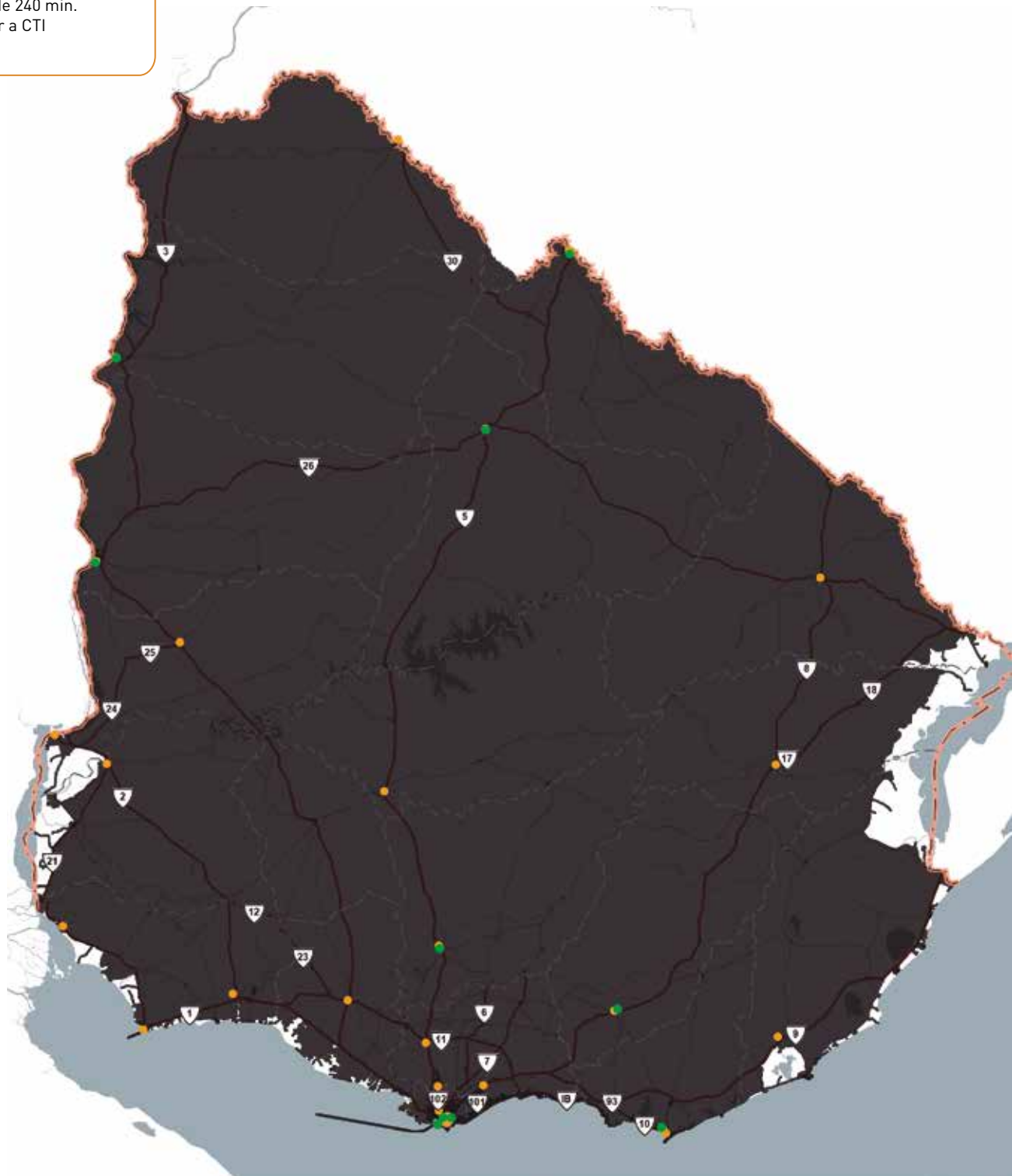


Imagen 31: Complementariedad de servicios 240 minutos en auto.

- CTI Adulto ASSE
- CTI Adulto Otros
- menos de 240 min. en llegar a CTI



c. Valoración de los mapas

Una primera valoración del tercer nivel de atención es que el área de cobertura de ASSE en el territorio del Uruguay es la de mayor extensión.

El tercer nivel de atención (CTI) de los “otros prestadores”, se concentra en las principales ciudades ubicadas “bajo” el Río Negro con excepción de solo dos casos: el CTI de Adultos la Cooperativa de asistencia médica de Young (CAMY) y el CTI neonatal de la Cooperativa médica Paysandú (COMEPA).

Cobertura:

Los patrones de cobertura territorial de ASSE del **tercer nivel de adultos** son similares a los ya comentados en el segundo nivel. Los territorios sin cobertura podrían ser definidos como “de frente costero”:

- » Sobre el Río Uruguay
- » Entre Fray Bentos y Nueva Palmira
- » Entre Nueva Palmira y Colonia del Sacramento
- » Entre Colonia del Sacramento y Ciudad del Plata (de “forma salpicada”)
- » Sobre Laguna de Rocha
- » Sobre el océano atlántico entre La paloma y Chuy (de “forma salpicada”)
- » Sobre la Laguna Merín.

Observándose en este caso un área desprovista de cobertura ASSE en la zona sur este del departamento de Cerro Largo y noreste de Treinta y Tres y Rocha y la ciudad de Río Branco.

Estas últimas áreas quedan bajo cobertura al trabajar el mapa en términos de complementariedad de servicios dado las ciudades de Melo y Treinta y tres cuentan con el servicio dado por otros prestadores, no así las primeras.

Los casos de CTI pediátrico y neonatal repiten el patrón anterior sin lograr en los mapas de cobertura complementaria cubrir el área carente de cobertura en la zona nor-sureste del país, el frente costero de la Laguna Merín y una “banda” de espesor variable de territorio limítrofe con Brasil contenido entre las ciudades de Río Branco y Vichadero.

Población servida y vacíos de la cobertura:

Este ejercicio se realizó solo para los CTI de adultos.

La georreferenciación de los centros poblados y su población (dato INE) en relación a las isócronas de 60, 120 y 240 minutos, se observa, nuevamente, que son pocas las poblaciones de mayor cuantía poblacional que quedan fuera del área servida por ASSE desde los centros de tercer nivel de atención.

La ciudad de Río Branco y cuatro centros poblados mayores a 1000 habitantes son los que se encuentran fuera del área de cobertura: Vichadero (en el departamento de Rivera), las poblaciones de La Paloma y Blanquillo (en Durazno) y Baltasar Brum (en Artigas). Esta condición no se revierte en los mapas de complementariedad.

Otros centros poblados que se encuentran en áreas cuya cobertura en términos generales también se ve reducida son los de la zona oeste de los departamentos de Artigas, Salto y Paysandú, a medio camino entre las rutas 3 y 5; una segunda zona que implica áreas circundantes a la ruta 7 en los departamentos de Durazno, Tacuarembó, Treinta y Tres, así como sectores del departamento de Rivera en el entorno de las rutas 6 y 44. Sin embargo, corresponde aclarar que en el caso de la población (datos censo INE 2011) con CTI de adultos a menos de dos horas es de alrededor de 3.000.000 habitantes, es decir un 93 % de la población total del país.

III. 5 Primera propuesta de reorganización

A partir del trabajo con los mapas isócronos es posible valorar y redefinir el rol de las subregiones. Desde la perspectiva de la construcción de una red integrada de servicios de salud de base regional, se muestran como el ámbito de mayor riqueza y potencialidad para trabajar de forma integrada los procesos asistenciales, propiciando articulaciones entre niveles de atención y acceso a equipamiento y recursos humanos. Esto también permite apreciar las complementariedades con el subsector privado.

Ámbito subregional

En un inicio las subregiones fueron definidas como articuladoras de las regiones: “las regiones se organizan en subregiones, dándoles flexibilidad funcional y capacidad adaptativa a los cambios epidemiológicos, estacionales, de accesibilidad y de disponibilidad de recursos” (ASSE, 2014; 61).

En este caso, se ve clave sacar partido de aquella visión de la subregión como ámbito flexible y adaptativo y las lecturas funcionales del territorio surgidas del estudio SUN que dieron lugar a las relecturas de las regiones a escala nacional. Allí, al referirse, en términos de sistemas complejos a los límites entre subsistemas urbanos, se consideran “permeables y cambiantes. Un centro urbano puede ser interpretado como perteneciente, en un momento dado, a distintos sistemas, de acuerdo a diversas variables, así como a distintos sistemas de acuerdo a una misma variable. El límite de un sistema de ciudades no debe ser visto como una frontera estrictamente delimitada, sino más bien como una membrana más o menos permeable” (ITU, 2016; citando a Bretagnolle, 2010).

Se propone, por tanto, en base a las observaciones realizadas de los mapas de isócronas, de la cobertura de atención y de la continuidad de los entornos territoriales definidos por estas, un ajuste a las actuales subregiones de ASSE.

La modificación de su anterior delimitación implica desandar una estructura de matriz “departamental”, que tomaba en cuenta los departamentos como unidad a la hora de determinarlas, salvo en los casos de San José, Colonia y Artigas; a una nueva definición que responda a la conformación de los corredores viales y el sistema de ciudades, manteniendo si los límites regionales.

Mapas de lectura preliminar:

Imagen 32: Subregiones ASSE

/

Imagen 33: Sistema de ciudades DINOT

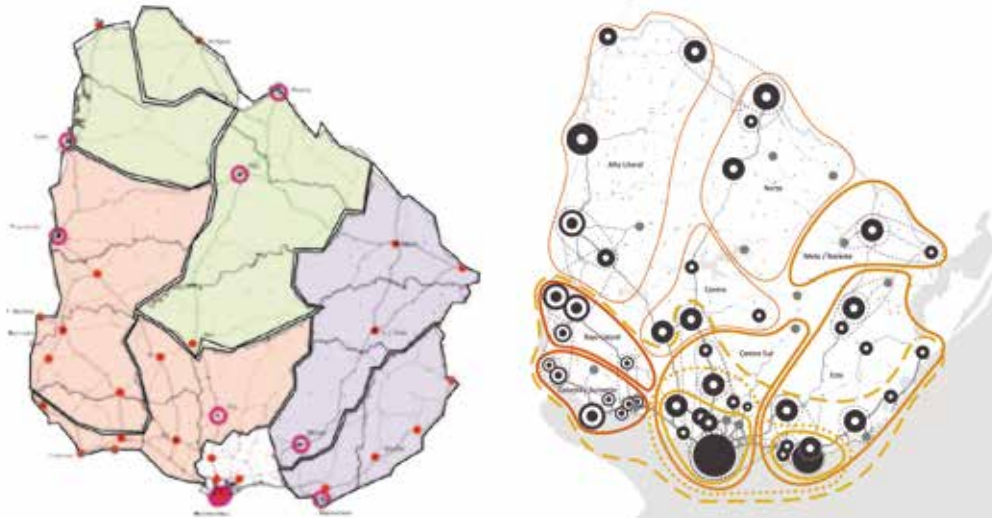
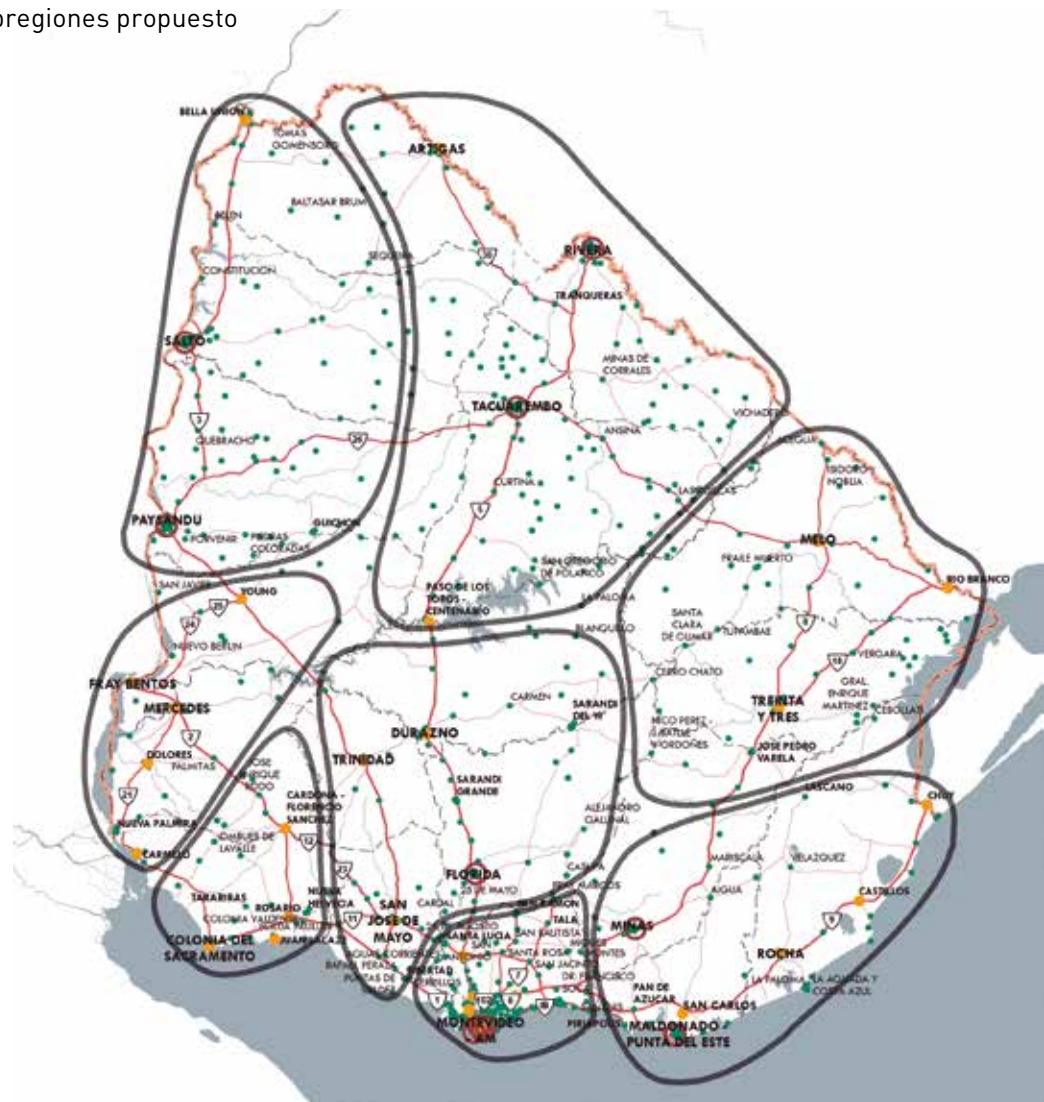
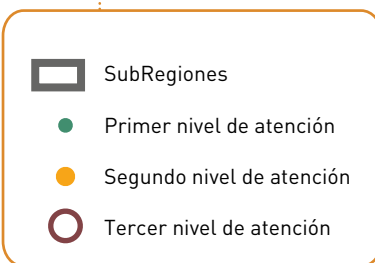


Imagen 34: Mapa de subregiones propuesto



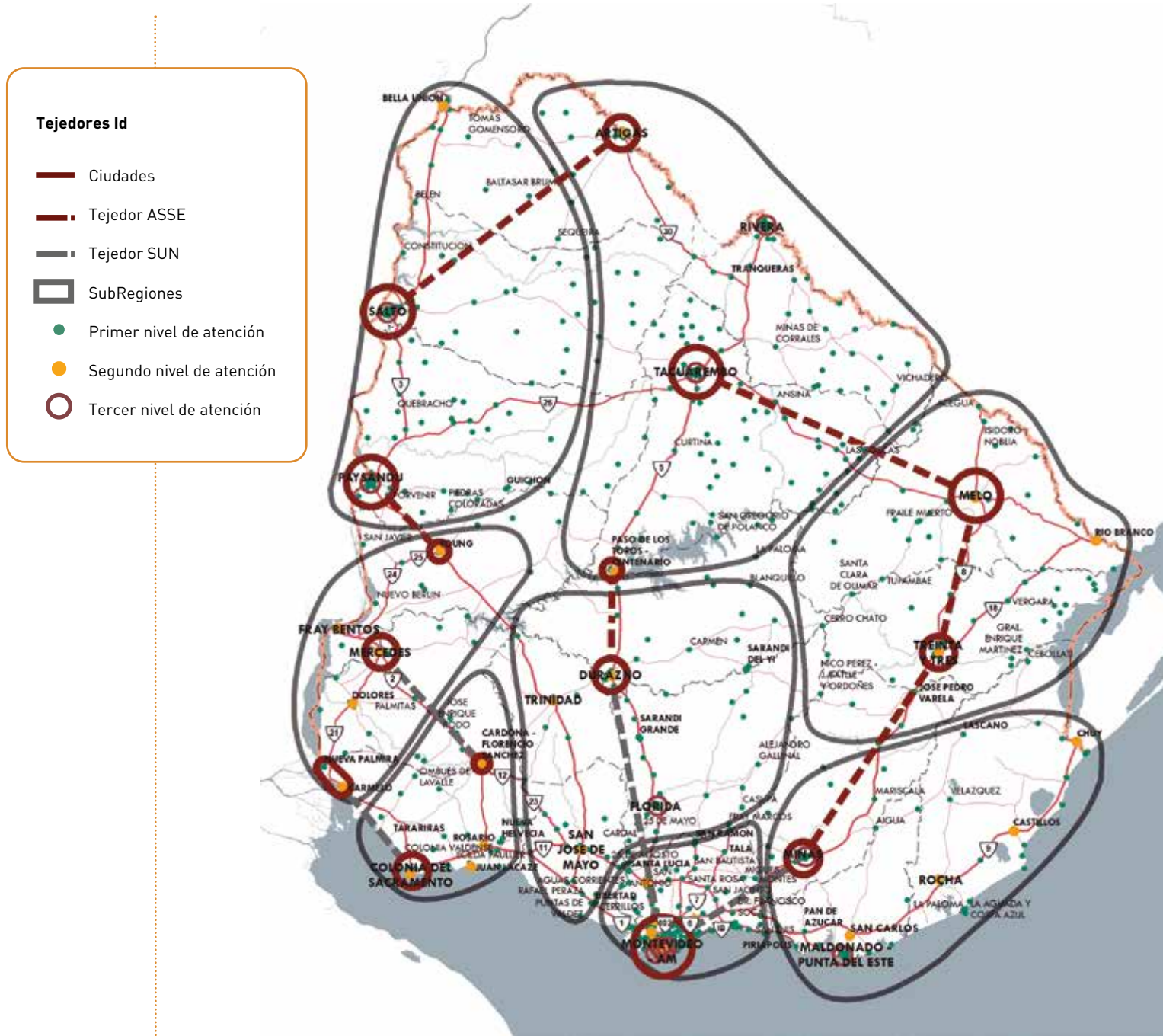
Dentro de este abordaje a la interna, y entre regiones, donde se jerarquiza la movilidad de los usuarios y recursos, cobró especial atención la definición de ámbitos de cobertura respecto al tiempo de acceso a los servicios, detectando oportunidades de mejora considerando la movilidad de los usuarios, las particularidades de los niveles de atención y las implicancias territoriales.

Avanzando en esta construcción se reconoce a las subregiones o los ámbitos dentro de las regiones como oportunidad para explorar las relaciones de competencia y complementariedad entre ciudades o entre entidades territoriales menos rígidas, con límites porosos o permeables. De esta manera, la articulación entre los territorios de los diferentes niveles de atención y entre actores públicos y privados en el marco del SNIS, dentro de las regiones, o entre ellas, ha sido abordada tomando en cuenta dos conceptos que surgen de la experiencia de gestión de ASSE.

Se proponen dos figuras conceptuales que buscan resaltar estas relaciones, intra e inter regionales:

- » “Tejedores”: para los pares o ternas de ciudades definidos a partir de las relaciones distancia/ tiempo, a fin de propiciar su complementariedad en términos de niveles de atención y equipamiento, considerando la infraestructura conectiva (tipo y estado de ruta) y amplia disponibilidad de transporte público interurbano.
- » “Corredor Asistencial”: refiere a la expresión territorial de infraestructura y eventos asistenciales entre diferentes niveles de atención, dispuestos en torno a estructuradores viales de escala nacional, que permite un aprovechamiento óptimo de los recursos instalados y un desplazamiento eficaz de pacientes y recursos.

Imagen 35: Mapa de subregiones con tejedores



Se propone visualizar redes subregionales que no respeten los límites departamentales y le den flexibilidad a la estructura para adaptar los mapas de derivación a la movilidad urbana y la cartera de servicios. Desde estas se constituirán las subregiones (o subsistemas)

Ámbito regional

Como lectura de síntesis de esta primera etapa de construcción colectiva se ha llegado a la propuesta de ajuste de regiones a partir del acercamiento y revisión de las subregiones, tomando en cuenta los subsistemas urbanos, el conocimiento del territorio y gestión de ASSE.

Así se prefiguran ámbitos de complementación y articulación en base a límites no excluyentes y el trasvase entre regiones a partir de los tejedores. Para la reconfiguración regional se acordó trabajar respetando tres orientaciones generales:

- » Respetar la “base cuatro” de la Regionalización.
- » Respetar los límites departamentales para las Regiones. Salvo para el caso del Área metropolitana, que incorpora “Ciudad del Plata” a los departamentos de Canelones y Montevideo.
- » Visualizar posibles redes subregionales que no respeten los límites departamentales y le den flexibilidad a la estructura para adaptar los mapas de derivación a la movilidad urbana y la cartera de servicios.

Se propone entonces modificar la siguiente estructura regional:

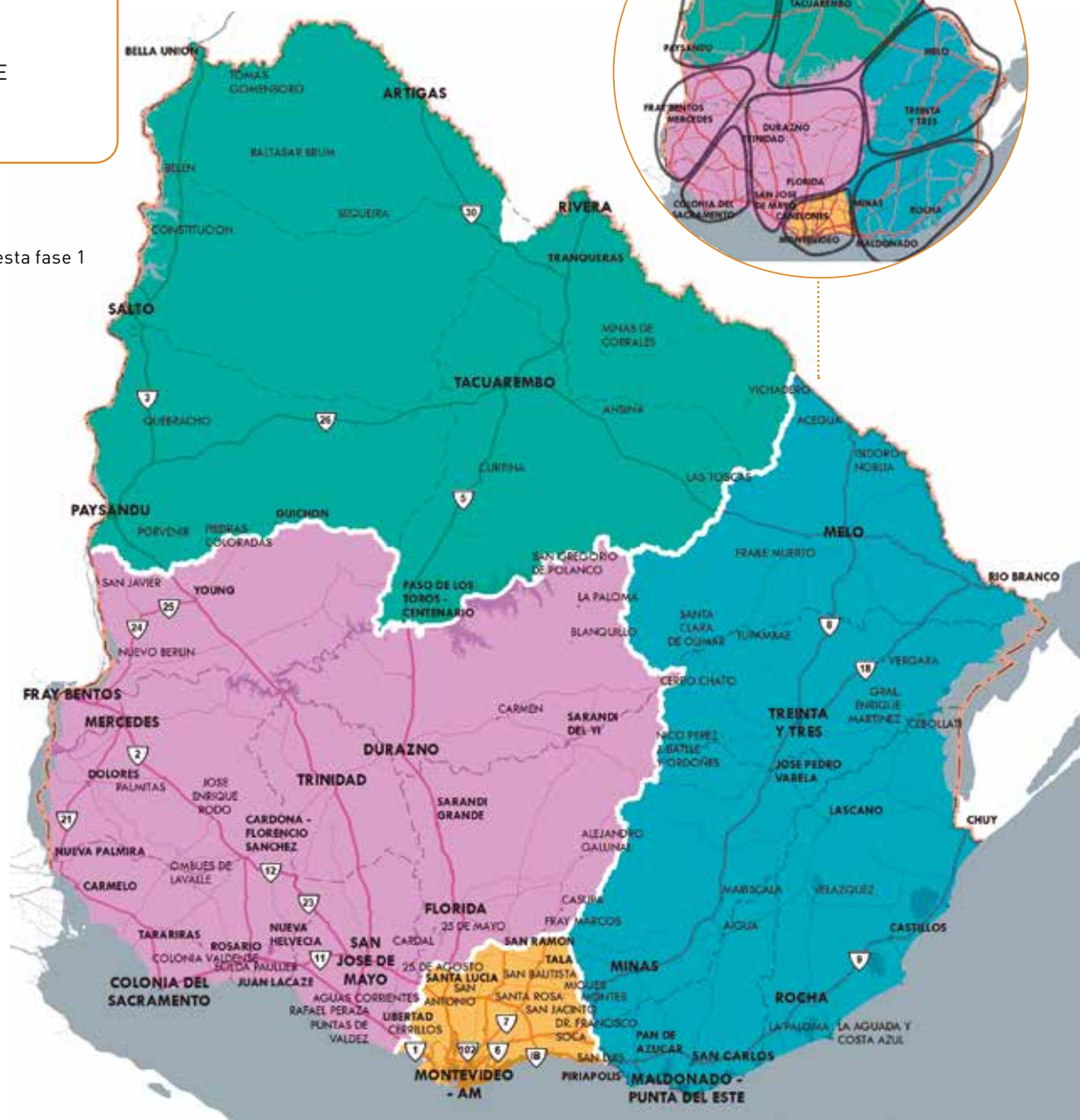
- » Región Norte / Artigas, Salto, Rivera, Tacuarembó y Durazno.
- » Región Oeste / Paysandú, Río Negro, Soriano, Colonia, Florida, Flores y San José (excepto Ciudad del Plata).
- » Región Este / Maldonado, Lavalleja, Treinta y tres, Cerro Lago y Rocha
- » Región Metropolitana / Montevideo, Canelones y Ciudad del Plata (San José).

Imagen 36: De las subregiones a las regiones

Regionalización ASSE

- Centro Oeste
- Este
- Metropolitana
- Norte
- SubRegiones
- Ciudades
- Tejedor ASSE
- Tejedor SUN

Regionalización propuesta fase 1





IV. Red multiescalar para la organización de los servicios

El presente capítulo sintetiza el trabajo realizado en la segunda etapa (junio-noviembre 2019) cuyo objetivo fue proponer un modelo escalar de organización de la Red Asistencial a partir del primer nivel de atención e identificar nudos críticos a resolver para su implementación.

IV.1 Concepto

La red multiescalar es un modelo complejo que propone una estrategia de planificación sanitaria, reconociendo e interpretando las realidades territoriales. Se definen cinco escalas⁸ organizativas de complejidad creciente. Cada una se conforma por la sumatoria de las anteriores y las contiene.

La base de la estructura de la red es la asignación de territorio y población de responsabilidad al Primer Nivel de Atención, y a partir de él, se definen las áreas de responsabilidad del resto de los niveles. El reconocimiento de una población y territorio de responsabilidad permite establecer una oferta de servicios en relación a las necesidades de la población. Asimismo, favorece un trabajo con una perspectiva de salud pública, con fuerte articulación intersectorial y abordaje de los determinantes sociales de la salud.

La multiescalaridad del modelo nos habilita a establecer espacios geográficos de responsabilidad compartida entre niveles de atención, favoreciendo la articulación inter-niveles, los acuerdos y protocolos de atención y procesos de referencia-contrareferencia, garantizando la continuidad asistencial. Por otro lado, permite una asignación equitativa de recursos a los distintos efectores de salud, teniendo en cuenta la población y el territorio a cargo y la oferta de prestaciones.

8 - Escala es una palabra polisémica. Según la Real academia española el término proviene del latín: *scala* 'escalera' y del gr. bizant. *σκάλα* *skála* 'puerto'. Incluye las nociones de sucesión ordenada, graduación empleada, parada que se efectúa entre un punto de origen y el de destino, sucesión. Ver: <https://dle.rae.es/escala>. Aquí se toma en tanto noción de escalones de complejidad por los que se debe transitar para abordar situaciones de salud o para organizar la atención sanitaria.

La red propuesta, reconoce cinco escalas de organización. Las dos primeras correspondientes al Primer Nivel de Atención son las **Zonas de Intervención Territorial (ZIT)** y las **Áreas de Salud (AS)**. En sus servicios se debe garantizar el cumplimiento de los atributos de la APS (accesibilidad y primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación). Estos niveles organizativos priorizan por tanto el acceso a equipos de salud resolutivos, cercanos a los lugares de residencia de los usuarios. Si bien las ZIT pueden subdividirse según la cantidad de población que abarca, se considera adecuado al marco conceptual propuesto, que la ZIT sea la unidad básica organizativa del modelo, ya que es la que contiene un equipo asistencial cuya integración asegura la integralidad de la atención y garantizará el acceso al primer nivel como puerta de entrada para los usuarios bajo su responsabilidad.

Los criterios para la organización de estas dos escalas del modelo se ajustarán a las características territoriales de acuerdo con el marco conceptual propuesto, determinando en entornos de mayor concentración poblacional, más usuarios por zona de intervención, pero menores distancias a recorrer por el equipo de salud (lo que debe ser tenido en cuenta en la asignación de recursos).

El tercer nivel organizativo es la **Zona Integrada de Gestión Sanitaria (ZIGS)** en que se debe ofertar y coordinar las prestaciones de segundo nivel. En estas zonas se deben resolver la mayor parte de los problemas de salud de la población, integrando las prestaciones en base a procesos asistenciales integrados y mapas de coordinación. Su organización guarda mayor relación con los siguientes aspectos: con los tiempos/distancia entre las ciudades intermedias y grandes, las concentraciones poblacionales y el protagonismo socioeconómico y cultural de las mismas. Estas variables habilitan relaciones funcionales entre localidades que hacen posible la articulación de procesos asistenciales con criterios de accesibilidad y eficiencia. El SUN aporta información valiosa para la toma de decisiones en este nivel organizativo. A modo de ejemplo se destaca la potencialidad de organizar ZIGS en Regiones como la Oeste, donde las distancias entre ciudades son relativamente pequeñas y sus concentraciones poblacionales son insuficientes para desarrollar todos los servicios en cada una. La variable cultural también juega un rol relevante en esta escala del modelo y debe ser bien considerada.

En las Subregiones (escala IV), se deben resolver todas las necesidades de atención de los usuarios (en base al trabajo en red y la complementación de los recursos existentes), excluyendo aquellas prestaciones definidas como de resolución Regional o Na-

cional. Las subregiones deben contener la mayoría de los corredores asistenciales. El SUN nos aporta información sustantiva para su constitución ya que en ellos se definen las rutas funcionales y materiales que vinculan servicios (y por tanto ciudades) de una ZIGS con servicios de tercer nivel (CTI o y prestaciones diagnósticas y terapéuticas de mayor complejidad). Se establecen en base a criterios de accesibilidad, eficacia y eficiencia para satisfacer todas las necesidades de salud de la población. La existencia de corredores materiales (rutas) y servicios de mayor complejidad determina corredores “naturales” (dentro de la subregión) en los que se resuelven la mayor parte de las prestaciones especializadas, sin embargo, dada la diversidad de prestaciones requeridas y su variabilidad en el tiempo, las ZIGS pueden definir corredores asistenciales con diversas UE de la Región o de otras regiones mediante acuerdos interniveles Regionales o Nacionales. En este nivel organizativo, la variable de economía de escala cobra mayor relevancia por la concentración de servicios de mayor especialización y costo y la complementación juega un rol sustantivo.

Las Regiones (escala V), devienen en un ámbito de gestión institucional. Si bien tienen una base territorial que reconoce características comunes y vías materiales de acceso, están determinadas fundamentalmente en base a criterios de pool de riesgo (económico financiero) y número de ámbitos de control (administrativo).

IV.2 Variables para la definición territorial de la Red Multiescalar

Para la construcción de la Red Multiescalar es necesario identificar y hacer dialogar variables que permiten dar una respuesta ajustada a las realidades de cada población y territorio. En ese sentido, se proponen variables complementarias y condicionantes, que se recomienda metodológicamente, sean aplicados en forma escalonada. Se definen variables primarias y secundarias, categoría que tiene relación principalmente con el orden en que se aplican, más que a su peso relativo o ponderación.

Las variables primarias son: accesibilidad geográfica y economía de escala. Estos estructuran la red, determinando las distintas escalas, unidades asistenciales y conjunto de prestaciones que se deberían ofertar. A partir de ellos, se posibilita la consideración

de elementos particulares de cada caso.

Las variables secundarias están relacionadas con la complejidad territorial. Estas condicionan la aplicación de las anteriores y arrojan elementos característicos de cada caso de estudio.

Hay escasa documentación internacional y nacional sobre organización de los servicios de salud en base a las variables mencionadas. Por otra parte, la organización del trabajo difiere en cada país, lo que dificulta extrapolar criterios. Por este motivo es necesario, partir de un reconocimiento de la organización nacional de los servicios, y definir criterios que nos permitan avanzar en la construcción de las RISS bajo un marco conceptual definido y explicitado. Su aplicación y evaluación de resultados podrá habilitar ajustes sucesivos.

En este trabajo se hacen recomendaciones que adoptan y modelizan los criterios aplicados en varios servicios de la institución y se entienden acordes al modelo conceptual utilizado. Se proponen categorías de UA que expresan el conjunto de prestaciones y servicios que debe ofertar cada unidad territorial y nivel escalar.

Variables Primarias:

Accesibilidad geográfica medida en tiempo/distancia

La Red debe ofrecer servicios accesibles a tiempos razonables, ofertando una atención oportuna de acuerdo a cada situación. Por ello la estructura escalar debe incluir la variable accesibilidad geográfica medida a través del indicador tiempo/distancia de acceso al servicio. Hablamos de tiempo/distancia y no sólo de distancia, dado que incluye la calidad de la red vial y elementos de topografía (ej.: cerros, arroyos sin cruce, cañadas, etc.). Se incluyeron para el indicador tiempo/distancia los siguientes componentes:

- » Acceso al PNA como puerta de entrada a la red (Zona de Intervención Territorial):
 - Desde el domicilio a un punto de atención con Equipo de Referencia entre 15 y 30 min caminando.
 - Desde el domicilio a un punto de atención con Equipo de Apoyo hasta 30 min caminando (desde domicilio). Puede extenderse hasta 45 min siempre y cuando la pobla-

ción cuente con equipo de referencia accesible en los tiempos indicados (15 a 30 min).

- Para poblaciones dispersas (menos de 1.000 hab.) el acceso a equipo de referenciarse garantizará en base a rondas de profesionales (frecuencia mínima mensual), en un punto de atención local acordado con la comunidad.

» Acceso a servicios para atención de patologías tiempo dependientes:

- Atención de Urgencia 24 hs. hasta 30 minutos vehiculares desde domicilio.
- Servicios con Block quirúrgico (BQ) coordinación y urgencia, desde la puerta de entrada de primer nivel a un hospital con Emergencia y BQ. Idealmente a 60 minutos, puede extenderse hasta 120 min vehiculares.
- Servicios con centros de terapia intensiva (CTI) y tomografía axial computarizada (TAC), desde un punto de atención a un servicio con CTI y TAC, idealmente a 90 minutos, puede extenderse a 240 minutos vehiculares.

En algunas situaciones clínicas el pronóstico de sobrevida está estrechamente relacionado al tiempo de acceso a un servicio especializado para su atención. Por este motivo, si bien se recomiendan en este documento tiempos máximos de acceso a algunos servicios especializados, se debe contemplar la situación clínica y eventualmente disminuirlos mediante la complementación o contratación de servicios en otros prestadores. La definición de procesos asistenciales integrados (PAI) para patologías tiempo-dependientes generarán mejores insumos para la toma de decisiones institucionales.

Economía de escala

El concepto de economía de escala permite una planificación de los servicios de salud considerando la eficiencia global de la red y garantizando la calidad de la atención. Para ello hay que considerar el número poblacional que “justifica” un conjunto de prestaciones o servicios y su modalidad de atención. Para esta variable el indicador es el número poblacional objeto de la prestación. Se describen a continuación los componentes seleccionados.

» Población a cargo de Equipos de Salud de PNA como puerta de entrada a la red (Zona de Intervención Territorial):

- Equipo de Referencia entre 1.000 y 3.000.
 - Equipo de Apoyo entre 3.000 y 10.000.
- » Atención de patologías tiempo dependientes:
- Hospitales con BQ coordinación y urgencia: ZIGS con mínimo de 25.000 usuarios (de referencia, en la ZIGS).
 - Hospitales con CTI, referencia para ZIGS a partir de 50.000 usuarios (de referencia en la subregión).

Variables Secundarias:

Complejidad territorial: Es recomendable reconocer variables complejas que dan cuenta del funcionamiento territorial.

- » Las características socioeconómicas y demo-epidemiológicas de la población.
- » Los servicios de salud, en tanto son parte de una red de sostén del entramado social, pueden estar justificados en barrios o localidades específicas, adaptando los criterios de asignación de recursos a esas necesidades.
- » El factor cultural de pertenencia, las “localías”, aunque puede ser una variable más difícil de objetivar, es un elemento que juega un rol importante en la toma de decisiones de oferta de servicios. Si este factor dificulta la sostenibilidad y/o calidad de la atención, es necesario implementar una estrategia de gestión del cambio con participación de la sociedad.

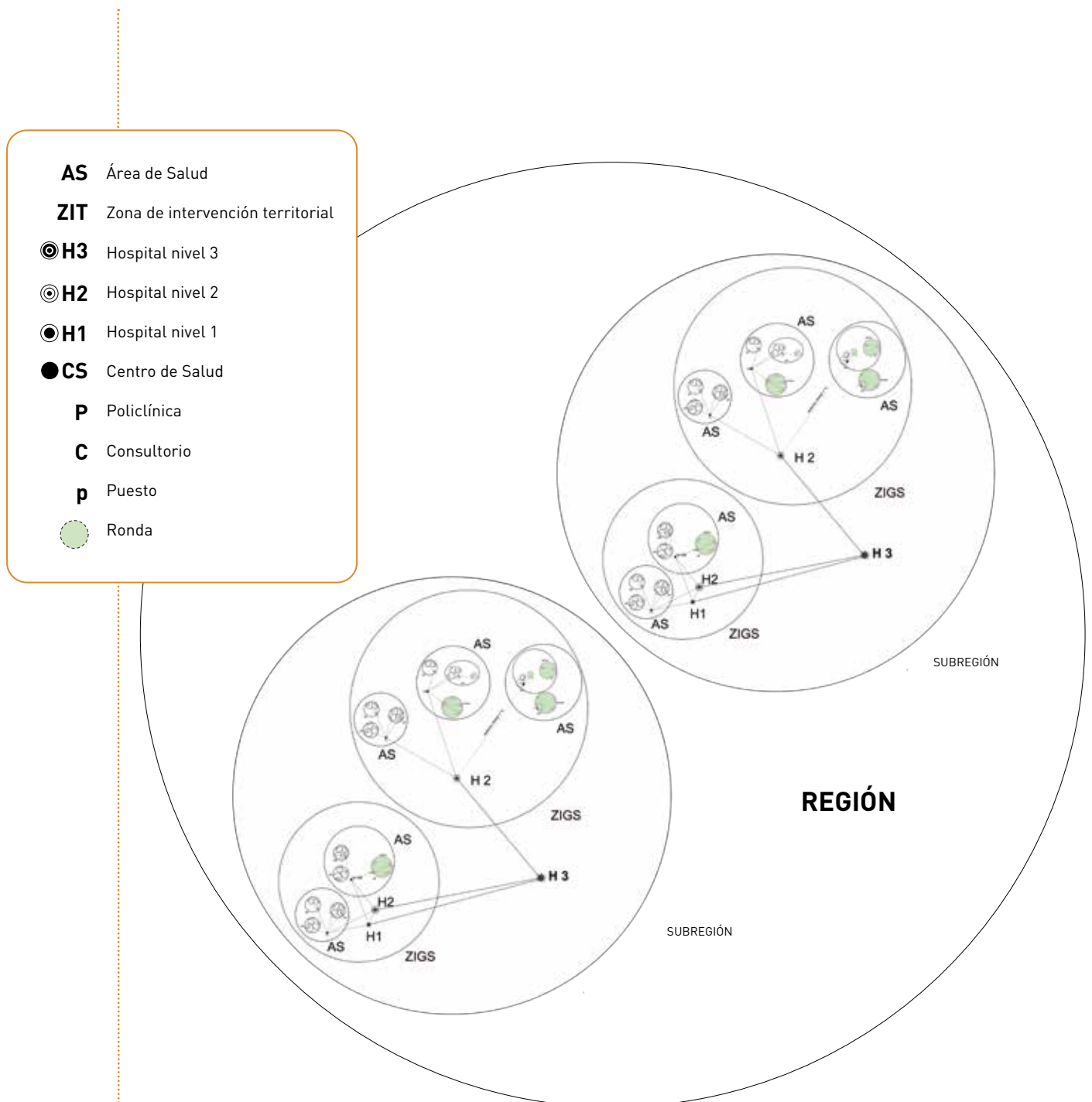
IV.2 Estructura multiescalar y unidades asistenciales que la integran

La estructura multiescalar, reconoce como eje vertebrador el espacio territorial en que las personas viven y tienen necesidades de atención a la salud. A partir de estas necesidades se determina la incorporación de servicios de salud, para satisfacerlas. Incorporamos en este trabajo la definición de los servicios que la institución ha validado (categorización de servicios) agregando características funcionales relacionadas a

la escala del modelo y a diferentes características territoriales.

Se resume en los siguientes cuadros, la propuesta de estructura multiscalar de la red asistencial de ASSE, definiendo cada escala organizativa de la red, sus definiciones operativas y el tipo de unidad asistencial que agrega.

Imagen 37: Esquema de la Estructura Multiescalar de la Red



Estructura multiescalar de la Red Asistencial

Cuadro 1

Escala Territorial	Definición operativa	Nivel de Atención y Tipo de Unidad Asistencial que agrega cada escala
I. Zona de Intervención Territorial (puede dividirse en subzonas)	Territorio caracterizado por la existencia de vínculos funcionales y culturales a partir de la accesibilidad a espacios y servicios comunes (educación, salud, seguridad, espacios públicos, etc.). Es la zona de responsabilidad directa de los Equipos Territoriales de Salud (ETS), para garantizar a los usuarios que allí residen, un conjunto de prestaciones de promoción de salud, prevención y atención de las enfermedades con mayor prevalencia, incluyendo la rehabilitación y cuidados domiciliarios. Generalmente el centro organizativo del trabajo es una o más policlínicas, que eventualmente puede contar con uno o más consultorios o puestos rurales asociados. Debe contar con un cargo jerárquico que coordine las acciones en la Zona.	<p>Primer Nivel de Atención</p> <p>Policlínica</p> <p>Consultorio o Puesto Rural</p>
II. Área de Salud	Territorio que agrupa, con criterios de accesibilidad y eficiencia, un grupo de ZIT, ofertando un conjunto de prestaciones amplias generalmente en un Centro de Salud, o coordinadas con un Hospital de acuerdo a criterios de distancia/tiempo y concentración poblacional. El Área de Salud cumple también un rol organizativo por lo que de no tener una cabecera (Centro de Salud) debe contar con una figura jerárquica de similares características, que gestiona el área y coordina sus unidades asistenciales, entre sí y con el Hospital que corresponda.	<p>Primer Nivel de Atención</p> <p>Centro de Salud (CS)</p>
III. Zona Integrada de Gestión Sanitaria	Territorio en que se identifica un conglomerado de localidades con vinculación funcional. Agrupa (con criterios de accesibilidad y eficiencia) las áreas de salud (AS) del primer nivel de atención, con él o los hospitales que ofertan las prestaciones de segundo nivel de atención. En estas zonas se deben resolver la mayor parte de los problemas de salud de la población, integrando las prestaciones en base a procesos asistenciales integrados y mapas de coordinación. Como espacio de articulación entre niveles de atención debe ser coordinada por una figura jerárquica de la Dirección Regional.	<p>Segundo Nivel de Atención</p> <p>Hospital H1 y H2</p>

Escala Territorial	Definición operativa	Nivel de Atención y Tipo de Unidad Asistencial que agrega cada escala
IV. Subregiones	Territorio que agrupa las ZIGS de Salud para ofertar (con criterios de accesibilidad y eficiencia) prestaciones de tercer nivel de atención (CTI y prestaciones diagnósticas y terapéuticas de mayor complejidad). En ellas se deben resolver todas las necesidades de atención de los usuarios (en base al trabajo en red y la complementación de los recursos existentes), excluyendo aquellas prestaciones definidas como de resolución Regional o Nacional. Las subregiones deben contener la mayoría de los corredores asistenciales.	Tercer Nivel de Atención Hospitales H3
V. Región	Es el ámbito de gestión responsable por el diseño y la implementación de los planes de salud para satisfacer las necesidades de salud de su población a cargo en base a la articulación de sus UE, acuerdos con otras Regiones y/o a acuerdos de complementación con otros prestadores de salud. Las Regiones se definen prioritariamente en base a criterios de pool de riesgo (económico financiero), ámbito de control (administrativo) y accesibilidad geográfica.	Tercer Nivel de Atención con servicios de referencia regional o nacional

En el Cuadro 2 se describen las **Unidades Asistenciales de la Red** y las prestaciones trazadoras del nivel de resolutivez. Se introduce en las definiciones operativas⁹ algunos aspectos funcionales y elementos relacionados a las variables primarias descritas anteriormente.

9 - Doc. Categorización de Unidades Asistenciales de ASSE. Gerencia Asistencial, 2020.

Caracterización de las unidades asistenciales

Cuadro 2

Unidad ASISTENCIAL	Definición operativa/funcional	Equipo de Salud (que agrega cada tipo de UA)	Prestaciones y servicios trazados de nivel de resolutivez
Consultorio / Puesto rural	Planta física, fija o móvil, propia o no, destinada al ejercicio de las profesiones vinculadas al área de la salud que cuenta para ello con el equipamiento e instrumental necesario. Brinda atención con un Equipo de Referencia (que integra el ETS de la ZIT). Cuando se localiza en poblaciones de menos de 1.000 hab. generalmente la modalidad de atención es a través de rondas y se denomina puesto rural.	* Equipo de Referencia	* Consulta médica y de enfermería. * Dispensario de medicamentos crónicos y/o botiquín.
Policlínica	<p>Conjunto de varios consultorios instalados en una misma planta física, que están vinculados entre sí. Brinda atención con un Equipo Territorial de Salud (ER+EA).</p> <p>Si está a más de 30 minutos (vehiculares) de un centro con urgencia/emergencia debe contar con acceso a atención 24 hs. y sistema de traslado medicalizado.</p> <p>Desde estas policlínicas se organizan generalmente las rondas a puestos rurales.</p>	<p>*Equipo de Apoyo</p> <p>*Auxiliar de Registros Médicos</p> <p>*Auxiliar de Farmacia (con QF responsable)</p>	<p>* Consultas de especialidades básicas y profesionales no médicos del equipo de apoyo.</p> <p>* Dispensación de medicamentos de vademécum PNA (con QF responsable).</p> <p>*Admisión con coordinación de consultas y estudios</p> <p>*Extracción de exámenes y recepción de muestras.</p>

Unidad ASISTENCIAL	Definición operativa/funcional	Equipo de Salud (que agrega cada tipo de UA)	Prestaciones y servicios trazados de nivel de resolutivez
Centro de Salud	<p>Unidad Asistencial que brinda atención ambulatoria en especialidades básicas y otras especialidades, contando con alguno de los siguientes servicios intermedios y de apoyo: farmacia, radiología, registros médicos. Pueden o no tener puerta de urgencia.</p> <p>Si está a más de 60 minutos de un Hospital puede contar con camas de observación dependientes del servicio de la Urgencia.</p>	<p>Debe agregar algunos de los siguientes profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Especialidades médicas no básicas (relacionadas funcionalmente a un Hospital). * EAE – Equipo Ambulatorio Especializado *Químico Farmacéutico *Lic. en Reg. Médicos *Lic. en imagenología *Lic. en oftalmología *Lic. en fisioterapia *Higienista Dental 	<ul style="list-style-type: none"> * Consultas de especialistas no básicas. * Servicios diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> -Imagenología: ecografía, radiología, mamografía. -Laboratorio Servicio de farmacia en el Centro de Salud en la RAP o coordinado con el Hospital.
H1	<p>Unidad asistencial de ASSE que cuenta con Internación en Cuidados Moderados, Puerta de Emergencia; Servicios de apoyo y diagnósticos.</p> <p>No presenta Block Quirúrgico, ni internación en CTI/CI.</p>	<p>Especialidades básicas y complementarias, principalmente médicas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *Internación en cuidados moderados *Puerta de Emergencia

Unidad ASISTENCIAL	Definición operativa/funcional	Equipo de Salud (que agrega cada tipo de UA)	Prestaciones y servicios trazados de nivel de resolutivez
H2	Unidad asistencial de ASSE con especialidades m3dicas y quir3rgicas, que cuenta con Internaci3n en Cuidados Moderados, Puerta de Emergencia y Block Quir3rgico; sin internaci3n en CTI/CI.	Especialidades b3sicas y complementarias, m3dicas y quir3rgicas.	*Block Quir3rgico y especialidades quir3rgicas
H3	Unidad asistencial de ASSE con especialidades m3dicas y quir3rgicas, que cuenta con Internaci3n en Cuidados Moderados y en CTI/CI; Puerta de Emergencia y Block Quir3rgico.	Especialidades b3sicas y complementarias m3dicas y quir3rgicas. Especialidades vinculadas a la atenci3n del paciente cr3tico	*Atenci3n en Cuidados intermedios e intensivos. *Servicios especializados.
Servicios de Referencia Nacional	Servicios que, por su baja demanda y alta especializaci3n, se centralizan en muy pocas unidades asistenciales H3 y deben asegurar el acceso a todos los usuarios del pa3s.		

Nota: Los criterios definidos en el presente cuadro adquieren su pleno sentido analizado en los contextos que se desarrollan en el apartado V.

Definiciones operacionales

ER - Equipo de Referencia: Médico de Familia y Comunidad o Médico General y Pediatra. Equipo de Enfermería (Lic. y Auxiliar de Enfermería; el Lic. puede ser compartido por más de un ER).

EA - Equipo de Apoyo: Ginecobstetra, Pediatra, Obstetra Partera, Nutricionista, Psicólogo Comunitario, Trabajador Social, Odontólogo.

EST - Equipo de Salud Territorial: está constituido por el ER + EA.

Especialidades básicas: medicina familiar y comunitaria, pediatría y ginecología.

EAE - Equipo Ambulatorio Especializado: Son equipos de Salud con especialización en áreas específicas para el diagnóstico y/o tratamiento de problemas de salud complejos. Dan respuestas a necesidades de atención que requieren abordajes interdisciplinarios simultáneos y/o coordinados. Pueden trabajar en cualquier nivel de atención, pero tendrán a un territorio y población definido para las interconsultas de los EST. Deben coordinar con los servicios y profesionales de la red territorial, la aplicación de procesos asistenciales integrados y mapas de coordinación de los usuarios de responsabilidad.

Farmacia: Se define como Servicio de Farmacia cuando cumple con los requerimientos de la normativa vigente (DECRETO 28/03) incluye los recursos necesarios para lograr las funciones esenciales de la farmacia (Adquisición, Control, Almacenamiento, Dispensación, Control del Gasto, Vigilancia, con enfoque de Seguridad y Calidad). Los recursos necesarios son: Químico Farmacéutico, Auxiliar de Farmacia y Sistema Información (WebFarma y SGA). Se reconocen otras modalidades como Botiquín de Ronda o Dispensarios, que deben contar con sistemas adecuados de control para garantizar una dispensación segura.

The background of the slide is a solid orange color. Overlaid on this is a faint, light-colored outline map of the Iberian Peninsula, showing the coastlines and major internal boundaries. A thin, dashed diagonal line runs from the top-left corner towards the bottom-right corner of the slide.

V. Territorialización del Primer Nivel de Atención

La red de servicios de ASSE, de carácter nacional, nos enfrenta al desafío de reconocer las diferencias territoriales existentes en nuestro país, para adecuar los servicios a las necesidades de cada territorio. Los escenarios de aplicabilidad del Modelo Multiescalar (p. 30), si bien condicionan la organización de toda la red, tienen una relevancia particular en la organización de servicios de primer nivel de atención. Consideramos necesario, reconociendo estas particularidades, encontrar “territorialidades similares” que permitan a la institución definir criterios organizativos y de asignación de recursos y ofrecer escenarios comparables para la evaluación de los servicios.

V.1 Entorno rural y de pequeñas localidades

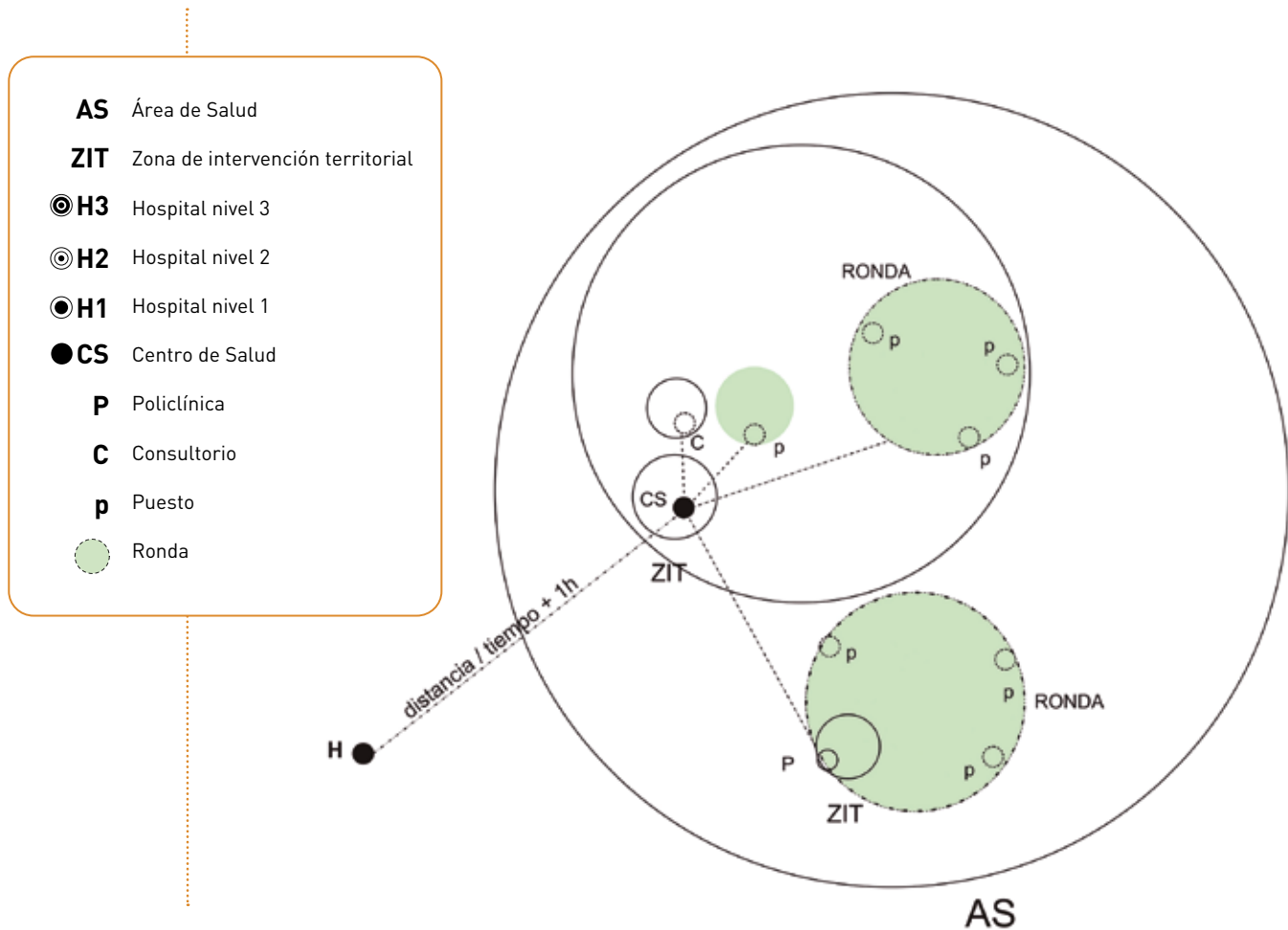
Este entorno reconoce una organización de servicios que está fuertemente determinada por poblaciones rurales y entornos poblados pequeños. Ej. Tranqueras, Vichadero, Mina de Corrales, Santa Clara/Cerro Chato, Sarandí del Yi, San Gregorio de Polanco.

Por las características de estos entornos, existen dificultades para acercar profesionales que aseguren las prestaciones necesarias. La modalidad de atención en rondas (del ER y del EA) permite dar respuestas adecuadas y sostenibles. Otro elemento sustantivo es asegurar la atención de urgencia y el traslado de los usuarios frente a episodios agudos o críticos garantizando una atención oportuna.

Los servicios deben organizarse en base a zonas de intervención territorial (rurales), cuyo centro organizativo es la policlínica o centro de salud del poblado pequeño que organiza desde allí la atención de la población dispersa (en rondas). Las policlínicas deben brindar acceso a atención 24 hs. (presencial o retén) si están a más de media hora vehicular de un centro de mayor resolutiveidad y tiene más de 1.000 hab.

En los entornos rurales, las prestaciones del equipo de apoyo deben garantizarse en rondas desde el Centro de Salud que oficia como cabecera del Área de Salud, que pueden ser parte del mismo entorno o de un Área de Salud de un entorno mayor (entorno de ciudades).

Imagen 38: Esquema de organización



V.2 Entorno urbano intermedio.

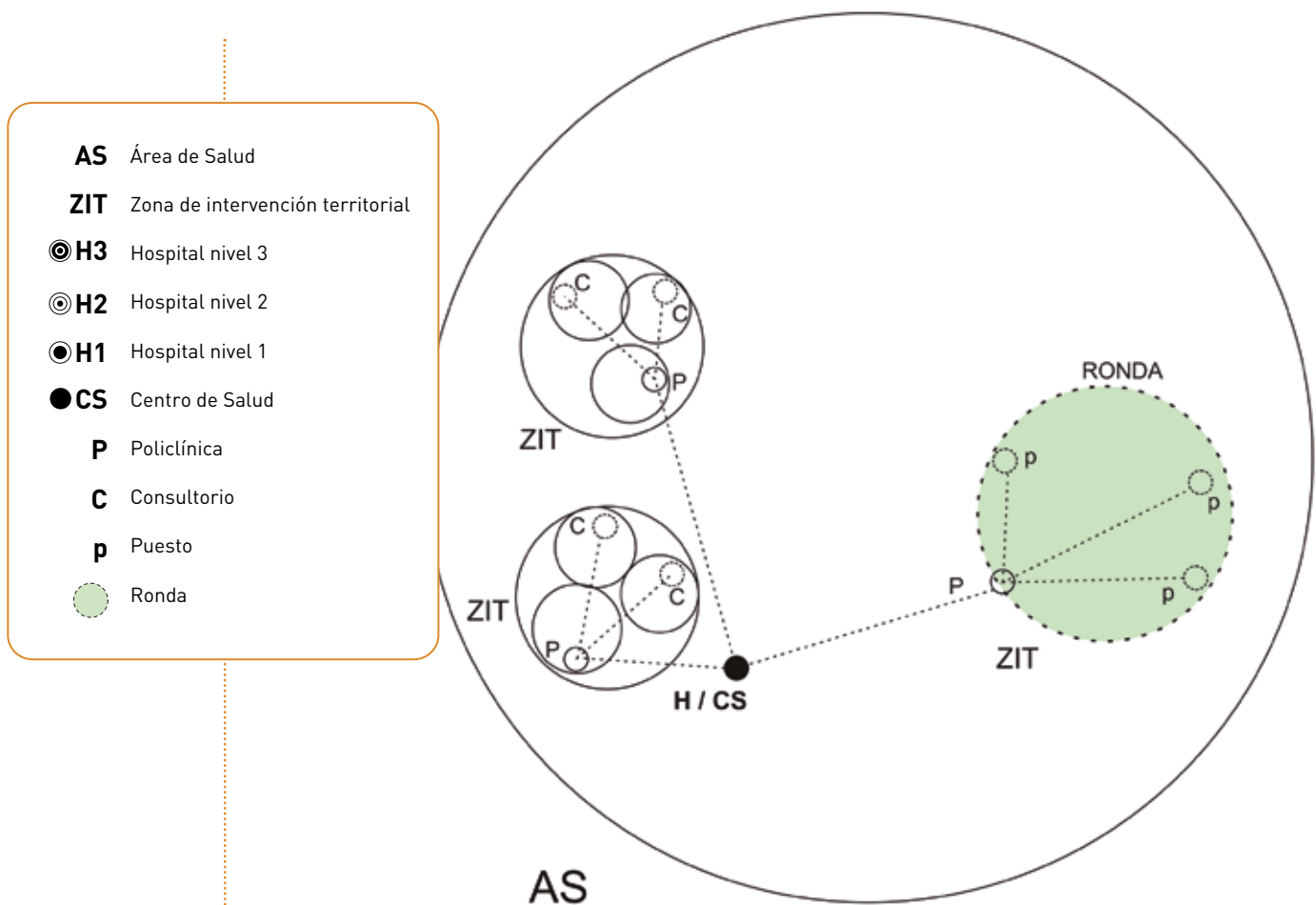
Este entorno reconoce una organización de servicios que está determinada por ciudades pequeñas e intermedias (entre 10.000 y 50.000 habitantes). Por su dimensión tienen distancias relativamente cortas (menos de una hora caminando) y escasos o nulos medios de transporte público.

Los servicios deben organizarse en base a ZONAS DE INTERVENCIÓN TERRITORIAL (urbanas), cuyo centro organizativo es una o más policlínicas. Puede contar también

con consultorios urbanos o rurales. La modalidad predominante de los Equipos de Referencia es la concentración de su actividad en uno de los efectores de la ZIT. Los EA pueden brindar prestaciones en varios de los efectores de la ZIT, pero idealmente concentran su actividad en una de ellas.

Generalmente se define una única ÁREA DE SALUD urbana que agrupa ZIT urbanas y rurales. Las áreas de salud pueden o no contar con Centros de Salud. Cuando existen, concentra prestaciones de equipos especializados ambulatorios (VBGG, salud mental, atención a adolescentes), especialidades no básicas y prestaciones de apoyo fundamentalmente relacionadas a farmacia y registros médicos. Dada la existencia de servicios hospitalarios cercanos y tomando en cuenta la economía de escala, la atención de urgencia y los servicios de apoyo (imagenología y laboratorio) se brindan en el segundo nivel de atención. Cuando las Áreas no cuentan con Centros de Salud, deben tener una figura jerárquica que organice los servicios y los coordine con los otros niveles de atención.

Imagen 39: Esquema de organización de Área de Salud



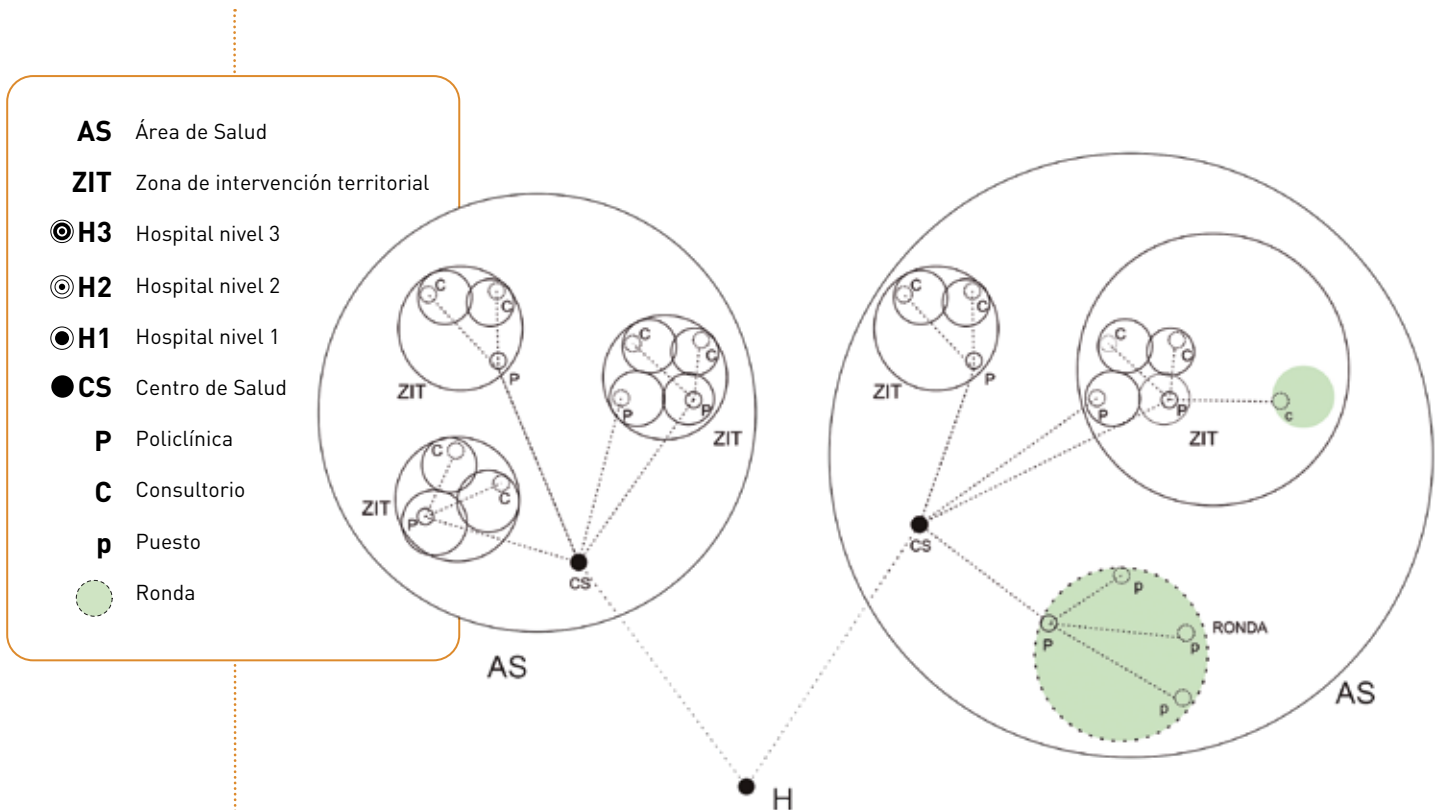
V.3 Entorno urbano grande y de gran porte

Este modelo reconoce ciudades de más de 50.000 hab. Cuentan con importante desarrollo de servicios y tienen un fuerte protagonismo socio económico que determina una centralidad en sus relaciones funcionales con otras ciudades. Por su extensión generalmente cuenta con transporte público.

Los servicios deben organizarse en base a ZONAS DE INTERVENCIÓN TERRITORIAL (urbanas), similares al modelo anteriormente descrito, aunque puede variar su número de población.

Generalmente cuentan con más de un ÁREA DE SALUD y es menos frecuente la asociación de ZIT rurales. Las áreas de salud tienen, en su mayoría, Centros de Salud que (a diferencia del modelo anterior), cuentan con mayor número de prestaciones especializadas y servicios de apoyo, para mejorar la accesibilidad de la población. En el área Metropolitana estos Centros pueden tener urgencia 24 hs.

Imagen 40: Esquema de organización de Zona de Intervención Territorial



A continuación, se resumen los criterios guía que debería seguir la organización del Primer Nivel de Atención de acuerdo con las características territoriales. Estos criterios deben ser tomados en cuenta para una primera definición y adecuados según las variables de complejidad territorial. Se recomienda para su aplicación trabajar en conjunto con los equipos de gestión que conocen la dinámica territorial.

V.4 Criterios de organización del Primer Nivel de Atención asociado a clasificación de entornos

Cuadro 3: Resumen de organización del Primer Nivel de Atención y clasificación de entornos.

PNA / Zona de Intervención Territorial (ZIT) y Áreas de Salud					
Entornos	Población de referencia		Tiempo/distancia de acceso		Característica de Servicios
	ZIT	Área	ZIT	Área	
Entorno 1 (Entorno rural y de pequeñas localidades)	1.000-3.000	3.000-5.000	Hasta 15 min caminando a punto de atención (en la localidad pequeña). Rondas de hasta 90 minutos en vehículo en la ruralidad dispersa (organizadas desde la policlínica o centro de salud).	Entre 60 y 90 min vehiculares (de las unidades asistenciales a la cabecera del área)	Servicios de urgencia o reten que aseguran acceso a poblaciones de más de 1.000 hab. a 30 min vehiculares. Cuando el área de salud tiene como cabecera un Centro de Salud en la pequeña localidad, este debe contar con puerta de urgencia y organizar en modalidad de rondas, las prestaciones del equipo de apoyo y de especialidades.
Entorno 2 (Entorno urbano intermedio)	4.000-7.000	10.000-20.000	Hasta 30 min caminando a la policlínica principal (desde el domicilio) y 15 minutos al consultorio.	Hasta 60 min caminando en la ciudad y 90 min vehiculares a las ZIT rurales.	Centro de Salud sin puertas que tiene parte de los servicios de apoyo en el Hospital. Generalmente tiene a cargo ZIT urbanas y rurales.
Entorno 3 (Entorno urbano grande y de gran porte)	5.000-10.000	10.000-30.000	Igual a Entono 2	Hasta 30 min transporte público	Siempre tienen Centros de Salud como cabecera del área de salud. En el área Metropolitana pueden tener servicio de urgencia, laboratorio, etc.

The background is a solid orange color with a pattern of thin, light-colored contour lines. Two dashed lines are also present: one in the upper-left quadrant and another in the lower-right quadrant, both extending diagonally across the page.

VI. Aplicación del modelo multiescalar

En el siguiente capítulo se relatan 7 casos de estudio de la experiencia realizada para la verificación de la propuesta, “Territorialización del Primer Nivel de Atención. Experiencia de aplicación del Modelo Multiescalar a 7 RAPs de ASSE” (Esteche, 2019), en los que se puede consultar participativamente la aplicación de la metodología. La síntesis que se presenta responde a un proceso colaborativo y no podría haberse concretado sin la participación y el compromiso de los equipos de gestión de las RAPs seleccionadas, tanto como los equipos de subregionales y regionales.

El trabajo propuesto buscó:

- » Efectuar un análisis comparativo de la organización territorial de los servicios de salud elaborado por los equipos de gestión, y el mapeo basado en las variables tiempo/distancia y cantidad de población en territorio elaborado por DINOT.
- » Verificar en el territorio los criterios para la construcción de una estructura multiescalar de organización de los servicios de salud en clave de RISS.
- » Generar una propuesta de mejora para cada RAP.

La metodología propuesta fue común y en cada uno de los casos se generó:

- » Un estudio en profundidad de las características territoriales y la funcionalidad de las ciudades, en base al aporte técnico de DINOT.
- » Una ficha con información de cada unidad asistencial de la RAP. En la que se utilizó como base la “tabla maestra” de Sistemas de Información de ASSE, que debió ser adaptada para los objetivos del presente trabajo. La información solicitada incluía actualización de las UAs que funcionan actualmente, identificar la categoría (Consultorio, Puesto rural, Policlínica urbana, Policlínica rural, Centro de Salud), oferta de prestaciones y recursos disponibles.
- » Por lo menos una visita a territorio en cada uno de los casos, dónde se generaron reuniones de trabajo, entrevistas con actores claves, recorridas por las UA e intercambio sobre las conclusiones que se desprendían del análisis del Sistema de Información Territorial (SIT-MVOTMA).

En cada caso a partir de las instancias antes mencionadas, se hicieron ajustes a la propuesta inicial de territorialización, se verificaron los criterios y elementos de tensión (situaciones de contradicciones claras y necesidad de toma de decisiones). Finalmente se elaboró la propuesta validada por los equipos de gestión de la RAP.

Para la elaboración de los criterios se utilizaron dos indicadores que surgen de la aplicación del SIT-MVOTMA: Tiempo/distancia y concentración de usuarios. Para la estimación de los usuarios se utilizó un indicador “proxy”, aplicando la proporción de usuarios por departamento, a los datos de población por localidad aportados por el Censo 2011 del INE. El cálculo de la proporción de usuarios presenta dos limitaciones claras: el Censo presenta datos de 2011 (no está actualizado), y la proporción de usuarios departamental no se distribuye de forma homogénea en todas las localidades. No obstante, nos permite contar con una aproximación para la toma de decisiones, y se verificó con los datos de los equipos de gestión que trabajan en territorio.

Casos de Estudio

Los 7 casos de estudio fueron seleccionados a partir del Curso 1 del Plan de Capacitación-Acción 2019¹⁰, contemplando al menos un caso por región. Los casos seleccionados fueron: Durazno, Flores, San José, Rivera, Cerro Largo, Canelones y Montevideo.

Como se desprende de las definiciones del Modelo, se centra particularmente en las escalas I y II (ZIT y AS), salvo en el caso de la región Sur de ASSE (Montevideo y Canelones), que por presentar una vasta trayectoria en territorialización del PNA se analizaron elementos de otras escalas: ZIGS y Subregiones. Su desarrollo habilitó la verificación de los criterios del Modelo Multiescalar y la elaboración de una propuesta ajustada a cada territorio.

10 - El Plan de Capacitación-Acción 2019 “Redes Integradas de Servicios de Salud”, se estructuró en 3 cursos consecutivos, siendo parte del Acuerdo de Colaboración ASSE-OPS/OMS-DINOT/MVOTMA. Con el objetivo de capacitar a equipos de gestión y mandos medios, en dinámicas y gestión de redes y gestión de la calidad, participando 145 personas.

De la lectura del presente documento y particularmente de este capítulo, surge que la territorialización es un proceso complejo, dinámico y que debe hacerse con los equipos de gestión y a través del reconocimiento del territorio. Este reconocimiento va desde una mirada técnica, aplicando los criterios planteados y analizando los vínculos funcionales de las localidades, hasta el reconocimiento empírico que se desprende del trabajo cotidiano de los responsables de las UA de cada localidad.

Lo que sigue fue un trabajo participativo que se realizó en paralelo a la construcción conceptual. Permitió realizar la verificación de la propuesta y desarrollar un análisis crítico de la territorialización, sugiriendo algunos “nudos críticos” en los siete casos analizados.

Durazno

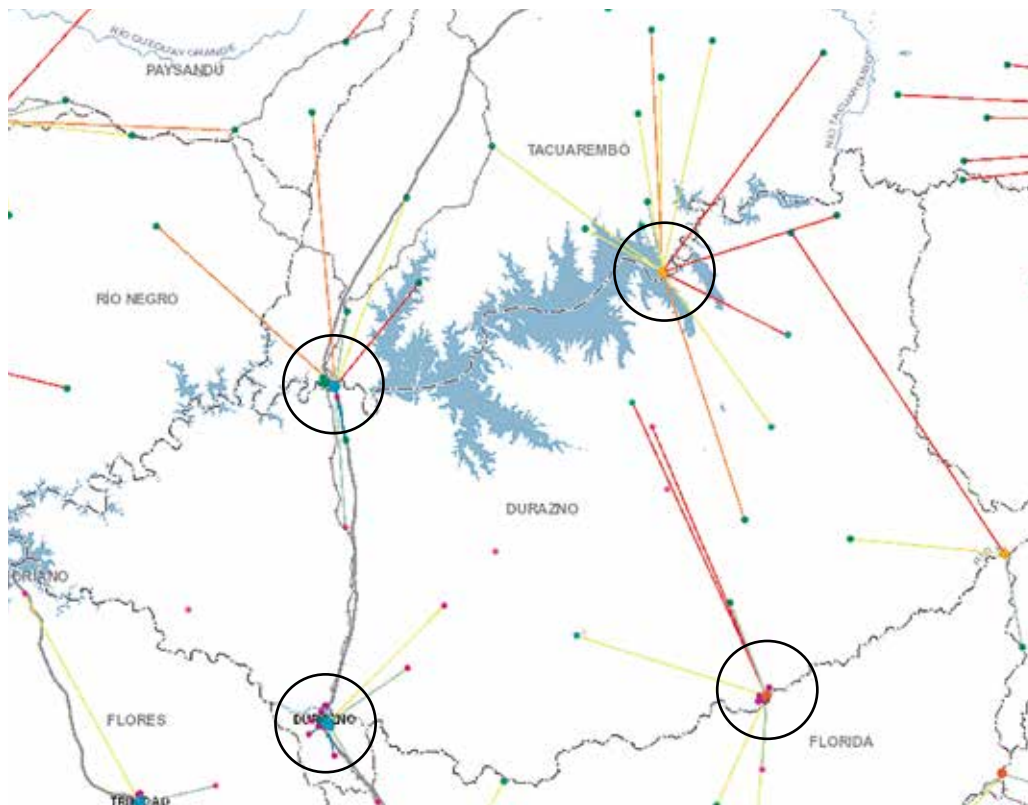
La RAP de Durazno (Unidad Ejecutora 59) tiene a su cargo 36 unidades asistenciales, de las cuales 12 corresponden a la capital departamental. Presenta un Centro Auxiliar en la ciudad de Sarandí de Yí, con 5 consultorios urbanos. Y por otro lado cuenta con 18 unidades asistenciales en ruralidad dispersa.

Por sus características de ubicación central, el departamento de Durazno presenta relaciones funcionales entre sus localidades que tienden a romper los límites político-administrativos. En ese sentido, se podrían visualizar 4 Áreas de salud, en cada uno de los 4 “vértices” del departamento. Cada uno con un epicentro urbano y la ruralidad de mayor accesibilidad asociada. En esta lógica, dos de los epicentros dependerían actualmente del departamento de Durazno (Durazno capital y Sarandí de Yí), y las otras dos dependen del departamento de Tacuarembó (Paso de los Toros y San Gregorio de Polanco). Ver imagen 41.

Las AS mencionadas corresponden a escenarios de aplicabilidad del modelo multiescalar diferentes, que condicionan la planificación de los servicios. Dos de las cuatro AS corresponderían al primer escenario de aplicabilidad, Pequeñas localidades y ruralidades: Sarandí de Yí y San Gregorio de Polanco. Mientras que las AS vinculadas a la ciudad de Durazno y Paso de los Toros, estarían en el escenario de Ciudades Pequeñas e Intermedias.

En la imagen 41 se representa mediante vectores la unidad asistencial (Policlínica o consultorio) más accesible en términos de tiempo/distancia a cada una de las cabeceras de AS. Se identifican 4 cabeceras de AS: Centro Auxiliar de Sarandí de Yí, Centro Auxiliar de San Gregorio de Polanco, Hospital de Paso de los Toros y el Hospital de Durazno.

Imagen 41: Áreas de Salud Durazno: Se describe las AS que se reconocen en el territorio del departamento de Durazno. Se visualizan 4 posibles AS en los "vértices" del departamento: Durazno capital, Paso de los Toros, San Gregorio del Polanco y Sarandí de Yí.



Tomando en cuenta el informe realizado por la OPP y la DINOT¹¹, que dio cuenta de los procesos de planificación territorial a partir de la implantación de UPM2, se proyecta el sistema considerando estos escenarios futuros. En particular se valora el fortale-

11 - Presentación sobre Estrategia de Ciudades Sostenibles, Programa Región Centro, Encuentro Nacional de Ordenamiento Territorial. Diciembre 2019

cimiento y el desarrollo de nueva infraestructura vial (mejora de rutas, construcción de un puente en San Gregorio y conexión de pequeñas localidades) y la generación de nuevos puestos de trabajo directos e indirectos, que determinará un incremento de población. Además se proyecta organizar nuevas centralidades en la región Centro. Obviamente, todo esto debe ser tomado en cuenta para la planificación sanitaria, no sólo para adecuar la oferta de servicios de salud que se brinda, sino que también para la organización en red. Se visualiza en la imagen 42 las nuevas centralidades, donde se evidencia un gran protagonismo en el subsistema de San Gregorio de Polanco, que influenciaría directamente a las localidades del noreste del Departamento de Durazno: Blanquillo, La Paloma, Cuchilla Ramírez y la Alegría.

Por otro lado, se visualiza una relación funcional entre Villa del Carmen y Sarandí de Yí. Es necesario reconocer la centralidad de Durazno Capital principalmente vinculado al eje de ruta 5 con estrecho vinculación con Paso de los Toros. Por último, queda relativamente por fuera de la centralidad de San Gregorio de Polanco la zona cerca al Río Negro de San Jorge y Aguas Buenas. Esta mantendría una relación funcional con la capital departamental, y se recomendaría que se mantuviera en su AS.

Imagen 42: Nuevas Centralidades zona centro, centralidades que se proyectan en entorno a la implantación de UPM2. Fuente DINOT - OPP 2019.



En consecuencia, al análisis planteado previamente se recomienda establecer 4 AS:

- » AS Durazno capital
- » AS Paso de los Toros
- » AS San Gregorio de Polanco
- » AS de Sarandí de Yí

A continuación, se presenta la descripción de las 4 AS, con las categorías de unidades asistenciales que las componen, población INE y estimación de usuarios de responsabilidad, y tiempo/distancia a la cabecera del AS (Tabla 1 y Tabla 2). Se efectúa un análisis detallado de SubZITs y ZITs del AS de Durazno capital, por ser un caso de estudio específico (Tabla 2).

Tabla 1: Durazno, AS del interior del departamento.

Se describen las restantes 3 AS que se identifican en funcionalidad con el departamento de Durazno. LIMITACIONES: Dos de las AS pertenecen al departamento de Tacuarembó, en esos casos se aplica proporción de usuarios del mismo. En el caso de Paso de los Toros no se describen los Puestos rurales del área de responsabilidad dado que Tacuarembó no fue un caso de estudio.

Área de Salud	Unidad Asistencial	Categoría	Población INE	Proporción Usuarios	N° Usuarios	Total usuarios Área	Tiempo a Cabecera AS min
Sarandí del Yí	Sarandí de Yí	Centro Auxiliar	2.930,00	50,1%	1.468		0
	Malbajar	Consultorio	1.120,00	50,1%	561		3
	MEVIR	Consultorio	978,00	50,1%	490		4
	San Antonio	Consultorio	1.636,00	50,1%	820		3
	Barrio Estación	Consultorio	238,00	50,1%	119		3
	Puntas de malbajar (Durazno)	Puesto Rural	-	50,1%	-		72
	Colonia Rossell y Ruiz (Durazno)	Puesto Rural	72,00	50,1%	36		30
	Capilla del Sauce (Florida)	Puesto Rural	835,00	51,3%	428		20
	Montecoral (Florida)	Puesto Rural	51,00	51,3%	26		33
	Chingola (Florida)	Puesto Rural	-	51,3%	-		45
					3.948		
San Gregorio de Polanco	San Gregorio de Polanco	Centro Auxiliar	3.415,00	69,2%	2.363		0
	Alegria	Puesto Rural	-	50,1%	-		129
	Cuchilla Ramirez	Puesto Rural	-	50,1%	-		129
	Blanquillo	Policlínica Rural	1.084,00	50,1%	543		55
	La Paloma	Policlínica Rural	1.443,00	50,1%	723		98
						3.629	
Paso de los Toros	Parada Sud	Puesto Rural	-	50,1%	-		10
	Centenario	Consultorio	1.136,00	50,1%	569		3
	Centro Salud Paso de los Toros	Centro Salud	1.554,00	69,2%	1.075		0
	Pol. Jubilados	Consultorio	3.437,00	69,2%	2.378		5
	Arenales	Consultorio	1.651,00	69,2%	1.142		5
	Charrúa	Consultorio	2.823,00	69,2%	1.954		5
	Plaza Deportes	Consultorio	3.253,00	69,2%	2.251		3
	Rondas Rurales	-	-	69,2%	-		-
					9.370		

Tabla 2: AS Durazno en capital departamental.

Se describe el AS de Durazno capital, se describe las unidades asistenciales de cada ZIT's con sus SubZIT's correspondientes. Se describe la estimación de usuarios y la distántica/tiempo a la cabecera de AS (en UA urbanas se mide en min caminando y en UA rurales en min en vehículo)

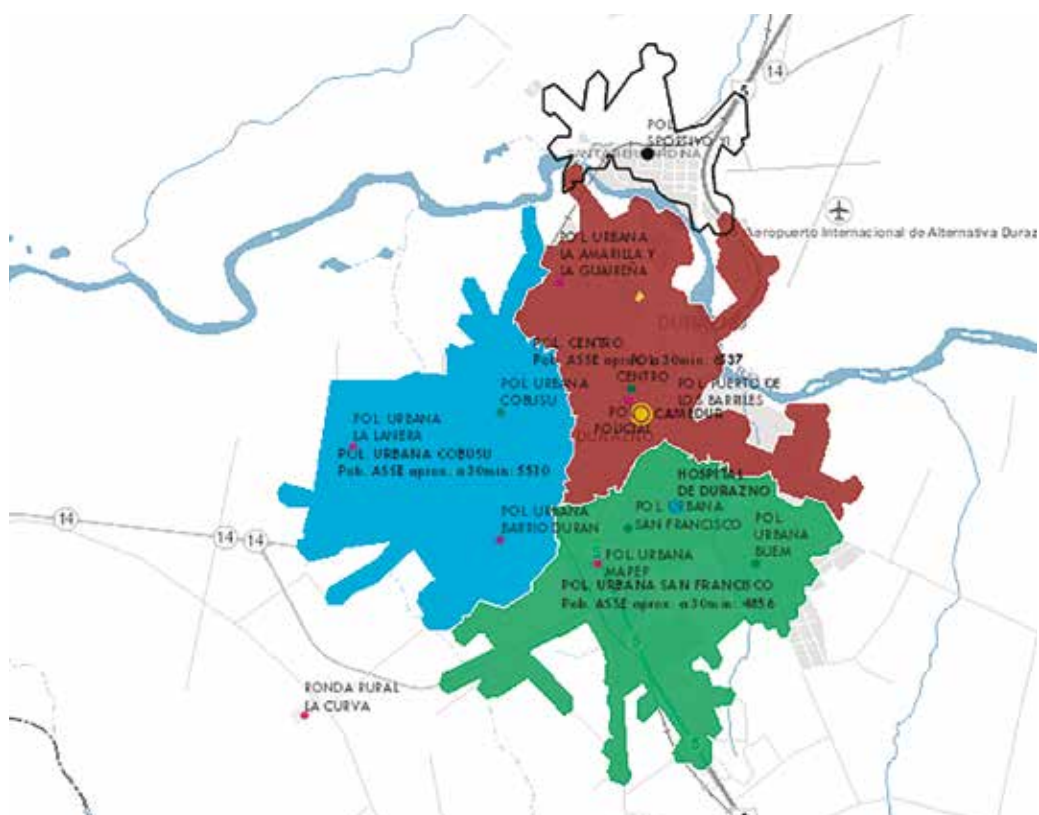
Área de Salud	ZIT	SubZIT	Categoría	Población INE	Proporción Usuarios	N° Usuarios	Total usuarios Área	Tiempo a Cabecera AS min Vehículo	Tiempo a Cabecera AS min caminando
AS Durazno capital	ZIT 1	Buém	Policlínica	3.345	50%	1.676		2	29
		Goñi	Puesto Rural	-	51%	-		17	-
		Batoví	Puesto Rural	-	50%	-		9	-
		San Francisco	Policlínica	3.250,00	50%	1.628		1	22
		Mapep	Consultorio	2.580,00	50%	1.293		3	24
		Puerto de los barriles	Consultorio	3.194,00	50%	1.600		2	5
					TOTAL ZIT	6.197			
	ZIT 2	Cobusu	Policlínica	6.331	50%	3.172		5	19
		Barrio Duran	Consultorio	3.435,00	50%	1.721		4	24
		La Lanera	Consultorio	468,00	50%	234		8	41
		La Curva	Consultorio	106,00	50%	53		7	53
					TOTAL ZIT	5.180			
	ZIT 3	Policlínica Centro	Centro de Salud	2.179,00	50%	1.092		-	-
		Pol. Policial	Consultorio	3.264,00	50%	1.635		3	2
		La Amarilla y la Guaireña	Policlínica	5.695,00	50%	2.853		5	18
Sportivo Yí		Consultorio	975,00	50%	488		7	38	
Ombues de Oribe		Puesto Rural	89,00	50%	45		23	-	
Pueblo Álvarez		Puesto Rural	-	50%	-		37	-	
Chico de Cuadra		Puesto Rural	-	50%	-		52	-	
Feliciano		Puesto Rural	77,00	50%	39		50	-	
				TOTAL ZIT	6.152				
ZIT 4 (Rural)	Villa del Carmen	Policlínica rural	2.692,00	50%	1.349		57	-	
	Aguas Buenas	Puesto Rural	86,00	50%	43		162	-	
	San Jorge	Policlínica rural	502,00	50%	252		115	-	
	Cuchilla del Rincón	Puesto Rural	-	50%	-		150	-	
	Carlos Reyles	Puesto Rural	976,00	50%	489		35	-	
				TOTAL ZIT	2.132				
						19.661,24			

Caso de Durazno Capital:

La ciudad de Durazno según el censo 2011 del INE tiene una población de 35.462 habitantes, contando con 12 unidades asistenciales que están en la órbita de la Red de Atención Primaria. En dicha ciudad se podría plantear la organización de 3 Zonas de Intervención Territorial con las siguientes cabeceras: ZIT 1: San Francisco, ZIT 2: Cobusu, ZIT 3: Policlínica Centro. Se visualiza en el mapa de la imagen 43, cómo se cubre la práctica totalidad de la ciudad partiendo de las policlínicas mencionadas como cabecera de ZIT. Queda por fuera la zona de "Sportivo Yí", que sería cubierta por la subZIT de dicha unidad asistencial.

Imagen 43: ZIT Durazno.

Se visualiza las 3 ZIT de la Ciudad de Durazno con el perímetro resaltado en color que representa 30 min caminando desde la policlínica principal. Se destaca en la parte superior que la ZIT de "Policlínica Centro" no alcanza en cobertura a 30min a la zona de "Sportivo Yí", dado principalmente por el río Yí. Sin embargo, se reconoce el polígono sin relleno como la SubZIT del Consultorio de Sportivo Yí que cubre en 15 min. toda el área urbana



Se plantea como cabecera del AS la “Policlínica Centro”, que representa claramente la UA más robusta en términos de oferta de prestaciones, recursos humanos disponibles y capacidad edilicia para expansión. En sintonía con el escenario de aplicabilidad de “Ciudades Intermedias” (Entorno 2), los servicios de apoyo diagnóstico (RX, Laboratorio, etc.) podrían ser absorbidos por el hospital departamental, identificado en la imagen 43 en el límite de la ZIT 1 y ZIT 3.

Por último, cada ZIT se compone de SubZIT que se definen como el territorio de responsabilidad del equipo de referencia, operativamente se expresa como espacio que está a 15 minutos caminando de cada una de las UA (consultorios o policlínicas), y dónde desempeña sus funciones el equipo de referencia, brindando atención integral a la población de responsabilidad.

Imagen 44a: SubZIT Durazno.

En la imagen 44a se visualiza la ciudad de Durazno, dónde se identifican las UA de la RAP y el Hospital departamental.

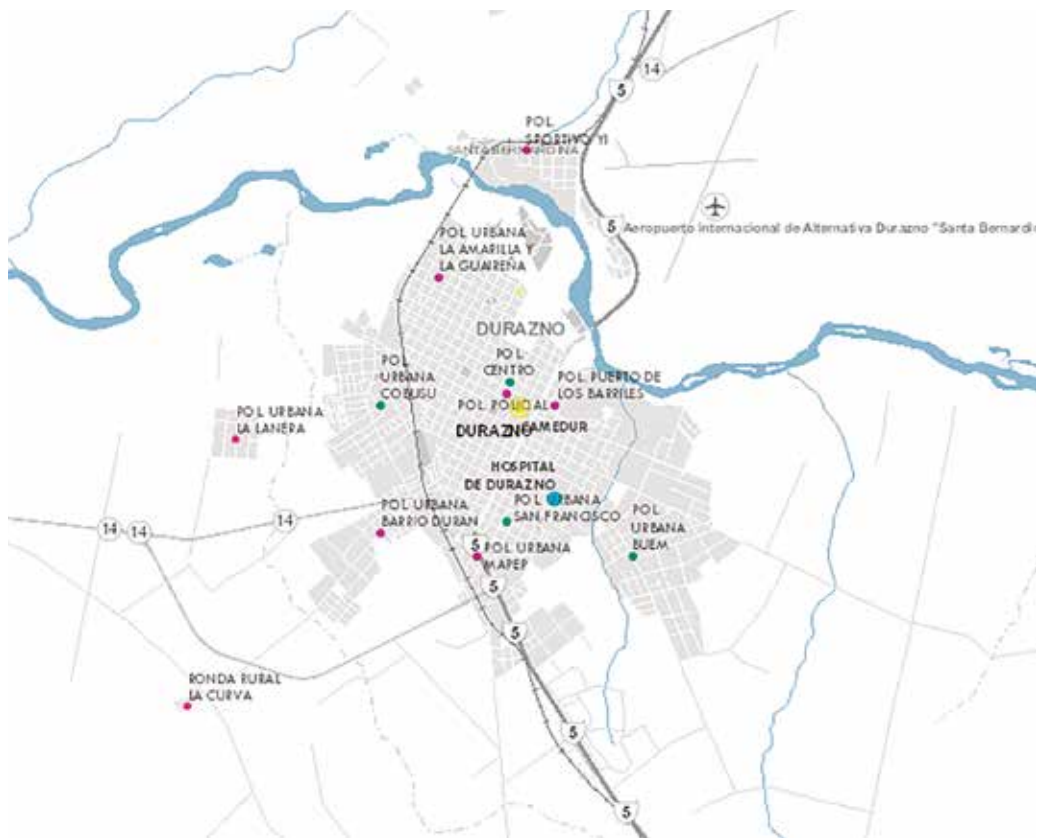


Imagen 44b: SubZIT Durazno.

En la imagen 44b se visualizan polígonos de distintos colores que representan el perímetro de 15min caminando desde cada UA, lo que corresponde a la SubZIT.



Nudos Críticos

Se plantea como nudo crítico la situación de las cuatro AS que se reconocen a través de este estudio, debiendo establecer acuerdos entre las RAPs involucradas para acompañar desde la dependencia funcional-administrativa, las sugerencias que de este informe se desprenden. Asegurando un funcionamiento del primer nivel en clave de RISS, de acuerdo a la movilidad de la población y las proyecciones regionales elaboradas por OPP y DINOT.

Flores

En el caso del Departamento de Flores presenta una población según el censo INE 2011, de 22.982 habitantes, de los cuales el 21.429 viven en la ciudad de Trinidad (capital departamental). La RAP de Flores cuenta con 7 Unidades Asistenciales en la ciudad de Trinidad, 2 policlínicas y 5 consultorios. A su vez cuenta con una Policlínica rural en

la localidad de Ismael Cortinas, y 4 Puestos rurales: Juan José Castro, Andresito, La Casilla y Cerro Colorado.

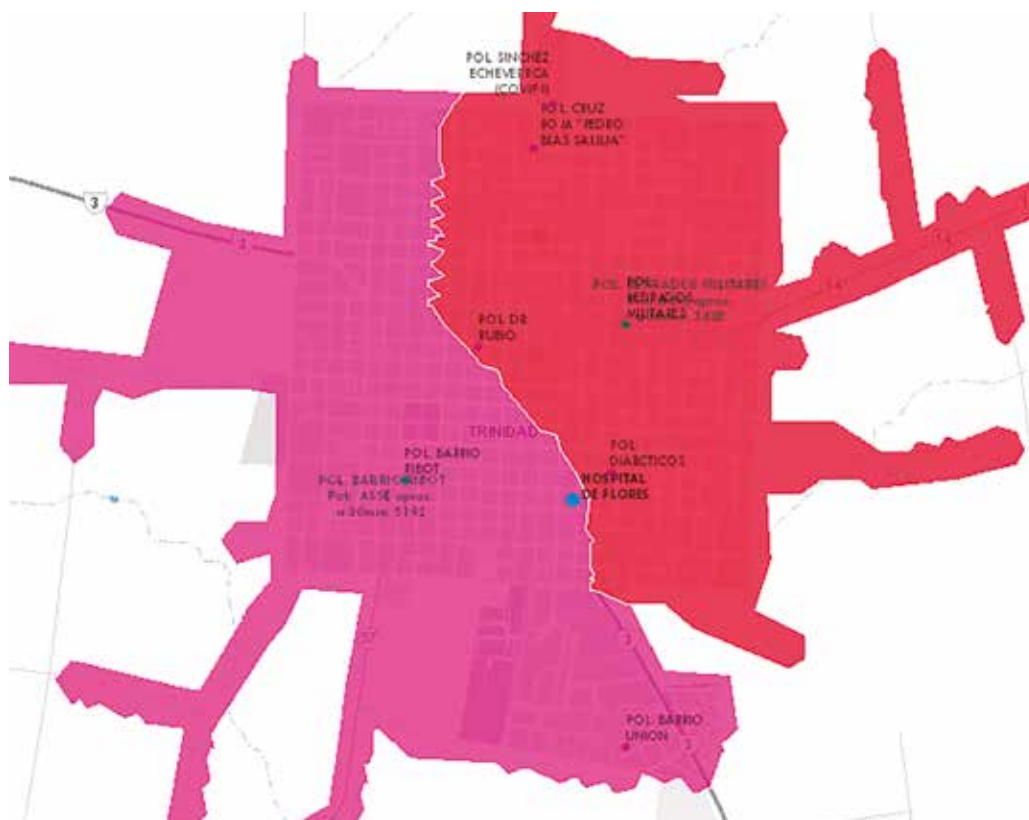
Zonas de Intervención Territorial Trinidad:

Se propone la concreción de dos ZITs (una norte y una sur), que tendrían asociadas SubZITs rurales del norte y sur de la capital respectivamente. Como se visualiza en la imagen 45, presenta una cobertura a 30 min. Caminando, desde las policlínicas cabecera de cada ZIT, de toda la zona urbana. Las ZITs planteadas podrían adecuarse tomando en cuenta elementos funcionales de los barrios.

En la ZIT Norte, la policlínica principal sería la Pol. Retirados Militares, contando con los consultorios urbanos asociados de: Sánchez Echeverría, Cruz Roja y Asociación de Diabéticos. Asimismo, se asocian los puestos rurales de las localidades de Juan José Castro y Andresito. En esto se desarrolla como modalidad de atención la ronda rural.

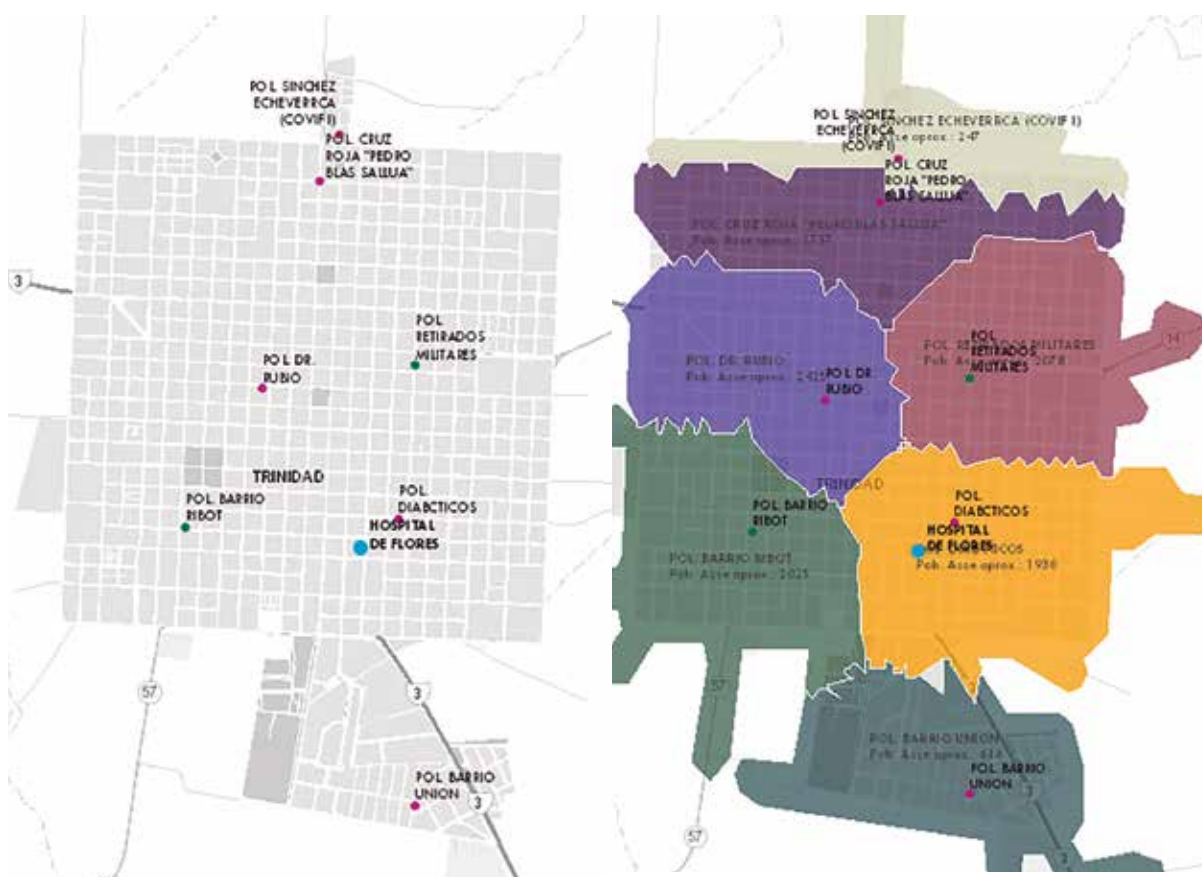
Respecto a la ZIT Sur, la policlínica principal es la Pol. Ribot, que incluye 2 consultorios urbanos asociados: Barrio Unión y Policlínica Dr. Rubio. A su vez, se asocian los puestos rurales que se atienden en modo de ronda rural, La Casilla y Cerro Colorado.

Imagen 45: ZITs de Trinidad: Se visualiza las dos ZIT en color se representa 30 min caminando desde la policlínica principal. ZIT Norte "Retirados Militares" y ZIT Sur "Policlínica Ribot".



En la imagen 46 se observan las SubZITs de Trinidad, a la izquierda se visualiza la ciudad, dónde se identifican las UA de la RAP y el Hospital departamental. A la derecha se visualizan polígonos de distintos colores que representan el perímetro de 15 minutos caminando desde cada UA, lo que corresponde a las SubZITs.

Imagen 46: SubZITs de Trinidad

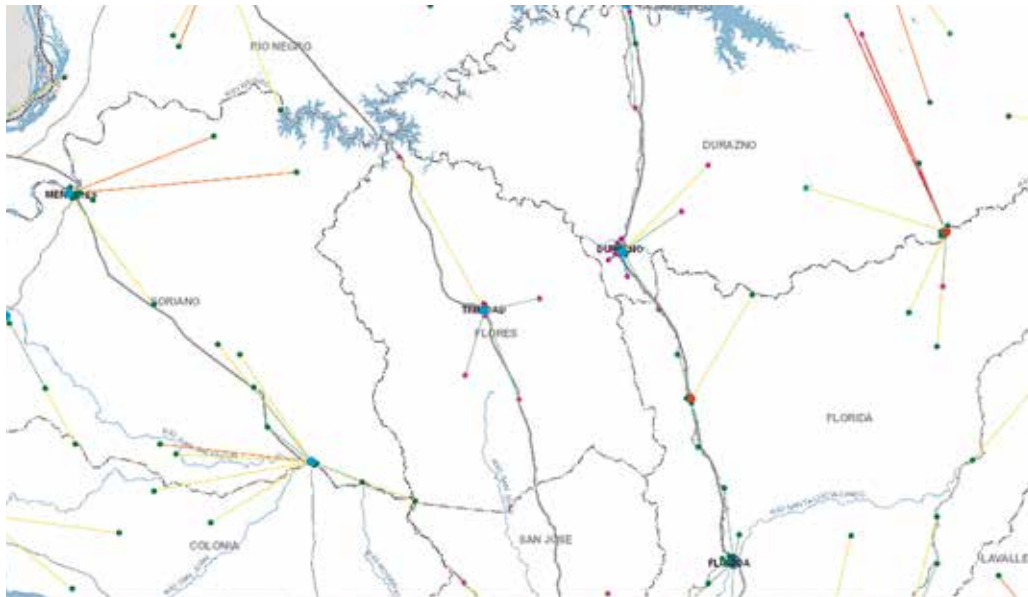


Área de Salud Flores:

Se plantea establecer una única AS en todo el departamento que, por su dimensión, podría gestionarse directamente desde la RAP. Los servicios de apoyo diagnóstico serían brindados por el Hospital de Trinidad.

En la imagen 47 se visualizan vectores de las unidades asistenciales más cercanas a una cabecera de AS. Se identifica la situación de Ismael cortina como nudo crítico.

Imagen 47: Área de Salud Flores



Nudos Críticos de Flores:

El principal nudo crítico que se reconoce en la RAP de Flores es la localidad de Ismael Cortinas (Ver imagen 47). En Ismael Cortinas se encuentra una policlínica rural que presenta un equipo de medicina general y enfermería de retén 24 hs, y una unidad de traslado. La misma se encuentra a una distancia/tiempo considerablemente más accesible a Cardona que a Trinidad, de quien hoy depende.

- » La variable tiempo/distancia de Ismael Cortinas al Centro Auxiliar de Cardona es de 33 min/32 km.
- » La variable tiempo/distancia de Ismael Cortinas a Trinidad es de 55 min/56 km.

Como agregado, existe un gran vínculo cultural y medios de transporte público entre Ismael Cortinas y Cardona, determinando una mayor relación funcional entre ambas localidades.

En la siguiente tabla se detalla los datos referidos al número de usuarios de responsabilidad de cada SubZIT y ZIT. Así como el tiempo/distancia de cada UA al Hospital de Trinidad, que por la concentración de población y desde una perspectiva de economía de escala, es dónde se desarrollarían las prestaciones de cabecera sanitaria del AS de Flores (ej.: servicios de apoyo diagnóstico, especialidades focales, puerta de urgencia, farmacia, etc.).

Se describe la estimación de usuarios en cada caso, y la distancia/tiempo a la cabecera de AS (en este caso se tomó el Hospital de Trinidad). En UA urbanas se mide en min. caminando y en UA rurales en min. en vehículo.

Tabla 3: AS del departamento de Flores

Se describe el AS de del departamento de Flores con sus correspondientes ZIT's y SubZIT's. Se describe la estimación de usuarios en cada caso, y la distancia/tiempo a la cabecera de AS (en este caso se tomo el Hospital de Trinidad). En UA urbanas se mide en min caminando y en UA rurales en min. en vehículo)

Área de Salud	ZIT	SubZIT	Categoría	Población INE	Proporción Usuarios	Nº Usuarios	Total usuarios Área	Tiempo a Cabecera AS min en vehículo	Tiempo a Cabecera AS min caminando
AS Flores	ZIT 1	Dr. Sanchez Echeverría	Consultorio	490	52%	254		-	27
		Retirados Militares	Policlínica	4.098	52%	2.127		-	14
		Cruz Roja	Consultorio	3.385	52%	1.757		-	23
		Asociación de Diabéticos	Consultorio	3.652	52%	1.895		-	4
		Andresito	Puesto Rural	261	52%	135		41	-
		Juan José Castro	Puesto Rural	97	52%	50		24	-
					TOTAL ZIT	6.219			
	ZIT 2	Barrio Unión	Consultorio	1.187	52%	616	-	21	
		Policlínica Dr. Rubio	Consultorio	4.643	52%	2.410	-	15	
		Ribot	Policlínica	3.901	52%	2.025	-	10	
		Cerro Colorado	Puesto Rural	96	52%	50	20	-	
		La Casilla	Puesto Rural	181	52%	94	19	-	
					TOTAL ZIT	5.194			
						11.413			

San José

La ciudad de San José de Mayo es la capital del departamento de San José, y cuenta con 37.481 habitantes según el censo de INE 2011. La RAP de San José tiene a su cargo, en la ciudad de San José de Mayo, 1 Centro de Salud, 2 policlínicas y 9 consultorios.

Zona de Intervención Territorial (ZIT):

En las imágenes 48 y 49 se identifica la ciudad de San José y las 12 unidades asistenciales dependientes de la RAP, y las SubZITs correspondientes que están trazadas con un perímetro de 15 min caminando desde la unidad asistencial. Este es el territorio de responsabilidad de los equipos de referencia.

Se reconocen a su vez 3 ZITs (perímetro de 30 minutos caminando desde la policlínica principal), que cubren la totalidad de la superficie urbana como se identifica en la imagen 50. La ZIT 1 presenta como UA principal al Centro de Salud de San José, la ZIT 2 tiene a la Policlínica de “Tres Barrios” como principal, y a la ZIT 3 corresponde la policlínica INVE II. Quedaría como una SubZIT asociada al Centro de Salud la zona periurbana de “Raigón”.

Imagen 48: Ciudad de San José y unidades asistenciales.

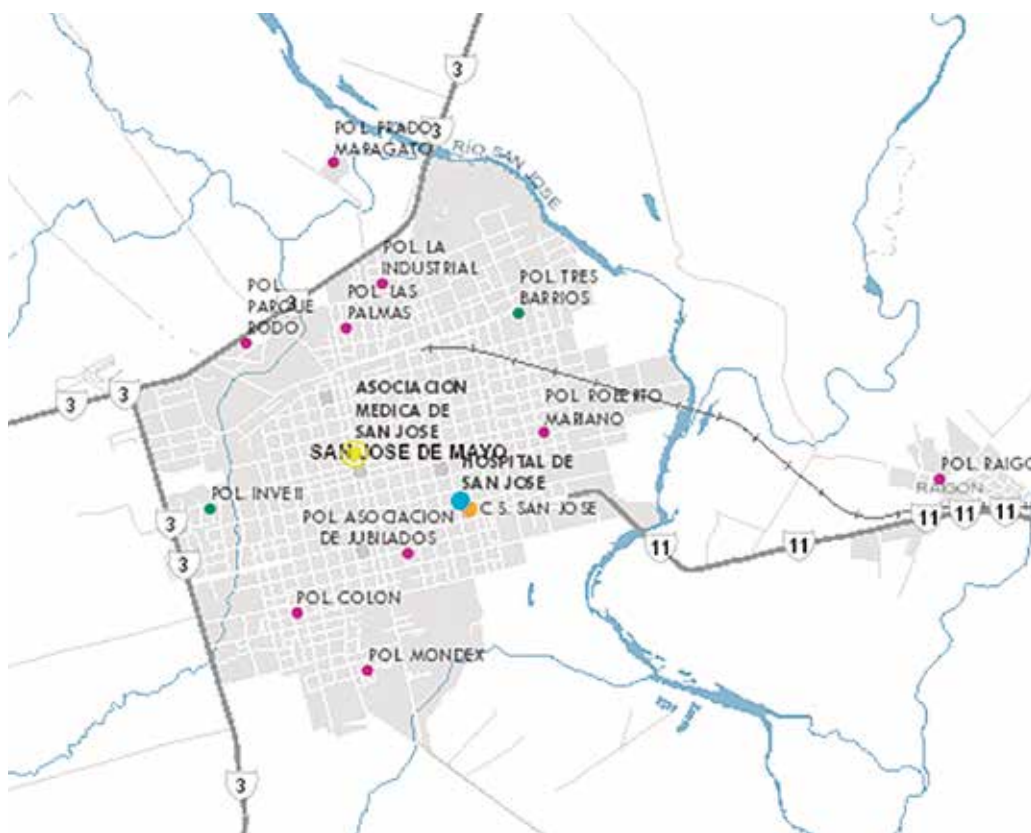


Imagen 49: Ciudad de San José, SubZIT.



Imagen 50: Ciudad de San José, ZIT.

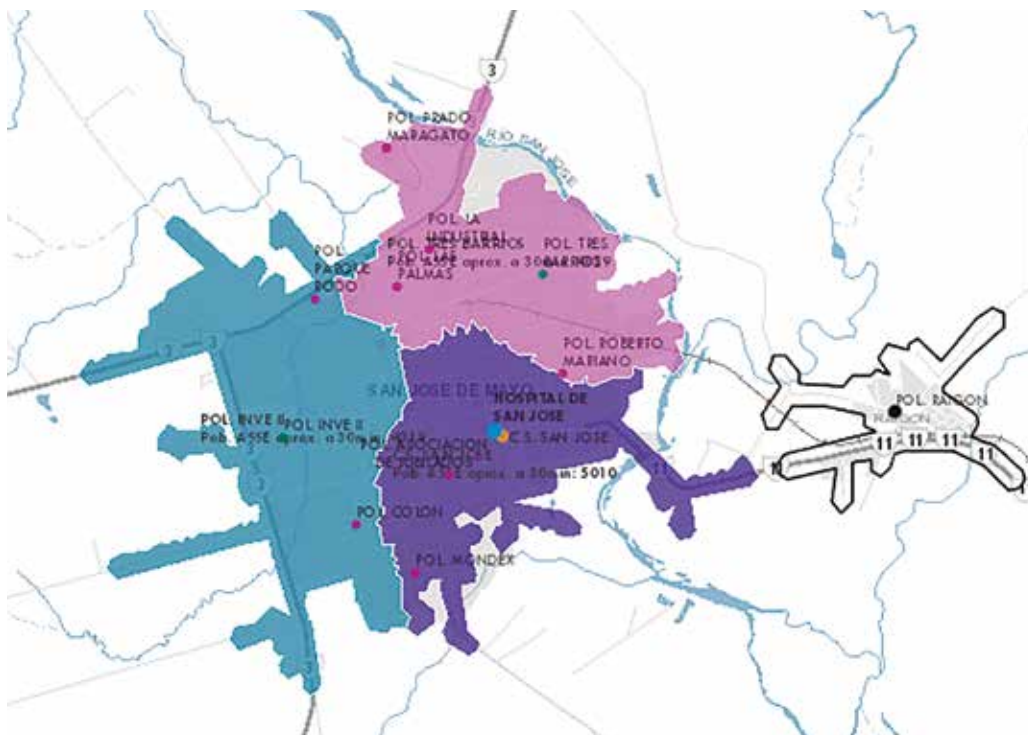


Tabla 4: AS de San José de Mayo

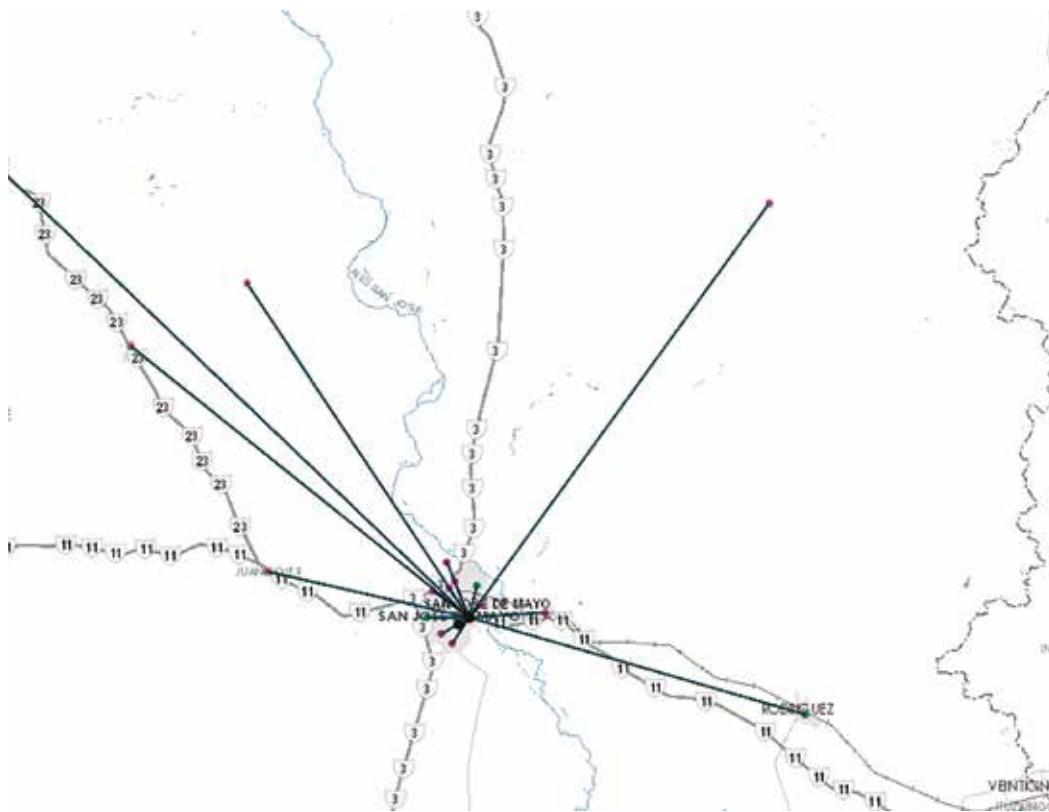
Se describe el AS de San José de Mayo con sus correspondientes ZIT's y SubZIT's. Se describe la estimación de usuarios en cada caso, y la distancia/tiempo a la cabecera de AS. En UA urbanas se mide en min caminando y en UA rurales en min en vehículo)

Área de Salud	ZIT	SubZIT	Categoría	Población INE	Proporción Usuarios	Nº Usuarios	Total usuarios- ríos Área	Tiempo a Cabecera AS min caminando	
AS San José de Mayo	ZIT 1	Centro de Salud San José	Centro de Salud	5.403	37%	2.005		-	
		Asociación de Jubilados	Consultorio	4.461	37%	1.655		9	
		Roberto Mariano	Consultorio	4.011	37%	1.488		12	
		Raigón	Consultorio	738	37%	274		48	
					TOTAL ZIT	5.421			
		ZIT 2	Mondex	Consultorio	1.600	37%	592		29
	Colón		Consultorio	4.206	37%	1.556		24	
	INVE II		Policlínica	5.038	37%	1.864		25	
					TOTAL ZIT	4.012			
		ZIT 3	Tres Barrios	Policlínica	4.180	37%	1.547		23
Industrial	Consultorio		2.369	37%	877		22		
Prado Maragato	Consultorio		203	37%	75		38		
Parque Rodó	Consultorio		507	37%	188		33		
		Las Palmas	Consultorio	399	37%	148		27	
				TOTAL ZIT	2.833				
							12.267		

Área de Salud:

En el caso de estudio de San José de Mayo se reconoce al Centro de Salud como cabecera del AS urbana, que es única en la ciudad, como es característico de este tipo de escenario de aplicabilidad. Otra característica propia de las Pequeñas Localidades y Ruralidades es que el Centro de Salud remite los servicios de apoyo (Radiografía, laboratorio, etc.) y la puerta de urgencia al Centro Hospitalario.

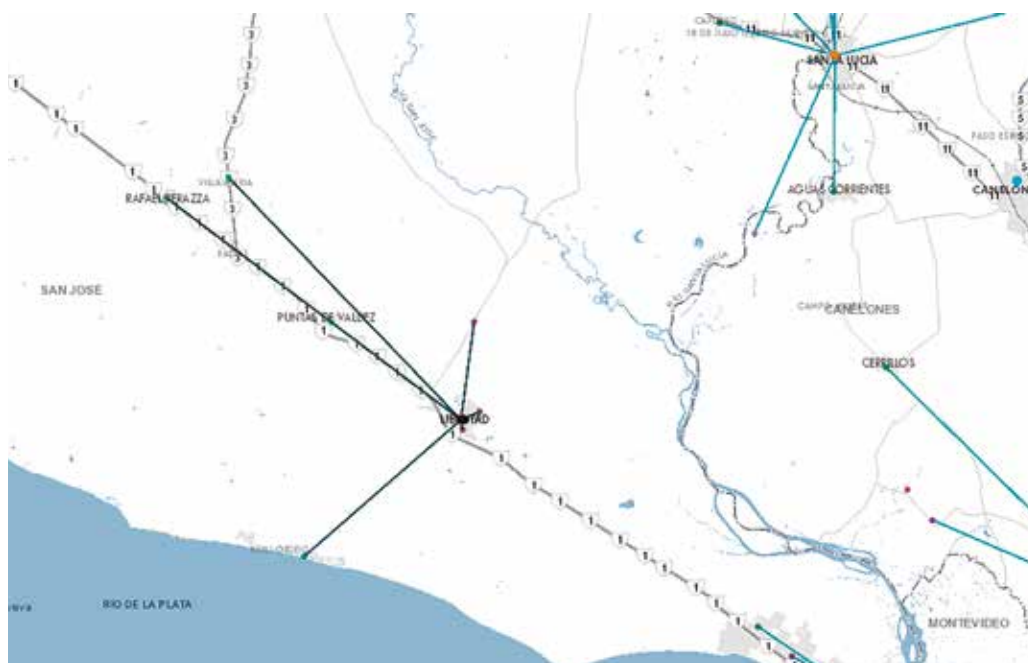
Imagen 51: AS San José de Mayo



El AS de San José de Mayo (imagen 51) incluye las localidades rurales principalmente del norte del Departamento, como ser: Juan Soler, Estación González, Mal Abrigo, Fagina, Carreta Quemada y Villa Rodríguez.

Se identificó, además, otra AS en el Departamento de San José cuya cabecera sanitaria es el Centro Auxiliar de Libertad, incluyendo las localidades de Colonia Italia, Villa María, Punta Valdez, Rafael Peraza y Kiyú; ver imagen 52.

Imagen 52: AS Libertad.

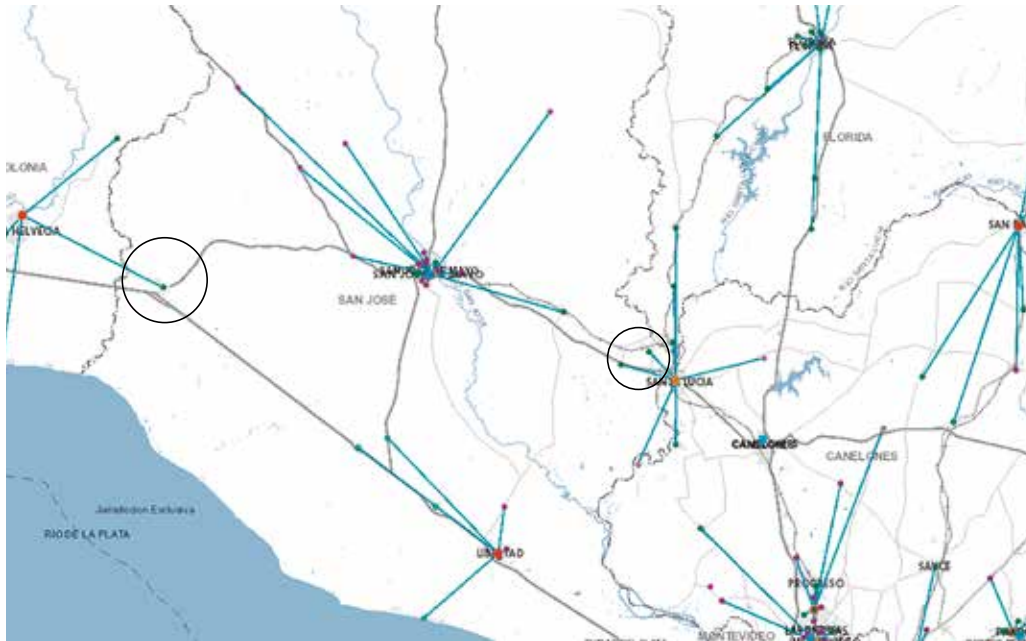


Nudos Críticos:

Como Nudos Críticos se plantean la existencia de ciertas unidades asistenciales que se encuentran considerablemente más accesibles a una cabecera de otro departamento. Poniendo en tensión a la organización departamental de la red de servicios de salud, determinando una necesaria toma de decisiones. Se reconoce en este sentido:

- » Al este Ituzaiingó y Capurro con accesibilidad considerablemente mayor al Centro Auxiliar de Santa Lucía.
 - » Al oeste del departamento encontramos a la localidad de Ecilda Paullier que, si bien en términos de distancia/tiempo es más accesible a Nueva Helvecia, la diferencia no es significativa y la resolutivez potencial es mayor en San José de Mayo.
- Esto se puede observar en la imagen 53. Donde se identifican con círculos las unidades asistenciales en donde la tensión que se genera en la organización departamental de la red de servicios del primer nivel es importante. A la izquierda se reconoce a Ecilda Paullier y a la derecha Ituzaiingó y Capurro.

Imagen 53: Tensiones departamentales



Rivera

El Departamento de Rivera corresponde a la Región Norte de ASSE, y junto a Tacuarembó y Artigas conforman la Subregión Noreste. Rivera cuenta con una superficie territorial 9.370 Km², y con una población de 95.872 habitantes de acuerdo a datos del Censo 2011 (INE). Presenta una complejidad adicional que es contar con 100km de frontera seca con Brasil, que genera un flujo constante de personas de un sentido al otro.

El Departamento de Rivera presenta una capital departamental que representa el 86% de la población total, y es considerada una ciudad mayor de acuerdo al Rango de Ciudades DINOT. La ruralidad de Rivera tiene la particularidad de contar con 3 localidades bien definidas con protagonismo socioeconómico y cultural, que presentan asociado un gran componente de ruralidad dispersa. Estas localidades son: Tranqueras, Vichadero y Minas de Corrales.

El trabajo de territorialización de la RAP de Rivera se centró en la capital departamental, y en las localidades rurales principales.

Rivera Capital

La ciudad de Rivera capital cuenta con 79.171 personas de acuerdo a los datos del Censo INE 2011. Cuenta con 10 unidades asistenciales dependientes de la RAP, y un Hospital de 3er nivel (Hospital Departamental de Rivera).

De la lectura territorial efectuada a través del SIT-MVOTMA y la visita a territorio se proponen 3 Áreas de Salud en la ciudad de Rivera: Rivera Chico, Royol y Mandubí. Estas AS reconocen realidades de vinculación entre los barrios dadas por los accesos viales y el transporte público.

Dos de las AS presentan como cabecera un Centro de Salud (Royol y Rivera Chico). En el caso de Mandubí, se identificó a la Policlínica de Mandubí como la cabecera del AS de Mandubí. Se recomienda considerar ampliar la oferta de prestaciones para poder desarrollarse como Centro de Salud en el futuro. El AS de Mandubí es una zona de gran dinamismo y crecimiento, según el informe de la Dirección Ordenamiento Territorial de la Intendencia de Rivera, en dicha zona se ampliarán servicios públicos como ser gimnasio, instalaciones educativas terciarias, mejoramiento de accesos viales (puentes y caminería). En la zona de La Pedrera se tiene previsto la construcción de varias cooperativas de vivienda. Estos elementos sumandos al aumento creciente de la población de la zona, genera la necesidad de desarrollar un Centro de Salud y establecer dicha zona como AS.

En la tabla 5 se describen las 3 AS de la ciudad de Rivera. En el AS de Royol se le asociaron puestos de salud rural que quedan cercanos a la ciudad de Rivera. Se estimó el número de usuarios en base a la población INE 2011 y la proporción de usuarios a nivel departamental (60%).

Las AS presenta un número de usuarios dispar, que se podría compensar en cierta medida por las características socioeconómicas de cada una de ellas. En la zona Centro, por ejemplo, existe un nivel socioeconómico de la población alto, sin embargo, en la

zona de Lagunón y Mandubí, es una zona de población con alta vulnerabilidad social. Esto determina un mayor despliegue de recursos para llevar a cabo una atención a la salud equitativa, a la vez que existe una mayor proporción de usuarios de ASSE. La zona de Santa Isabel presenta ciertas características particulares con gran identidad cultural, y una ubicación distante que podría justificar una ZIT a pesar de no contar con un n poblacional importante.

Otro elemento a considerar es desarrollar un consultorio dependiente de la RAP en la zona del Hospital dónde se concentra un gran número de población. Ello permitiría desconcentrar la atención ambulatoria no urgente de los Equipos Territoriales de Salud de un hospital de tercer nivel atención.

La siguiente tabla describe las 3 AS de la ciudad de Rivera. Se agrega las ZITs que la componen y SubZITs respectivamente. También se detalla las UA y su categoría, y a cada unidad territorial (SubZIT, ZIT y AS) se le estimó la proporción de usuarios. La distancia a la cabecera de las AS en UA urbanas se mide en min. caminando y en UA rurales en min. en vehículo.

Tabla 5: AS de la ciudad de Rivera

Área de Salud	ZIT	SubZIT	Unidades Asistenciales	Categoría	Población INE	Proporción Usuarios	N° Usuarios	Total usuarios Área	Tiempo a Cabecera AS	Tiempo a Cabecera AS min caminando
Royal	ZIT 1	Royal	Royal	Centro de Salud	10.508,00	60%	6.305	17.975	-	-
		Rampla	Rampla	Consultorio	4.660,00	60%	2.796		3	18
		Centro (Hospital)	--	-	14.684,00	60%	8.810		3	25
		SubZIT Rural	Paso Ataques	Puesto Rural	107,00	60%	64		41	-
		SubZIT Rural	Capón Alto	Puesto Rural	-	60%	-		54	-
		SubZIT Rural	Lagos del Norte	Puesto Rural	-	60%	-		19	-
						TOTAL ZIT:	17.975			
Rivera Chico	ZIT 2	Lagunon	Lagunon	Policlínica	1.664,00	60%	998	4.290	3	20
		Tres Cruces	Tres Cruces	Consultorio	2.326,00	60%	1.396		8	52
		Quintas al Norte	Quintas al Norte	Consultorio	3.160,00	60%	1.896			13
									TOTAL ZIT:	4.290
Mandubí	ZIT 3	La Estiba	La Estiba	Consultorio	3.867,00	60%	2.305	15.837	3	18
		Rivera Chico	Rivera Chico	Centro de Salud	15.403,00	60%	9.242		-	-
									TOTAL ZIT:	11.547
Mandubí	ZIT 4	Mandubí	Mandubí	Policlínica	4.871,00	60%	2.923	8.011	-	-
		La Raca	--	--	2.582,00	60%	1.539		3	14
		Barrio Bisio	--	--	2.731,00	60%	1.628		3	32
		La Pedrera	La Pedrera	Consultorio	3.225,00	60%	1.922		3	19
									TOTAL ZIT:	8.011
Mandubí	ZIT 5	Santa Isabel	Santa Isabel	Policlínica	4.814,00	60%	2.869	10.880	6	42
									TOTAL ZIT:	2.869

La imagen 54 permite visualizar el mapa de la ciudad de Rivera dónde se calculan las SubZITs (15 min. caminando desde cada unidad asistencial). Se identifica la zona centro (dónde se ubica el Hospital) como una zona que actualmente no presenta unidades asistenciales del PNA.

En tanto en la Imagen 55 se visualizan el cálculo a 30 min. caminando desde las UA principales responsables de las ZITs.

Imagen 54: Ciudad de Rivera, SubZIT.

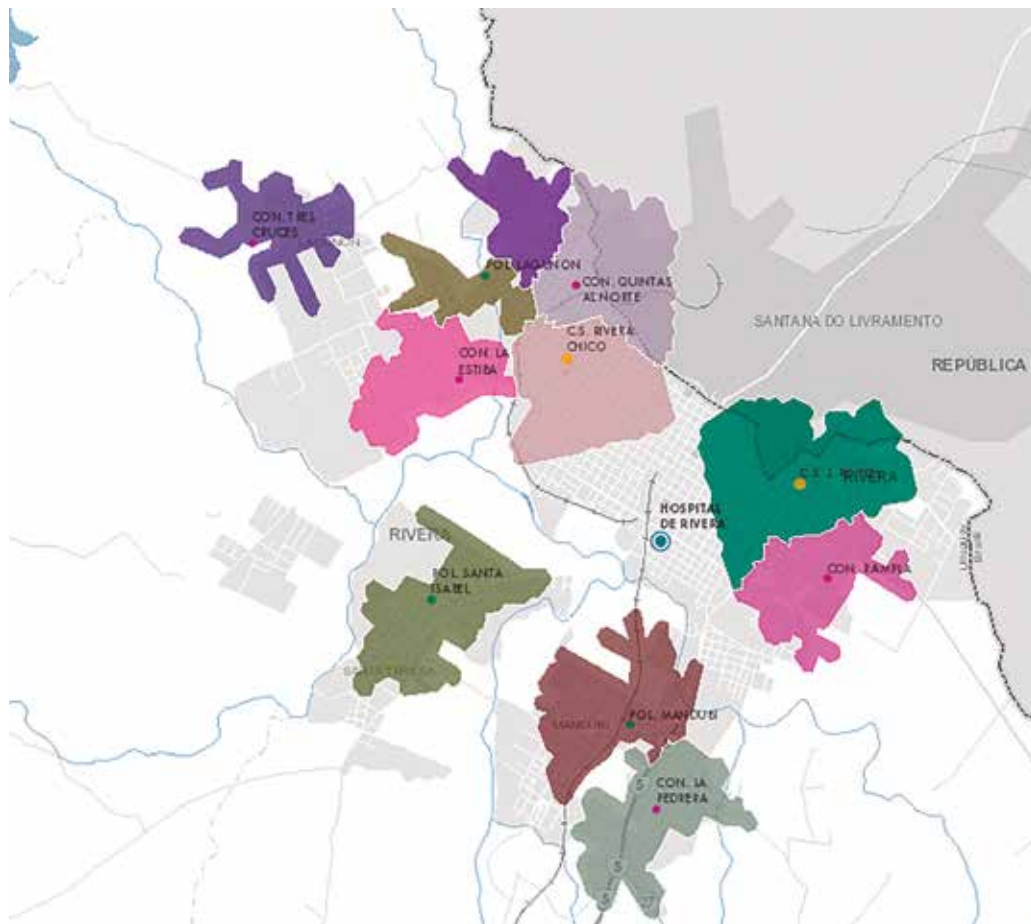
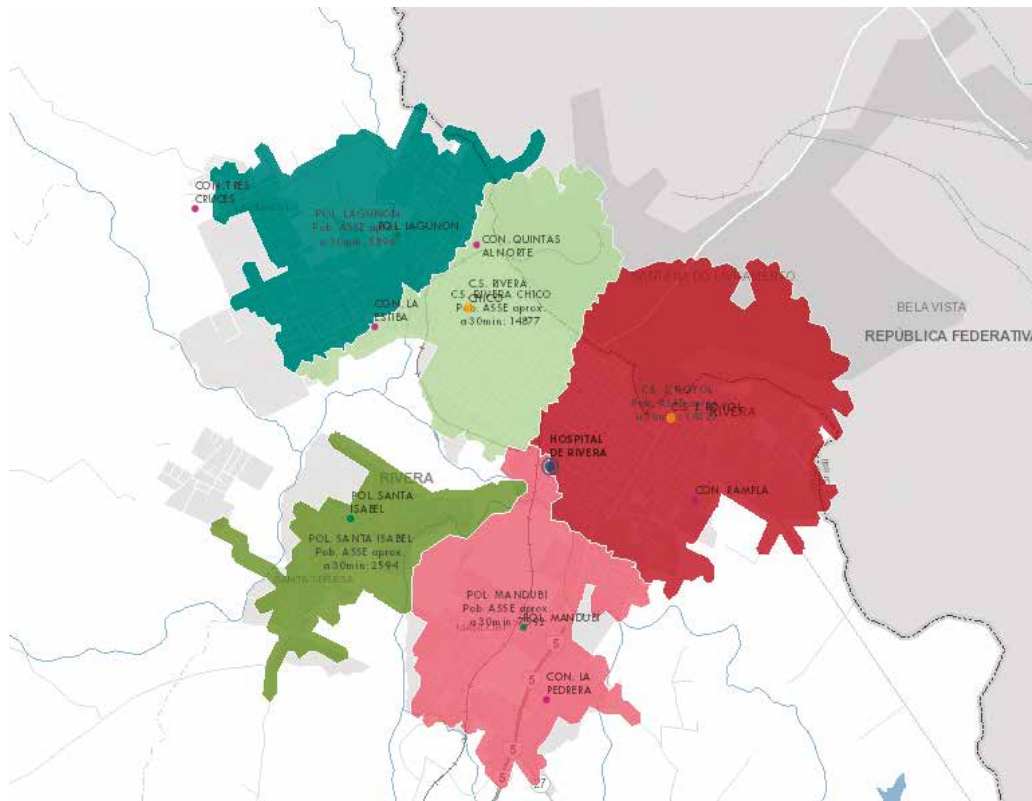


Imagen 55: Ciudad de Rivera, ZIT



Zona Rural

Como se mencionó previamente el departamento de Rivera presenta una capital con gran protagonismo socioeconómico y cultural, identificándose 3 localidades rurales principales que presentan una amplia población rural dispersa. Cada una de estas localidades presenta un Centro Auxiliar, y se consideran cabeceras de AS. Las 3 localidades se consideran en el escenario de aplicabilidad del Modelo Red-Multiescalar de “Pequeñas localidades y ruralidades”.

A continuación, se realiza una breve descripción de cada una de las AS de la ruralidad de Rivera, se incluye un mapa y una tabla con el cálculo de la proporción de usuarios y el cálculo de distancia/tiempo.

Tranqueras

En el caso de Tranqueras es una localidad que presenta una población considerable (7.236 hab. fuente INE 2011), que se encuentra en el entorno de 1 hora de la ciudad de Rivera, y presenta algunas localidades rurales asociadas.

En la imagen 56 se representa el vector de tiempo/distancia de las unidades asistenciales rurales que quedan más cerca de la cabecera sanitaria (en este caso Tranqueras). Los datos se detallan en la tabla 6.

Imagen 56: Tranqueras.

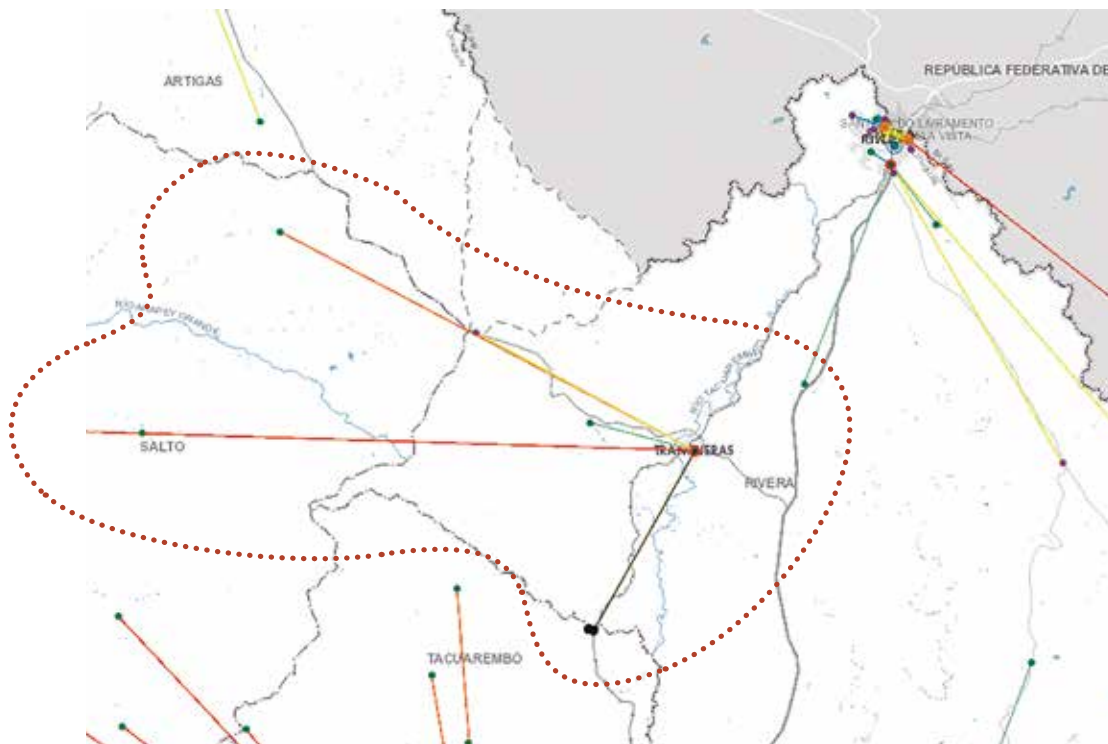


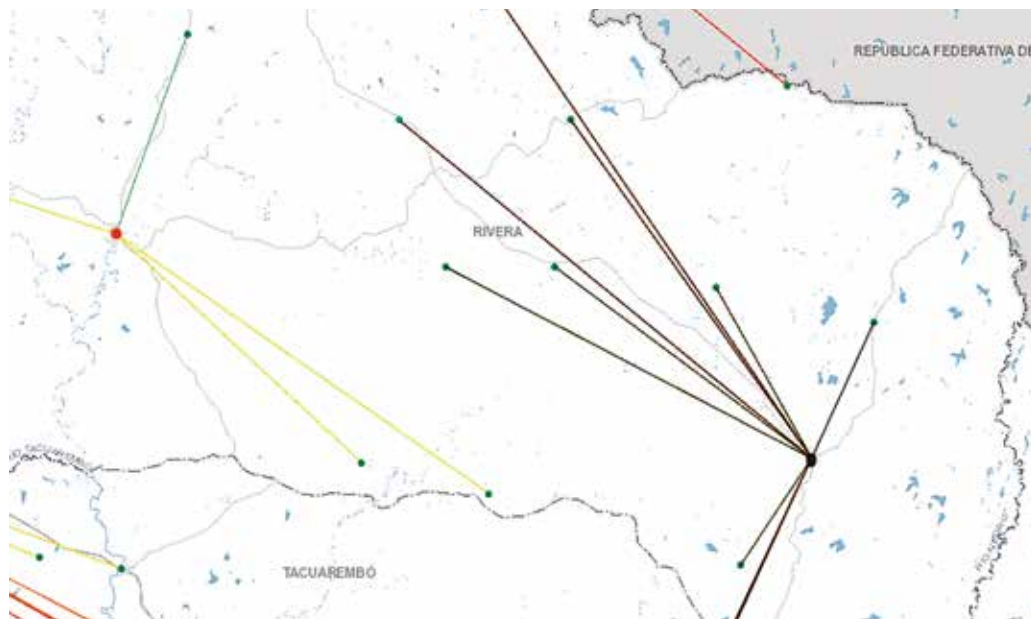
Tabla 6: AS de Tranqueras

Datos de AS de Tranqueras					
Unidad Asistencial	Departamento	Usuarios *	Distancia a Hospital Rivera	Distancia Cabecera AS	Distancia a Hospital Rivera
Tranqueras	Rivera	Centro Auxiliar	4.313	0	49
Estación Laureles	Tacuarembó	Puesto Rural	13	41	85
La Palma (Lunarejo)	Rivera	Puesto Rural	-	17	61
Sarandí de Arapey	Salto	Puesto Rural	125	65	109
Masoller	Rivera	Puesto Rural	143	33	77
Pueblo Fernández	Salto	Puesto Rural	-	127	171
Pueblo Ramos	Salto	Puesto Rural	-	150	194
		TOTAL: 4.594			

* Estimación a partir de proporción usuarios del departamento sobre población INE

Vichadero

En el caso del AS de Vichadero presenta algunas diferencias respecto al caso anterior. Si bien la localidad de Vichadero tiene una población menor (3.698 hab. Fuente INE 2011), la distancia a un hospital es considerablemente mayor (138 min. a Rivera), lo que justifica considerar un AS. Presenta un gran número de localidades consideradas de ruralidad dispersa (menor de 1.000 hab.). Se describe a continuación un mapa con el AS de Vichadero (imagen 57), y posteriormente se detalla en la tabla, las unidades asistenciales, usuarios, distancia/tiempo.

Imagen 57: Vichadero.**Tabla 7:** AS de Vichadero

Datos de AS de Vichadero				
Unidad Asis- tencial	Categoría	Usuarios *	Distancia Cabecera AS	Distancia a Hospital Rivera
Vichadero	Centro Auxiliar	2.204	0	138
Paso Hospital	Puesto Rural	-	18	154
Arroyo Blanco	Puesto Rural	58	44	126
Moirones	Puesto Rural	126	38	102
Amarillo	Puesto Rural	12	52	107
Abrojal	Puesto Rural	0	68	141

Datos de AS de Vichadero				
Unidad Asis- tencial	Categoría	Usuarios *	Distancia Cabecera AS	Distancia a Hospital Rivera
Coronilla	Puesto Rural	0	31	168
La Puente	Puesto Rural	191	73	106
Cerro Pelado	Puesto Rural	76	60	79
Villa Indart	Puesto Rural	0	87	97
Cerrillada	Puesto Rural	67	54	168
		TOTAL: 2.734		

* Estimación a partir de proporción usuarios del departamento sobre población INE

Minas de Corrales:

Minas de corrales es una localidad de 3.788 habitantes según el Censo INE 2011, presentó un gran desarrollo de servicios y protagonismo socioeconómico a finales de siglo XIX y principios del XX, vinculado a la explotación minera. Luego con la disminución pronunciada de este medio de producción se presentó un estancamiento de la población y un crecimiento vegetativo. Actualmente cuenta con un Centro Auxiliar, y algunos puestos rurales asociados. Del mapa que se representa en la Imagen 58 se visualizan 4 unidades asistenciales que identifican como más accesible en términos de distancia/tiempo al Centro Auxiliar de Minas de Corrales: Paso del Cerro (Tacuarembó), La Calera, Las Flores y Arbolito.

De acuerdo al trabajo realizado con el equipo de gestión de la RAP Rivera, se reconocen como puestos rurales asociados a Minas de Corrales únicamente a La Calera y Las Flores. Arbolito se incluye en el AS de Vichadero (ver tabla anterior), y Paso del Cerro funciona actualmente mediante el sistema de rondas rurales de Tacuarembó.

En la tabla de Minas de Corrales se describe la proporción de usuarios de cada localidad, y la distancia/tiempo desde los puestos rurales a la cabecera de AS (C. Auxiliar de Minas de Corrales) y al Hospital más accesible. Se visualiza que es considerablemente más cercano como SNA y TNA el Hospital de Tacuarembó que el Hospital de Rivera. Este es un punto clave a acordar, a que ZIGS corresponde el AS de Minas de Corrales.

Imagen 58: Minas de Corrales.

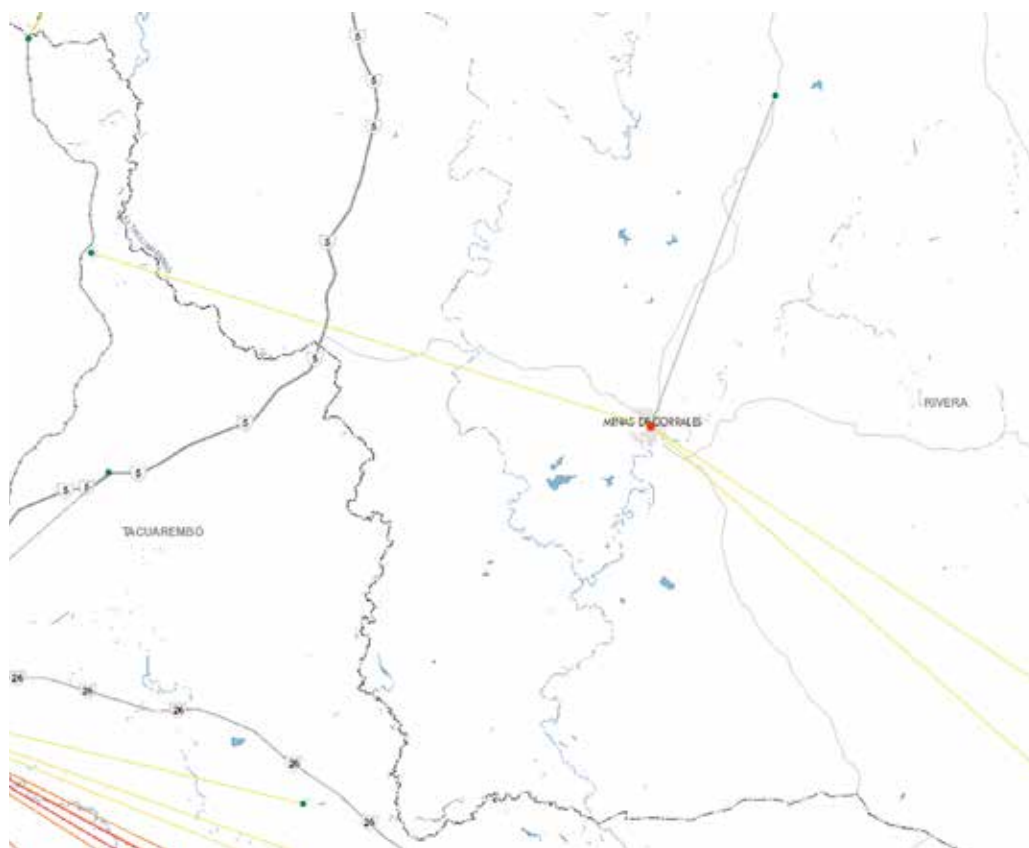


Tabla 8: AS de Minas de Corrales

AS de Minas de Corrales					
Unidad Asistencial	Categoría	Usuarios *	Distancia Cabecera AS	Distancia H. Tacuarembó	Distancia H. Rivera
Minas de Corrales	Centro Auxiliar	2258	0	57	85
La Calera	Puesto Rural	52	24	78	66
Las Flores	Puesto Rural	214	42	49	131
		TOTAL:			
		2.524			

* Estimación a partir de proporción usuarios del departamento sobre población INE

Nudos Críticos:

- » Desarrollo de unidades asistenciales para mejor la accesibilidad en zonas donde no existen: ej. Barrio Bisio en la ciudad de Rivera.
- » Generar acuerdos para el funcionamiento de la red de servicios de salud que rompa los límites departamentales. Particularmente los puestos rurales de los límites departamentales, pero también determinar a qué ZIGS corresponde el AS de Minas de Corrales (Tacuarembó o Rivera)
- » Desarrollo de una mayor oferta de prestaciones en UA cabecera de AS para garantizar una mayor resolutiveidad del PNA.

Cerro Largo

El Departamento de Cerro Largo tiene una superficie de 13.648 km², en la que de acuerdo al censo 2011 viven 78.762 habitantes. De esta población el 86%, aproximadamente, vive en las dos localidades principales: Melo y Rio Branco. Reconociéndose en su territorio un gran número de pequeñas localidades con ruralidad dispersa, y una extensa red de unidades asistenciales.

Presenta una complejidad territorial importante por presentar poblaciones con vulnerabilidad social, escasos recursos humanos calificados radicados en la zona y localidades que son frontera con Brasil.

Ciudad de Melo

La RAP de Cerro Largo cuenta en la ciudad de Melo con 11 unidades asistenciales, 1 Centro de Salud, 3 policlínicas y 6 Consultorios. En la Imagen 59 se pueden visualizar la ubicación de cada UA y su correspondiente SubZIT (perímetro de 15 min. caminando). A través del reconocimiento del funcionamiento territorial, de establecer un análisis de la accesibilidad caminando a las unidades asistenciales e identificar cuáles son las más robustas en términos de equipos de salud, se diagramaron 5 Zonas de Intervención Territorial que se detallan en la Imagen 60.

El Centro de Salud de Melo se reconoce como cabecera sanitaria del Área de Salud, que incluye SubZITs rurales que se asociación a policlínicas urbanas, así como ZITs rurales que presentan como cabecera una Policlínica rural (como es el caso de Isidoro de Noblia y Fraile Muerto). El C. Salud de Melo presenta una amplia oferta de prestaciones, especialidades focales ambulatorias, prestaciones diagnósticas (ecografía), servicio de farmacia, desconcentrando la urgencia y algunas prestaciones diagnósticas (como Laboratorio y radiología) en el Hospital de Melo.

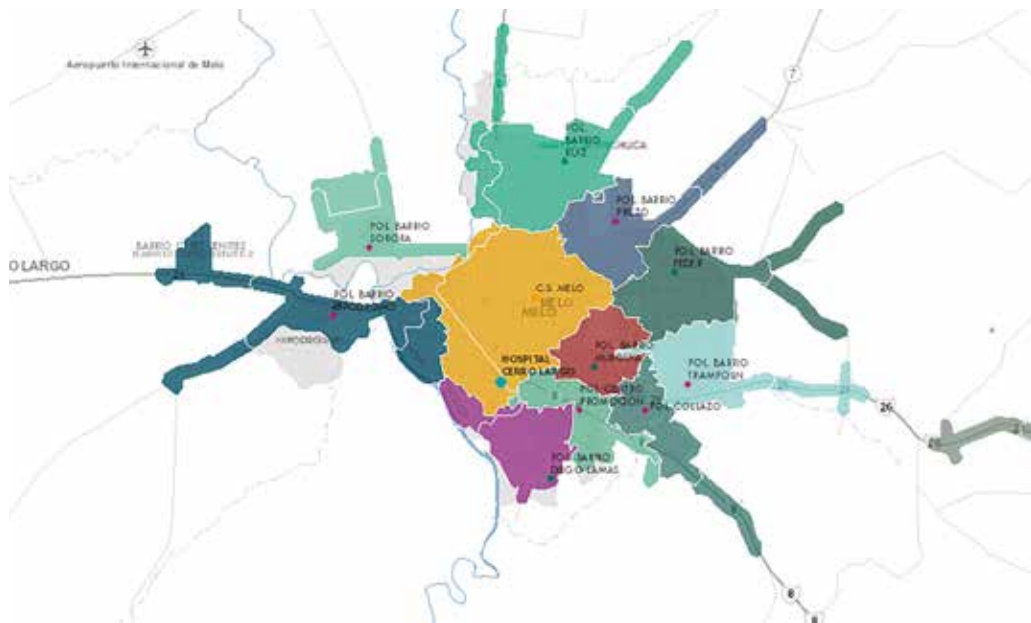
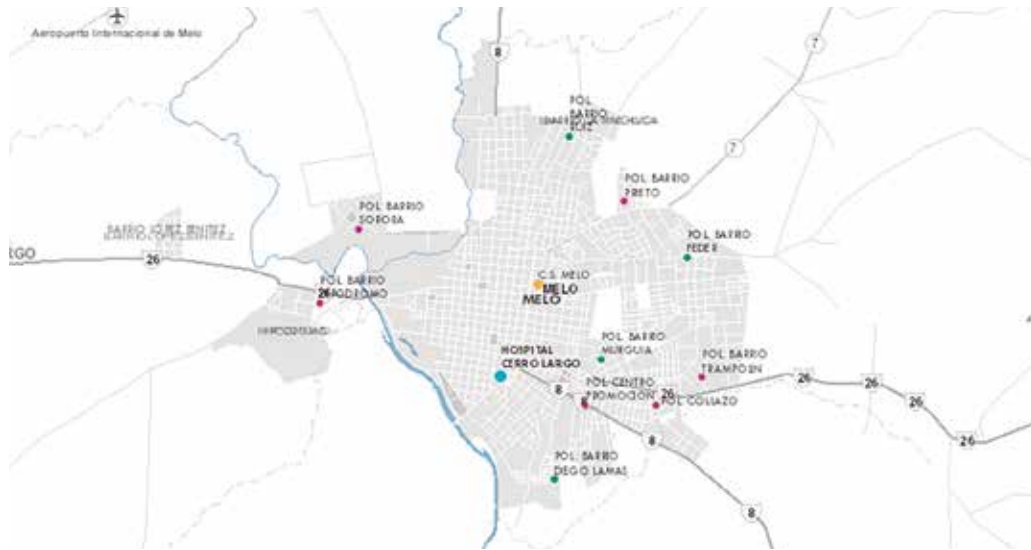
En la tabla 9 se representa el AS de Melo, con cada UA ZIT y SubZIT. Se visualiza también proporción de usuarios y minutos caminando de cada UA a la cabecera. El tiempo se calcula para UA rurales en minutos vehiculares, y en UA urbanas en minutos caminando.

Tabla 9: AS de la ciudad de Melo

Área de Salud	ZIT	SubZIT	Categoría	Población INE	Proporción Usuarios	N° Usuarios	Total usuarios Área	Tiempo a Cabecera AS min vehículo	Tiempo a Cabecera AS min caminando		
C. Salud de Melo	ZIT 1	Centro de Salud de Melo	Centro de Salud	15.389	58%	8.926		-	-		
		Barrio Soñora	Consultorio	1.197	58%	694		-	31		
		Barrio Hipódromo	Consultorio	2.089	58%	1.212		-	33		
	ZIT 2				TOTAL ZIT	10.832					
		Barrio Prieto	Consultorio	7.352,00	58%	4.264		-	18		
		Barrio Ruiz	Policlínica	3.040,00	58%	1.763		-	22		
					TOTAL ZIT	6.027					
	ZIT 3	Barrio Feder	Policlínica	3.802	58%	2.205		-	25		
		Barrio Trampolin	Consultorio	1.756,00	58%	1.018		-	38		
		Centurión	Puesto rural	35,00	58%	20		53	-		
		Cañas	Puesto rural	72,00	58%	42		51	-		
					TOTAL ZIT	3.286					
	ZIT 4	Centro Promoción	Consultorio	4.473,00	58%	2.594		-	22		
		Collazo	Consultorio	1.944,00	58%	1.128		-	30		
		Micaela	Puesto rural	-	58%	-		56	-		
		Arbolito	Puesto rural	189,00	58%	110		31	-		
		Barrio Murgía	Policlínica	3.122,00	58%	1.811		-	20		
				TOTAL ZIT	5.642						
	ZIT 5	Diego Lamas	Policlínica	3.971,00	58%	2.303		-	32		
		Barrio Fogón	-	6.188,00	58%	3.589		-	29		
			TOTAL ZIT	31.679	5.892						

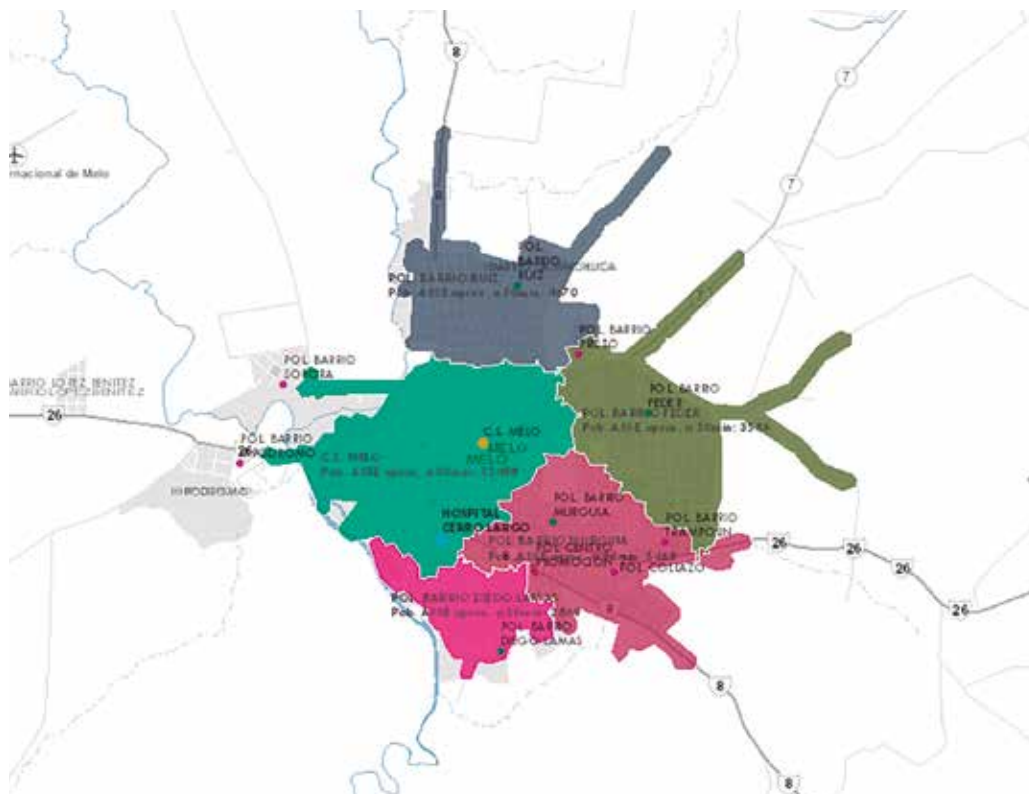
En el primer plano en gris se identifican las UA de la RAP y el Hospital departamental. En el segundo plano de la imagen 59 se visualizan polígonos de distintos colores que representan el perímetro de 15 min. caminando desde cada UA, lo que corresponde a la SubZITs.

Imagen 59: Melo, subZIT



En la imagen 60 se identifican las 5 ZIT de la ciudad de Melo marcadas con colores (30 min. caminando). Presenta una cobertura total de la zona urbana con dos zonas periurbanas que se cubren a 15 min. caminando desde las Consultorios presentes: Barrio Hipodromo y S nora, a la izquierda de la imagen.

Imagen 60: ZIT de Melo



Zonas de Intervenci3n Territorial rural

Isidoro Noblia:

En las ZIT rurales se garantiza una policlínica rural principal (en este caso sería Isidoro Noblia), con una oferta de atenci3n ambulatoria urgente (ret3n 24 hs, unidad de traslado) y atenci3n ambulatoria no urgente, que presenta una zona de influencia que va de 30 a 60 min. en vehículo en promedio, pudiendo extenderse a rondas de no más de 90 min.

Presenta equipos de referencia que realizan rondas a los puestos rurales de su dependencia (Aceguá, San Diego, Magrullo), contando con una población de responsabilidad de entre 1.000 y 3.000 usuarios (2.213, en ejemplo Noblia).

Las ZIT rurales pertenecen al Área de Salud de una localidad mayor, ofertando las prestaciones del EA a través de rondas, en este caso desde el Centro de Salud de Melo. Se presenta a continuación las imágenes 61 y 62 que ilustran los criterios de distancia tiempo a los que se hace referencia, y la tabla 10 que incluye las UA, usuarios de responsabilidad y distancia/tiempo.

Imagen 61: Policlínica de Isidoro Noblia en el centro, con el cálculo de isócrona en vehículo.

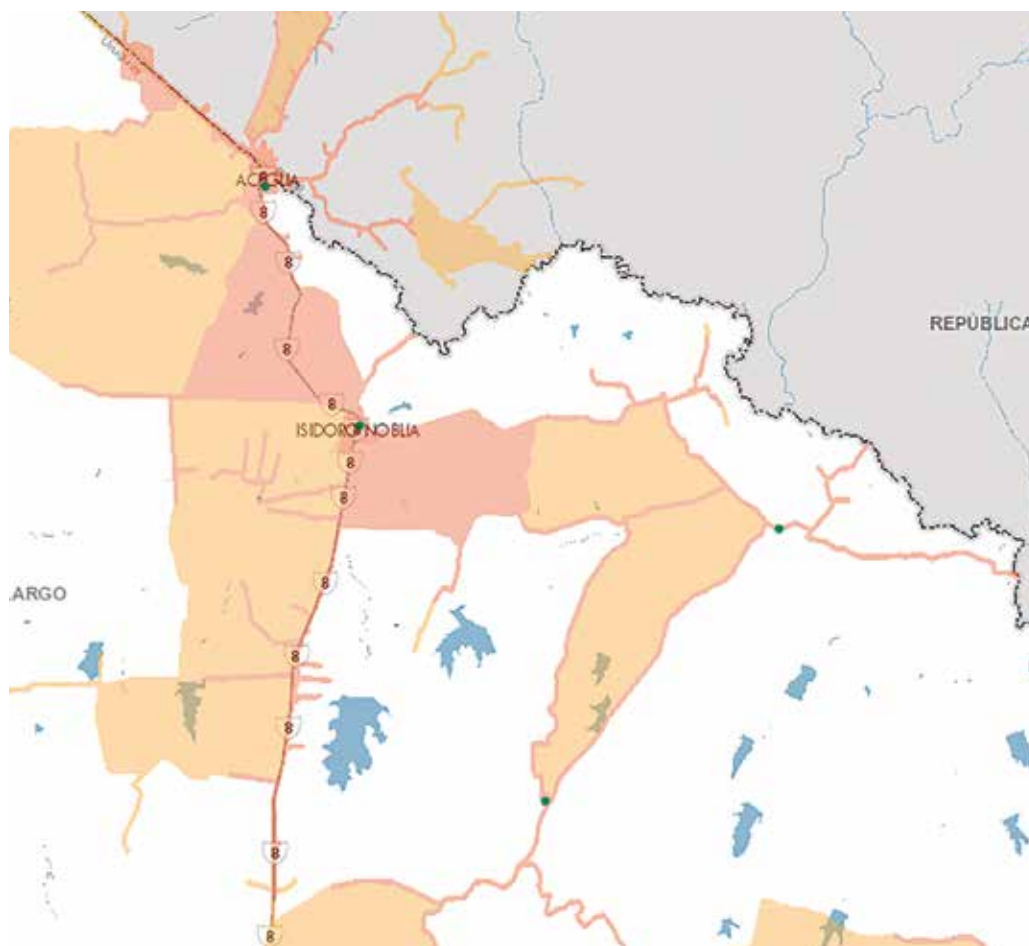


Imagen 62: Resalte del perímetro -en negro- a 30min. en vehículo, que reconoce la caminería, dado que es por dónde se entiende circulan las personas. En la parte inferior de la imagen se visualiza la ciudad de Melo.

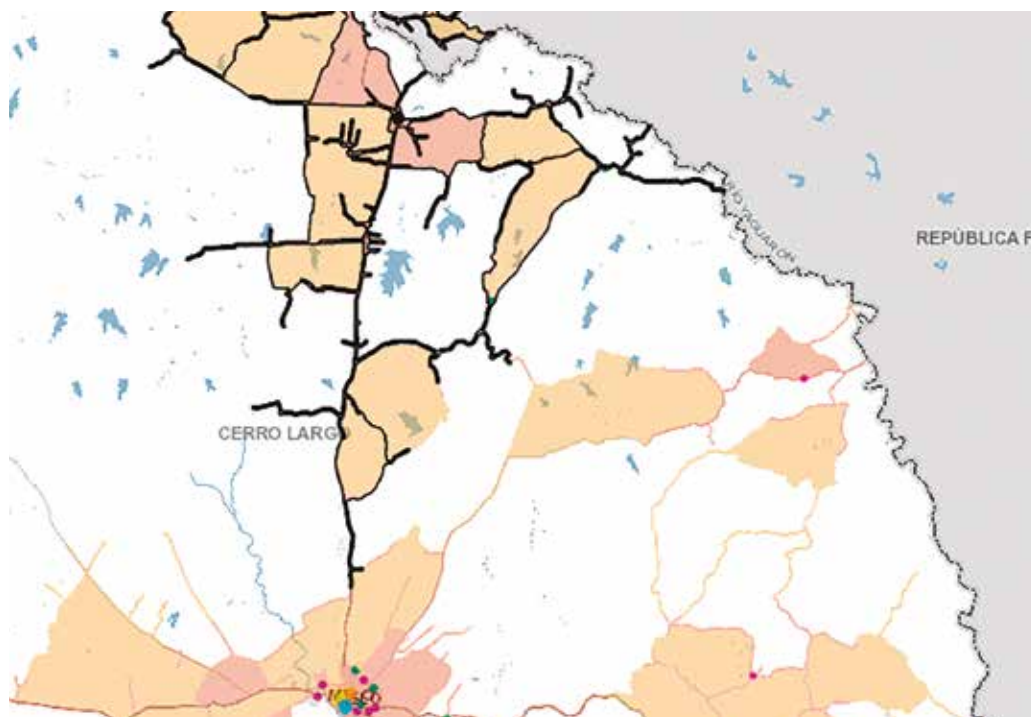


Tabla 10: ZIT rural de Noblia

Zona de Intervención Territorial Rural, Isidoro Noblia.				
Unidad Asistencial	Categoría	Usuarios *	Tiempo/distancia en vehículo min a Isidoro Noblia	Tiempo/distancia en vehículo min a C. Salud Melo
Isidoro Noblia	Policlínica rural	1.340	0	40
Aceguá	Puesto rural	869	15	49
Magrullo	Puesto rural	3	15	44
San Diego	Puesto rural	-	30	64
		TOTAL:		
		2.212		

*Estimación a partir de proporción usuarios del departamento sobre población INE

Eje de la ruta 7

Por eje de la ruta 7 se considera a las localidades y unidades asistenciales que están vinculadas funcionalmente a la ruta 7, desde la ciudad de Melo a Cerro Chato. En ella encontramos una serie de situaciones de tensión relacionadas a la presencia de localidades con dependencia político-administrativa de diferentes departamentos, que pone en evidencia la necesidad de pensar la red de servicios de salud trascendiendo los límites departamentales.

En este eje se destacan la ZIT rural de Fraile Muerto (Imagen 63 y tabla 11), así como el AS de Santa Clara/Cerro Chato que se analizarán a continuación.

Imagen 63: Fraile Muerto. Se visualiza con un círculo la localidad de Fraile Muerto, la flecha representa la ciudad de Melo. Se identifica en el mapa el cálculo distancia tiempo en vehículo, en negro se resalta 30 min en vehículo desde Fraile Muerto a todas las UA que integran su ZIT.

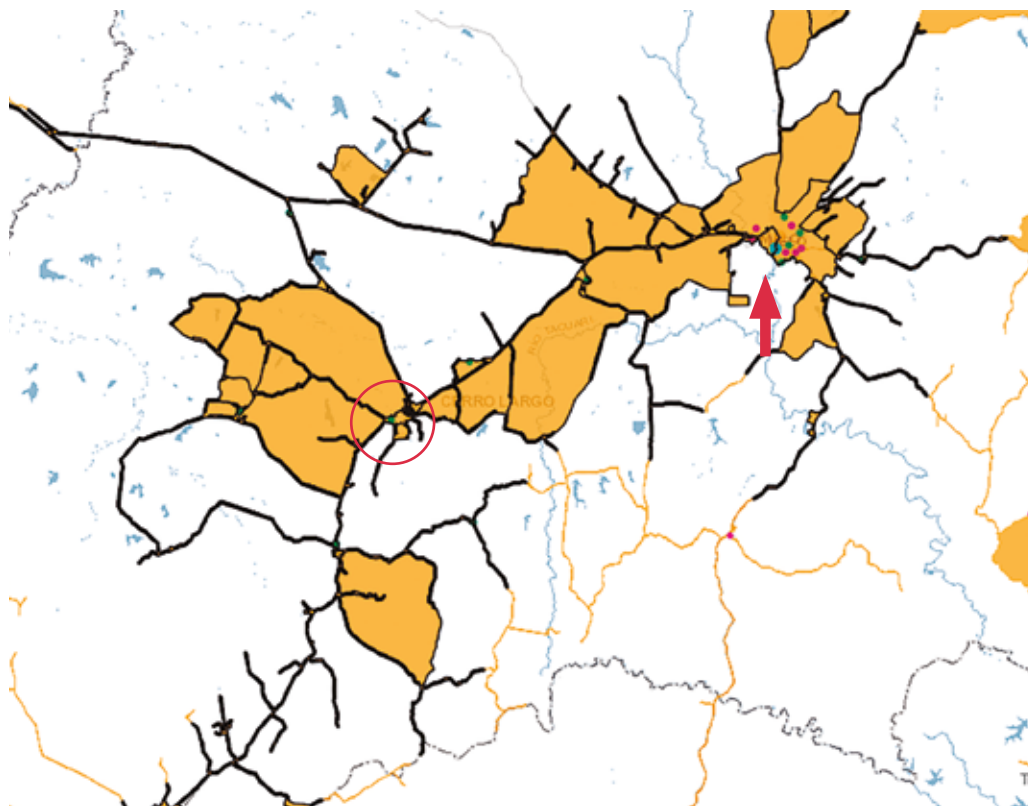


Tabla 11: ZIT Rural de Fraile Muerto

Unidad Asistencial	Categoría	Usuarios *	Rango de tiempo/distancia en min a Fraile Muerto	Tiempo/distancia en vehículo min a C. Salud Melo
Ramón Trigo	Puesto rural	86	0-30	46
Bañado de Medina	Puesto rural	119	0-30	19
Tres Islas	Puesto rural	112	0-30	60
Quebracho	Puesto rural	40	0-15	31
Fraile Muerto	Policlínica rural	1.898	0	34
Wencislao Silvera	Puesto rural	-	0-15	36
Cuchilla Grande	Puesto Rural	-	0-30	66
		TOTAL: 2.255		

*Estimación a partir de proporción usuarios del departamento sobre población INE

Santa Clara / Cerro Chato:

En este análisis se incluyen las localidades de Santa Clara, Tupambaé y Cerro Chato, donde se visualiza la necesidad de elaborar una planificación de servicios que permita optimizar los recursos y la oferta de servicios, dando una mejor cobertura en forma eficiente. En la imagen 24 se visualiza las 3 UA que presentan guardia interna o de retén 24 hs. y unidades de traslado, en un rango de distancia/tiempo de 30 min. en vehículo entre ellas.

El caso de Santa Clara presenta como cabecera sanitaria al Centro de Salud con puerta de urgencia y camas de observación. En la localidad de Tupambaé actualmente se encuentra una policlínica rural con cobertura 24 hs. de retén (medicina y enfermería) con unidad de traslado, estando a 19 min. del Centro de Salud de Santa Clara. Por otro lado, Cerro Chato dispone de un Centro de Salud con puerta y camas de observación.

Se realizó un planteo teórico para poder analizar escenarios futuros de planificación sanitaria que permitieran optimizar recursos, ajustar la oferta de servicios y dar una mejor cobertura. En ese sentido se planteó un AS que incluiría Santa Clara, Cerro Chato y Tupambaé. Se recomienda profundizar el análisis de este territorio para definir un plan de acción que adecue los servicios y mejore la cobertura. Esto indefectiblemente requerirá un plan de gestión del cambio, dado que son localidades con gran arraigo cultural, e implica decisiones institucionales administrativas que acompañen esta zona de “triple frontera”.

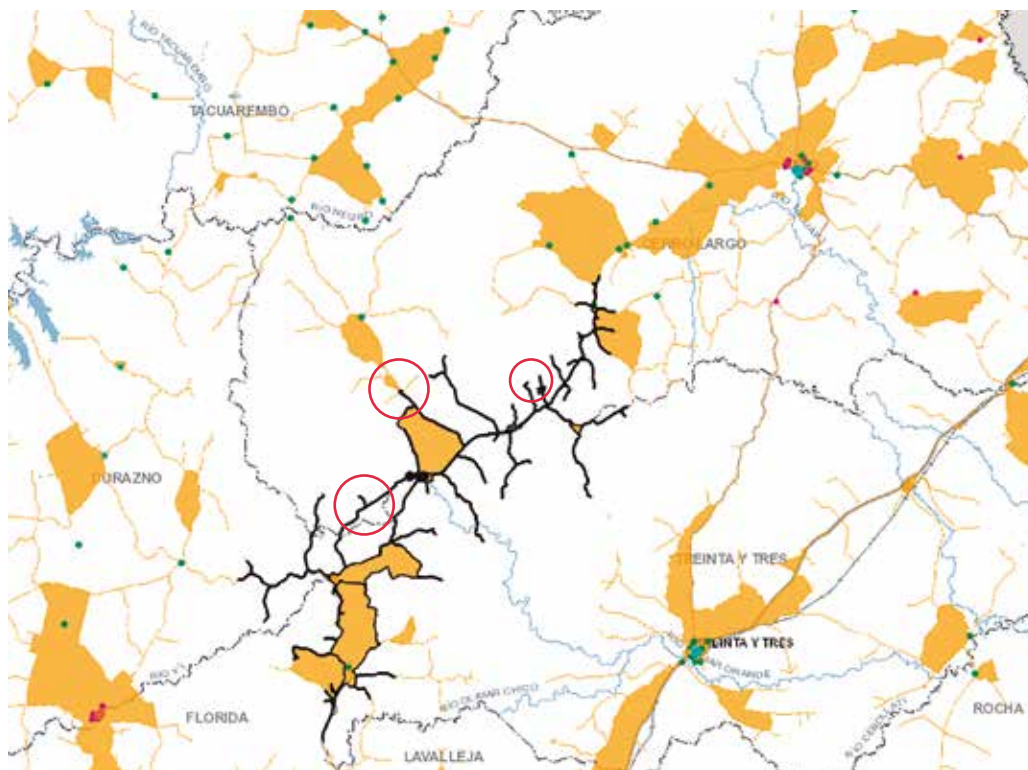
Tabla 12: UA del AS Santa Clara con indicadores analizados

Área de Salud de Santa Clara				
Unidad Asistencial	Categoría	Usuarios *	Tiempo/distancia en vehículo min a Santa Clara	Tiempo/distancia en vehículo min a C. Salud Melo
Santa Clara	Centro de Salud	1.325	0	89
Tupambaé	Policlínica rural	645	19	70
Arévalo	Puesto rural	156	56	124
Cerro de las Cuentas	Puesto rural	151	44	45
Cerro Chato	Centro de Salud	1.826	25	113
		TOTAL:4.104		

*Estimación a partir de proporción usuarios del departamento sobre población INE

En el caso de Arévalo el elevado indicador de distancia/tiempo tiene que ver con las condiciones de la red vial que es un camino vecinal de tránsito de vehículos pesados, por tanto, en mal estado. En la imagen 64 se muestra cómo en un rango de 30 minutos desde Santa clara se cubren todas las localidades que presentan cobertura 24 hs.

Imagen 64: AS Santa Clara/Cerro Chato. Se visualiza en negro el cálculo de distancia a 30min en vehículo desde Santa Clara (círculo del medio), que cubre a Tupambaé (círculo de la derecha) y a Cerro Chato (círculo de la izquierda).



Rio Branco:

Rio Branco presenta la complejidad adicional de encontrarse en una frontera, agregando las particularidades de este tipo de ciudad.

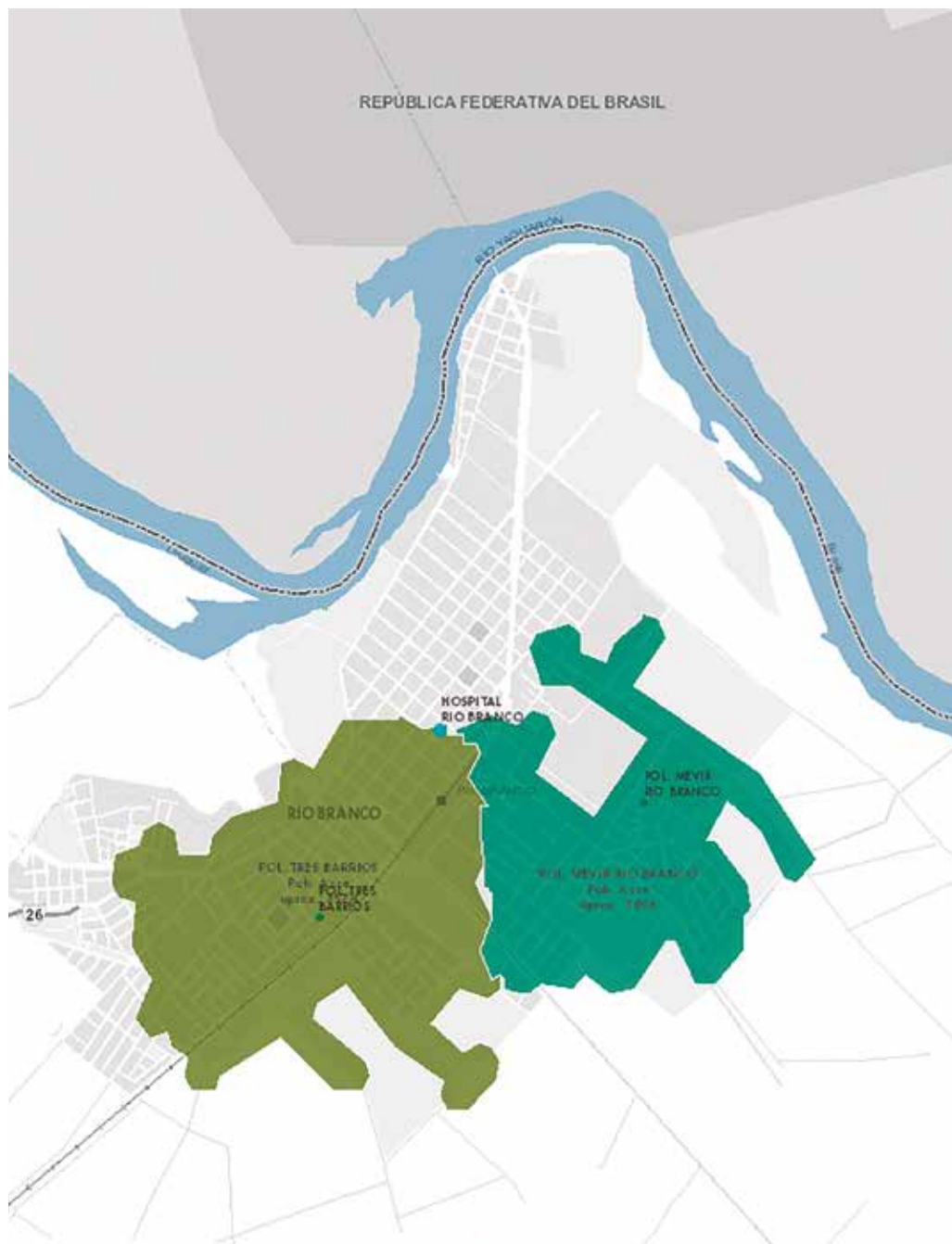
En la ciudad de Rio Branco se propone establecer 1 Área de Salud que incluya la ruralidad asociada (ver tabla 13), concretando 2 ZIT. Se propone que la ZIT 1 incluiría a los consultorios de MEVIR y Tres Barrios, dónde uno debería desarrollarse como policlínica principal. En zona urbana cercana al Hospital se podría establecer otra policlínica, que tuviera como responsabilidad esa zona y a su vez asocie subZITs rurales de las localidades de: Laguna Merín, Poblado Uruguay y Plácido Rosas.

En la Imagen 65 se visualiza la Ciudad de Rio Branco con cálculo de subZIT (15 min. caminando) desde cada uno de los consultorios actuales. En la zona del hospital que queda fuera de estos perímetros es donde se plantea la tercera UA.

Tabla 13: AS de Rio Branco. Se analizan las 2 ZIT que se plantean para Rio Branco, con estimación de usuarios y tiempo distancia en vehículo

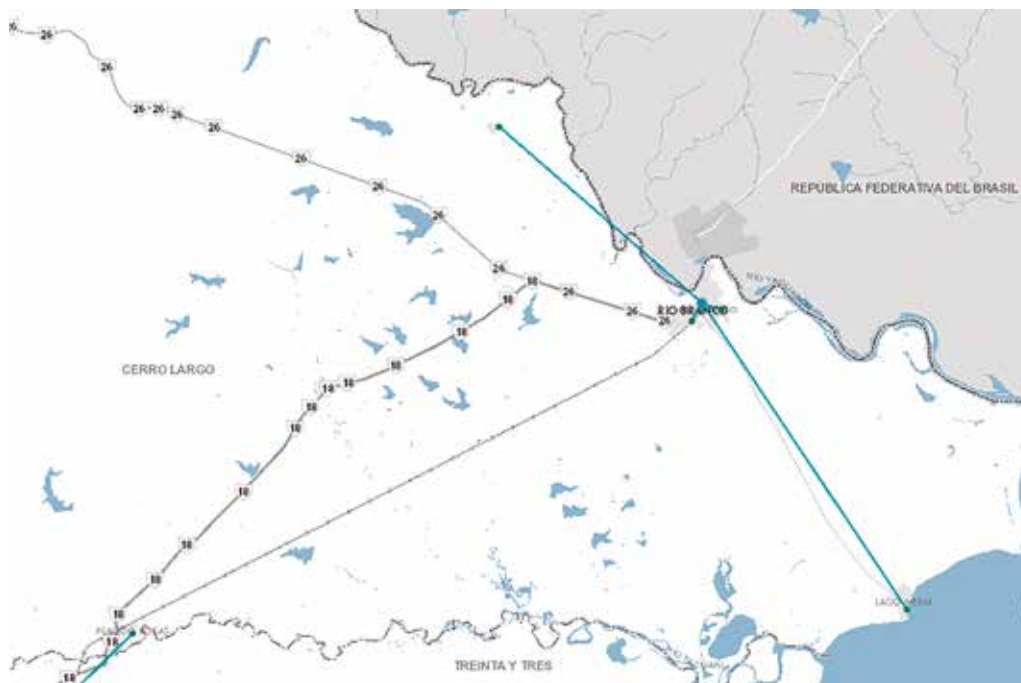
Área de Salud	Localidad INE	ZIT	Unidad Asistencial	Categoría	Población INE	Proporción Usuarios	N° Usuarios	Total del Área	Tiempo/ Distancia Cabecera AS min (H. Rio Branco)	Tiempo/Distancia a H2 (H. Melo)	
Área de Salud de Rio Branco	Rio Branco (Tres Barrios)	ZIT 1	Tres Barrios	Consultorio	9.214	58%	5.298		3	89	
	Rio Branco (MEVIR)		MEVIR	Consultorio	3.140	58%	1.806		3	93	
	Total ZIT										
								7.104			
	Rio Branco (Zona Hospital)	ZIT 2	(Nueva)	Centro de Salud	5.010	58%	2.881		0	90	
	Poblado Uruguay		Poblado Uruguay	Puesto rural	104	58%	60		33	82	
	Plácido Rosas		Plácido Rosas	Puesto rural	415	58%	239		44	87	
	Laguna Merin		Laguna Merin	Puesto rural	439	58%	252		30	113	
								Total ZIT	10.535		
								3.432			

Imagen 65: SubZIT Rio Branco: Se visualizan 2 consultorios de MEVIR y Tres Barrios identificándose el perímetro a 15 min. Se visualiza la zona del Hospital sin cobertura a 15min caminando.



Por último, como es característico en este tipo de entorno poblado, se desarrollaría una cabecera sanitaria (con un equipo de gestión responsable) sin contar con un Centro de Salud, dado que la ciudad presenta un Hospital H1. Se refieren los servicios de apoyo y muchas de las consultas de especialistas focales en el Hospital, considerando el concepto de economía de escala. En la Imagen 66 se visualiza el AS de Río Branco a través de vectores desde los consultorios y puestos rurales hacia el Hospital de Río Branco.

Imagen 66: AS de Río Branco. Se visualiza las localidades rurales asociadas al AS de Río Branco: Laguna Merín a la derecha, Plácido Rosas abajo a la izquierda y Poblado Uruguay arriba a la izquierda.



Región SUR: Canelones y Metropolitana

Zonas de Intervención Territorial

En la región SUR se ha generado una amplia experiencia de territorialización del PNA tanto en la zona Metropolitana como en Canelones.

Si bien han tenido desarrollos heterogéneos, ambas se estructuran básicamente en Zonas de Intervención Territorial (ZIT) como unidad territorial mínima, y Área de Salud (AS) como la unidad territorial mayor del primer nivel de atención.

La RAP Metropolitana presenta una organización en ZITs que tienen relación con los equipos de referencia, y existen por otro lado Zonas de responsabilidad de Equipos más robustos denominados Equipos de Soporte Territorial (EST). Esta organización es asimilable a la noción SubZIT y la ZIT respectivamente, de la Red Multiescalar desarrollada en el presente trabajo con mayor énfasis en la dinámica poblacional en el territorio.

La RAP de Canelones por su parte, presenta una organización basada en Zonas de Intervención Territorial definidas como el área de responsabilidad del Equipo Básico de Salud. Se define por cada Médico de Familia un total de 1.500 usuarios de responsabilidad. No se define una estructura territorial para los equipos de Apoyo o de complementación.

Áreas de Salud (AS)

Una diferencia importante entre ambos procesos de Territorialización de la RAP Metropolitana y de Canelones, es la definición de las AS. Mientras las AS en la zona Metropolitana presentan en general una cabecera sanitaria (Centro de Salud), en Canelones, se han estructurado en base a los municipios departamentales, y no presentan generalmente un Centro de Salud como cabecera.

AS de RAP Canelones:

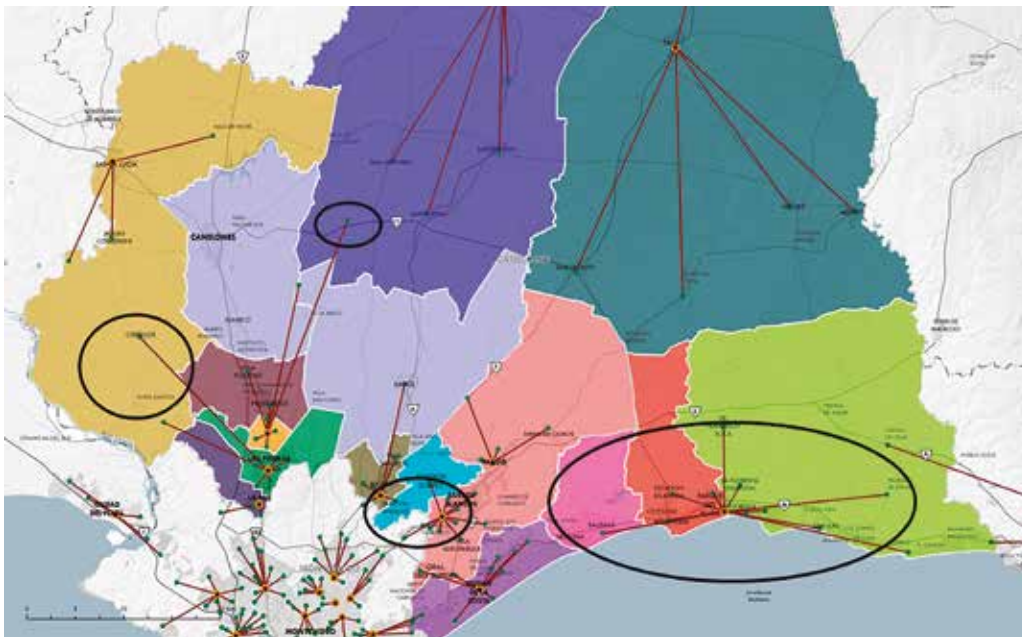
Para poder generar un análisis comparativo mediante la metodología definida por el equipo DIREPROA-DINOT, se planteó como ejercicio teórico de planificación sanitaria en Canelones, la definición de algunas UA como potenciales cabecera de AS. La elección se basó en las potencialidades de algunas Unidades Asistenciales más destacadas, tomando en cuenta la proyección institucional de desarrollo de determinadas UA como Centro de Salud. En los casos que ya existía un Centro Auxiliar o Centro de Salud, se identificó este como cabecera de AS (ver tabla 14).

Tabla 14: Cabeceras de AS definidas para Canelones

Región de Canelones	Cabecera de Área de Salud
Este	Policlínica Parque del Plata
	CPSS Pando
	Centro Cívico Salvador Allende
	Centro Auxiliar de Tala
Centro	Policlínica de Toledo
	Centro Auxiliar de San Ramón
Oeste	Centro de Salud Santa Lucía
	Policlínica 18 de Mayo
	Centro Auxiliar Mario Pareja
	Policlínica de la Paz

Posteriormente se estimó el cálculo de los vectores de distancia/tiempo desde estas potenciales cabeceras de AS a las Policlínicas y Consultorio, a través del SIT-MVOTMA (Imagen 67).

Imagen 67: Se visualizan las AS actuales de la RAP de Canelones con el cálculo de vectores distancia/tiempo desde las cabeceras de AS definidas por conveniencia por el equipo DIREPROA-DINOT



En la Imagen 67, podemos observar la comparación de las AS definidas por la RAP Canelones (que tiene como base los municipios), y las AS calculadas a través del criterio distancia/tiempo que se visualiza a través de los vectores que van desde las policlínicas y consultorios a las cabeceras de AS más accesibles. Se verifica en términos generales, que la organización actual de las AS de la RAP de Canelones se correlaciona con el criterio de accesibilidad geográfica. No obstante, se visualizan algunas tensiones que (identificadas con círculos pequeños), que deberían ser evaluadas para la toma de decisiones.

Elementos de tensión en AS Canelones:

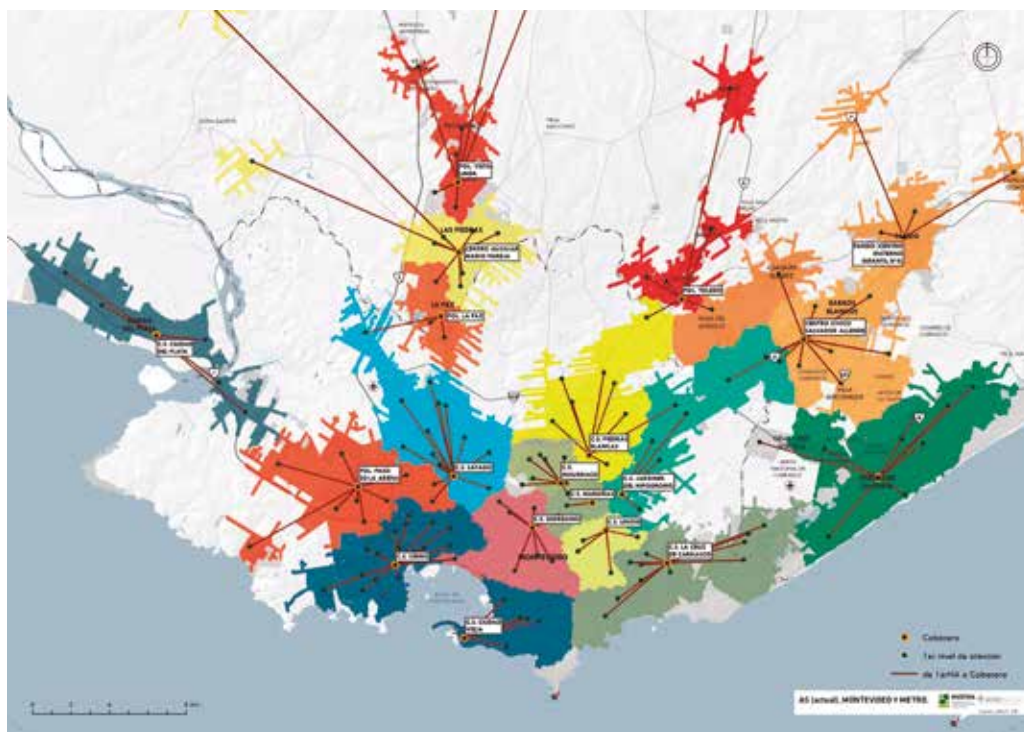
- » La zona baja del AS de Santa lucia (Cerrillos) queda más accesible a Las Piedras que a Santa Lucía.
- » La unidad asistencial denominada La Paloma, perteneciente al AS del Santoral (Cabecera San Ramón), queda más accesible en tiempo distancia vehicular a Progreso/18 de Mayo.
- » La zona de Casarino y Joaquín Suarez orienta a una mayor accesibilidad a Barros Blancos (Salvador Allende) que a Toledo.

- » La zona de la costa este: Salinas, Atlántida, Floresta y Soca, podrían dirigirse a Parque del Plata (en el escenario de desarrollar un Centro de Salud ahí).

AS de RAP Metropolitana:

En la imagen 28 se visualiza la zona Metropolitana y algunas AS perteneciente a RAP Canelones pero que se podría plantear como una primera corona de la zona metropolitana. Se identifican con colores las AS definidas por la RAP Metropolitana. Los vectores representan la variable tiempo/distancia de las UA (Policlínicas o Consultorios) a las cabeceras de AS más accesibles (Centros de Salud). Es decir, cual es el centro de salud que está más accesible en tiempo/distancia. No obstante, el cálculo de tiempo/distancia es en vehículo, no se contempla en esta imagen las rutas de transporte público.

Imagen 68: AS Metropolitana. Se observan las AS definidas por la RAP Metropolitana en colores y se contrapone con el cálculo de distancia/tiempo de Consultorios y Policlínicas a la cabecera de AS más accesible. Se visualizan los puntos de tensión cuando el vector irrumpe en otra AS.



En esta imagen podemos observar que, si bien se verifican en términos globales las AS definidas por la RAP Metropolitana, en el cálculo distancia/tiempo se presentan algunas situaciones de tensión que deberán ser evaluadas por los equipos de gestión de los Centros de Salud involucrados. Se observa en la imagen estas situaciones cuando los vectores que cruzan las áreas coloreadas que representan las AS.

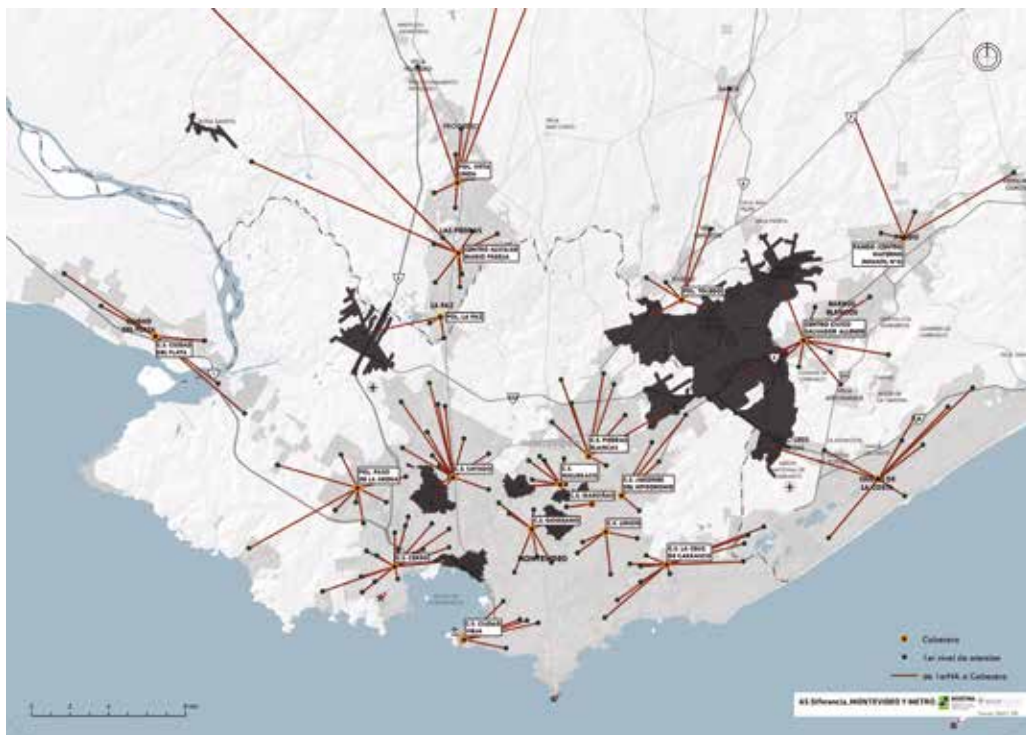
En la imagen 69 se resaltan específicamente estas situaciones de tensión, que en gran medida están vinculadas a la presencia de UA en el límite departamental:

- » INVE 19 - La Paz.
- » Toledo Chico - Toledo.
- » COVIPRO y 8 de Marzo - Salvador Allende.

Luego se ven algunos ejemplos en el cono urbano de la zona Metropolitana dónde se visualiza que el Centro de Salud más cercano no es el que actualmente es cabecera de AS. Los ejemplos de esto son:

- » Capurro es más accesible al Cerro.
- » Villa Teresa y Aquiles Lanza son más accesibles a Sayago que a Paso de la Arena.
- » Las AS de Misurraco, Giordano y Maroñas, por su cercanía, es otro espacio de tensión.

Imagen 69: AS RAP Metropolitana. Se resaltan en rojo los elementos de tensión, vinculados principalmente al límite departamental y algunos casos en el cono urbano.

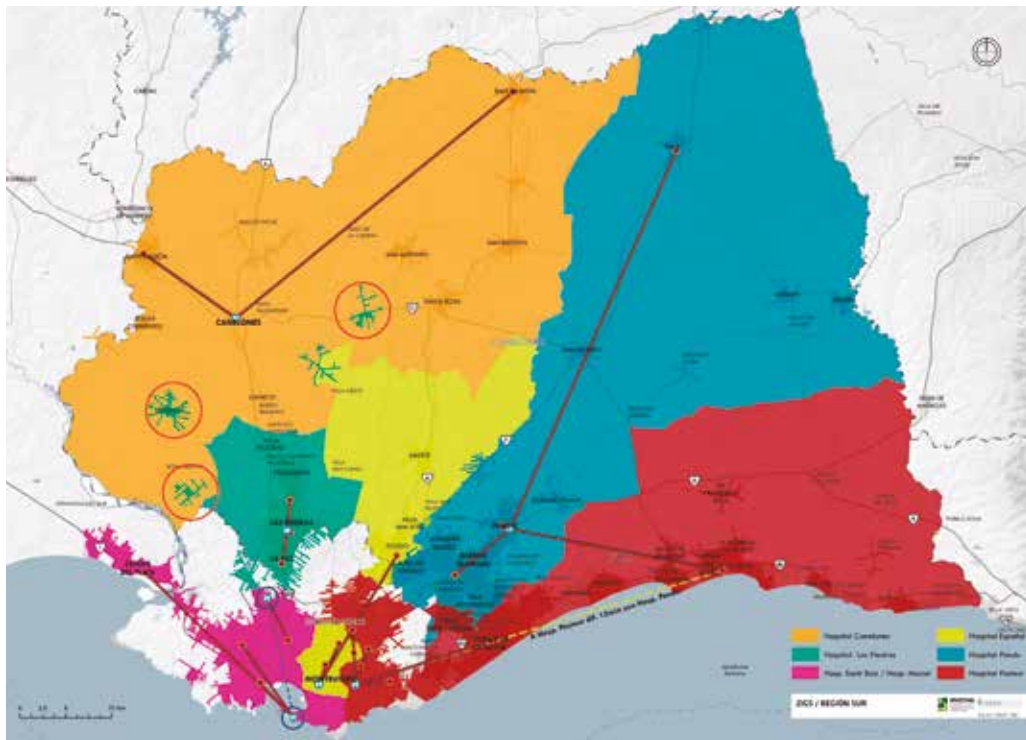


Zonas Integradas de Gestión Sanitaria y Corredores Asistenciales:

Las ZIGS como su definición lo plantea agrupa las áreas de salud (AS) del primer nivel de atención, con él o los hospitales que ofertan las prestaciones de segundo nivel.

En base a las AS que se identificaron previamente se establecieron las relaciones de distancia/tiempo entre las cabeceras de AS y los Hospitales de SNA de la Región Sur (Imagen 70). Se reconocen con vectores las cabeceras de AS que se encuentran más accesibles de cada Hospital, en consecuencia, se referenció con colores el espacio de responsabilidad compartida entre el PNA y el SNA (ZIGS).

Imagen 70: ZIGS de la Región Sur, identificando la zona de responsabilidad del PNA y el SNA. Reconociendo elementos de tensión la zona sur de Santa Lucía y de San Ramón identificada con círculos, que presentan mayor accesibilidad a Las Piedras. Pando es el Hospital más accesible en la costa este, pero se reconoce al H. Pasteur como responsable de la misma (diferencia distancia/tiempo 15min y mayor disponibilidad de transporte público).



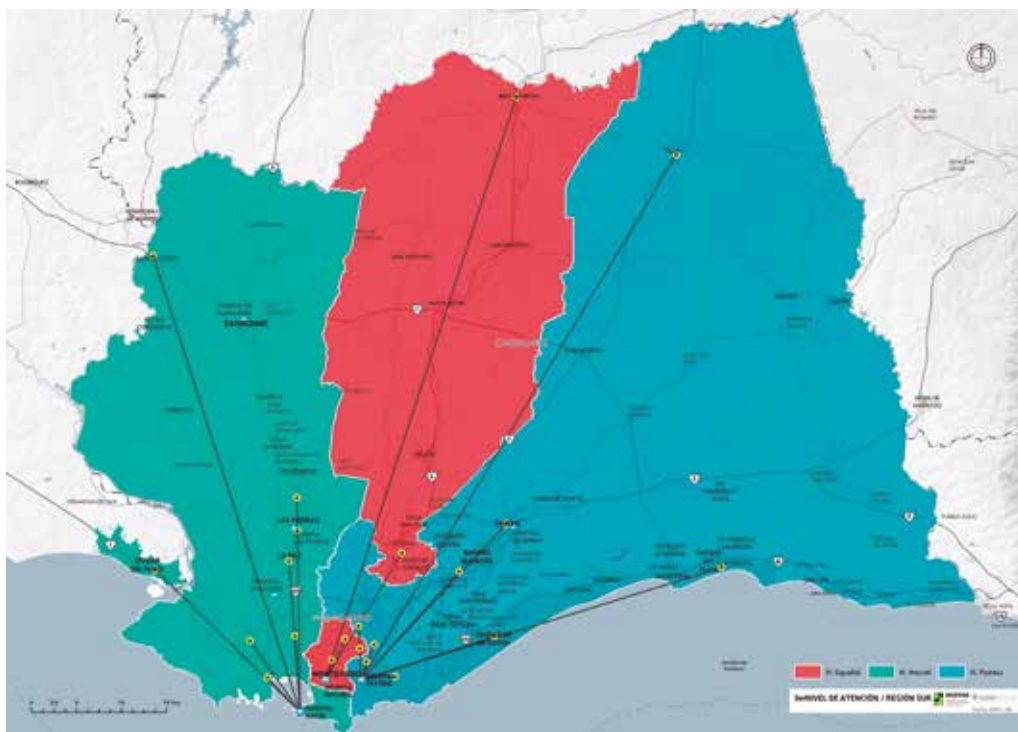
En términos generales se verificaron las ZIGS identificadas por la Dirección Regional y lo aportado por el SIT-MVOTMA. No obstante, se reconocen algunos elementos de tensión:

- » Cerrillos y La Paloma (definido en el caso previo de las AS de Canelones)
- » El AS vinculada a Parque del Plata reconoce al H. de Pando como el Hospital más accesible en términos distancia/tiempo. No obstante, la diferencia con el segundo más cercano (H. Pasteur) es de 15min, sumado a la consideración de la frecuencia de transporte público, hace que toda la costa se refiera al H. Pasteur.

Subregiones:

A partir de la construcción de las Zonas Integradas de Gestión Sanitaria se pueden proyectar las Subregiones de la Región Sur. Las Subregiones son entendidas como el territorio que agrupa las ZIGS, para ofertar (con criterios de accesibilidad y eficiencia) prestaciones de tercer nivel de atención (CTI y prestaciones diagnósticas y terapéuticas de mayor complejidad). En ellas se deben resolver todas las necesidades de atención de los usuarios (en base al trabajo en red y la complementación de los recursos existentes). En el caso de la Región Sur, contamos con tres Hospitales de tercer nivel de atención: H. Maciel, H. Español y H. Pasteur. Estos hospitales representarían las cabeceras de las 3 subregiones que se visualizan en la imagen 71. Cabe destacar que estos establecimientos de salud, representan a su vez, centros de referencia nacional para algunas prestaciones diagnósticas y terapéuticas especializadas o de alta complejidad.

Imagen 71: subregiones de la región sur. Se visualizan las subregiones en distintos colores, representando la sumatoria de las zigs previamente analizadas. Se identifican vectores desde los 3 hospitales de tna hacia las cabeceras de las as del pna.





VII. Nuevos escenarios de Regionalización

El modelo multiescalar de servicios se ha construido como un espacio de oportunidad para a la vez que se proyecta la red de servicios, en base a las necesidades de la población y las características del territorio, evidenciar y validar las decisiones que los propios equipos territoriales ya estaban tomando para su mejor funcionamiento. Además, su definición y aplicación (en escala funcional ascendente, desde lo local a nacional) realizada con equipos responsables a nivel departamental y regional, permitió a la vez que verificar la operatividad de la propuesta en sí misma, la realización de ejercicios prospectivos sobre la futura organización de los servicios de la salud.

Su desarrollo permitió revisar la organización regional y subregional propuesta en la primera etapa de trabajo plasmada en el primer informe “Análisis de la base territorial de las regiones y subregiones de ASSE en diálogo con la información del Sistema Urbano Nacional y los Subsistemas de Ciudades” (DINOT y OPP).

En dicha instancia se reconocía la definición de las Subregiones adoptada por ASSE donde fueron definidas como articuladoras de las regiones: “las regiones se organizan en subregiones, dándoles flexibilidad funcional y capacidad adaptativa a los cambios epidemiológicos, estacionales, de accesibilidad y de disponibilidad de recursos” (ASSE, 2014; 61).

En este sentido, la definición de la estructura multiescalar y el trabajo realizado en el segundo semestre de 2019 permitió cotejar la subregionalización propuesta desde lo nacional a lo local en la escala inversa, visualizándose que,

1. Debería existir un nuevo ámbito de organización (las ZIGS) que junto con las subregiones son figuras claves para la correcta operatividad de la estructura funcional pues trabajan como nexo entre los servicios de cercanías y los servicios especializados,

Podemos reconocer distintos formatos de ZIGS que se conforman de acuerdo a la existencia de una relación policéntrica o polarizada entre las ciudades que componen el conglomerado. Esto está determinado por la existencia o no, de una ciudad con mayor protagonismo económico y cultural. Reconociendo las características de la relación funcional entre las ciudades, se deberá elaborar la planificación sanitaria de la oferta del conjunto de prestaciones de la ZIGS.

En ese sentido, podemos encontrar ZIGS con una relación sinérgica y complementaria, es decir, dónde se identifican (con criterios de accesibilidad y eficiencia) en qué localidades se potenciarán determinadas prestaciones, priorizando otras prestaciones en el resto de las localidades.

Cuando existe una relación polarizada se podrá establecer una planificación de la oferta de servicios que concentre la mayor actividad asistencial en la ciudad con protagonismo socioeconómico y cultural, sin perder de vista la accesibilidad de la población. La accesibilidad de los usuarios podría ser garantizando de distintas formas: asegurando la existencia de unidades de traslado para los usuarios, o mediante estrategias de equipos especializados itinerantes (ej: equipos de disciplinas médicas y quirúrgicas, equipos interdisciplinarios especializados de salud mental, de rehabilitación física, entre otros).

2. Es necesario superar los límites departamentales flexibilizando la estructura para adaptar los mapas de derivación a la movilidad urbana y la cartera de servicios. La definición de los límites de las ZIT y Áreas (y las demás escalas del modelo) deben privilegiar el acceso de los usuarios sobre los límites político-administrativos (municipios, departamento) pero ambos deben ser tenidos en cuenta. Esto determinará un ajuste de las subregiones propuestas en el primer documento de trabajo.

Estructura Regional

De la aplicación del sistema multiescalar y el trazado de los ZIGS surgen un grupo de apreciaciones que implican, según lo antedicho, un nuevo trazado de las subregiones. La principal modificación se observa en la subdivisión funcional de la región oeste. La nueva propuesta responde a la conformación inicialmente planteada por el SUN reconociéndose en el cierre del presente año una clara confluencia entre los subsistemas de ciudades propuestos en los trabajos de referencia y los trazados de las ZIGS propuestas por ASSE.

La nueva conformación regional respeta las siguientes orientaciones generales:

- » Respetar la “base cuatro” de la Regionalización.

- » Reconocer las tensiones supra departamentales, dadas por la movilidad y los corredores funcionales en el territorio.

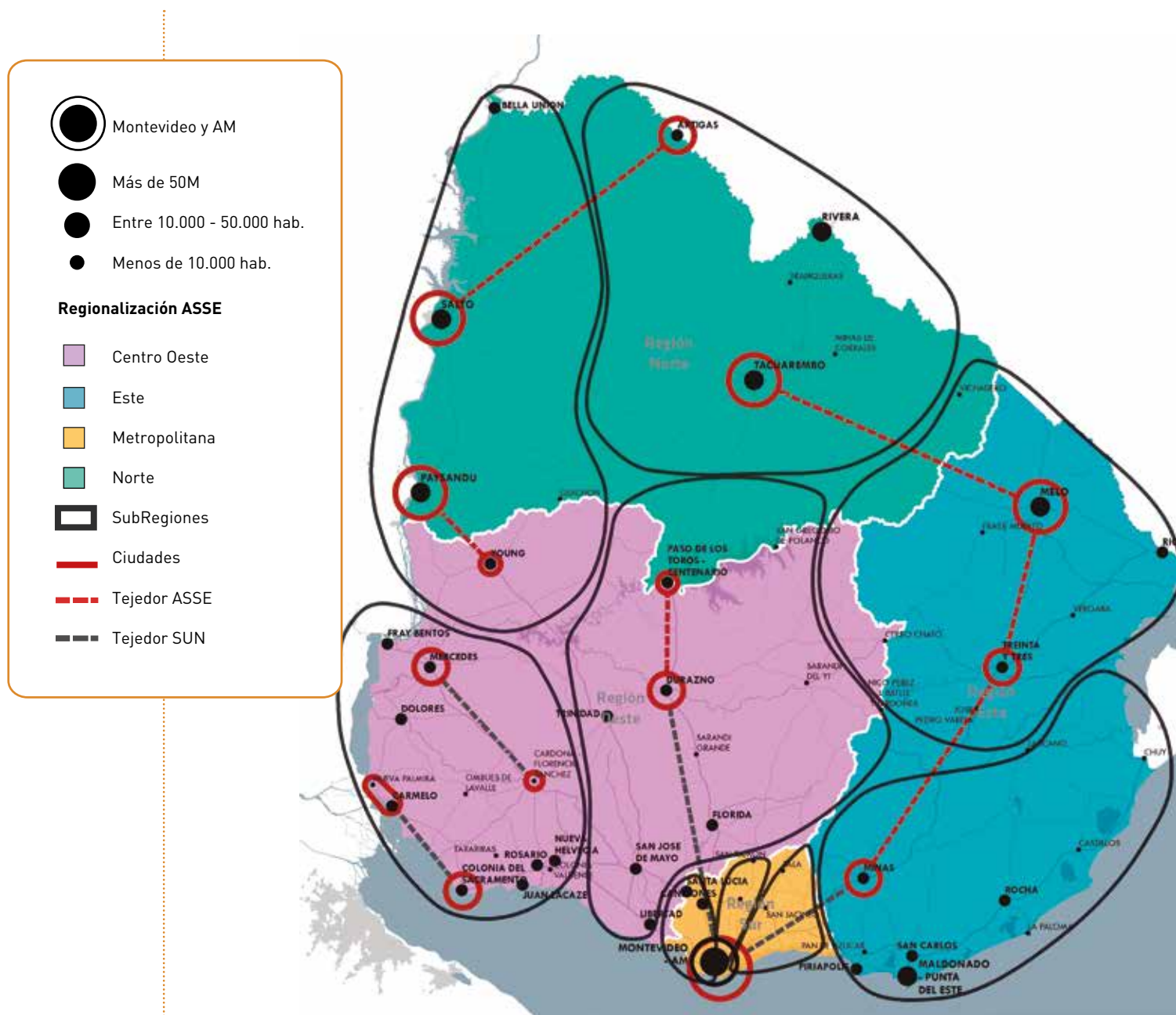
Región Norte, Artigas, Salto Paysandú, Rivera, Tacuarembó (con excepción del área de influencia de Paso de los Toros) y área de influencia de Young.

Región Oeste, Río Negro (con excepción del área de influencia de Young.), Soriano, Colonia, Florida, Flores, Durazno, San José (excepto Ciudad del Plata) y área de influencia de Paso de los Toros (Tacuarembó).

Región Este, Maldonado, Llavalleja, Treinta y tres, Cerro Lago y Rocha

Región Metropolitana, Montevideo, Canelones y Ciudad del Plata (San José).

Imagen 72: Regiones con sus subregiones



Estructura Subregional

Región Norte estará compuesta por dos subregiones:

Subregión Norte 1: sus principales centros poblados son Artigas, Rivera, Tranqueras y Tacuarembó. Su principal estructurador vial es la ruta nacional nº5 y las rutas 30 y 26 actuarán como conectores transversales.

Subregión Norte 2: sus principales centros poblados son Bella Unión, Salto, Paysandú y Young (la inclusión de esta ciudad supera los límites de la base departamental). Su principal estructurador vial es la ruta 3, y las rutas 30, 26 y 31 actuarán como conectores transversales. Como rutas internas al subsistema se destacan la 90, 4, y la 24 que se vinculan con la subregión Litoral sur.

Región Oeste, estará compuesta por dos subregiones:

Subregión Oeste 1, sus principales centros poblados son Mercedes, Fray Bentos, Dolores, Colonia del Sacramento, Carmelo, Nueva Palmira, Tarariras, Juan Lacaze, Rosario, Nueva Helvecia. Sus estructuradores viales son las rutas nacionales nº 1, 2, 21, 24 y 3 como y las rutas 14 y 25 actúan como conectores transversales.

Subregión Oeste 2, sus principales centros poblados son San José, Canelones, Trinidad, Florida, Durazno y Paso de los toros (la inclusión de esta ciudad supera los límites de la base regional). El estructurador principal es la ruta 5 y las rutas 3, 6, 7, en tanto la 11, 12, 14, 23 y 57 actúan como conectores transversales.

Región Este, estará compuesta por dos subregiones:

Subregión Este 1, sus principales centros poblados son Maldonado, Punta del Este, Minas, San Carlos y Rocha. La subregión se estructura a lo largo de dos ejes paralelos, sobre la costa la ruta Interbalnearia- ruta 9 y la ruta 10 y la ruta 8. Las rutas actúan como transversales son 12, 13, 14, 39 y 60.

Subregión Este 2, sus principales centros poblados son Treinta y Tres, Melo y Río Branco. Sus principales estructuradores viales son las rutas nacionales 7,8, 15, 18, 19 y 26.

Región Sur, la conformación de sus subregiones difiere de las anteriores dado que se

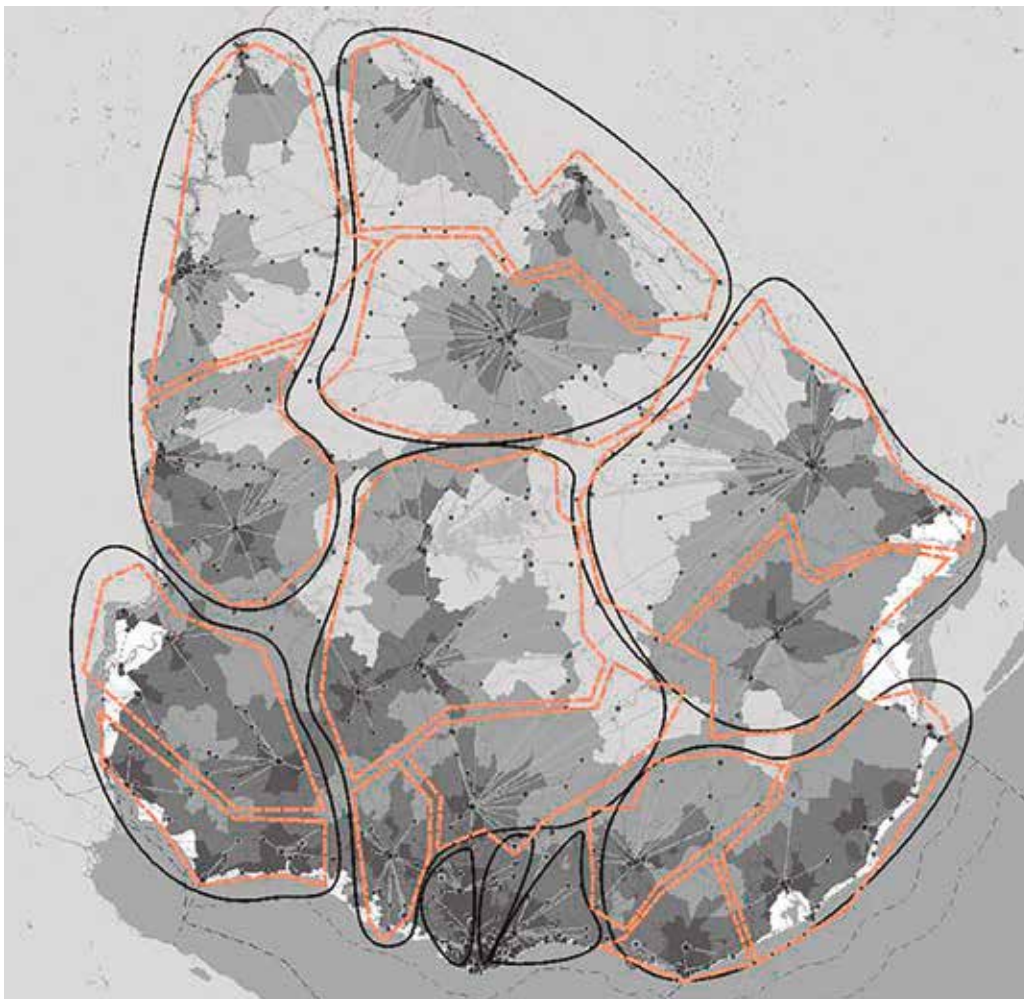
estructura fuertemente a partir de los corredores funcionales estando comprendida en cada una de las tres subregiones organizadas la ciudad de Montevideo.

Subregión Sur 1, se estructura a lo largo de las rutas 1 y 5, confluyen en esta área, parte de Montevideo, La Paz, Las Piedras, Progreso, Santa Lucía y Ciudad del Plata.

Subregión Sur 2, se estructura a lo largo de las rutas 6 y 7 confluyen en esta área, parte de Montevideo, Toledo, Sauce, Santa Rosa, San Bautista y San Ramón.

Subregión Sur 3, se estructura a lo largo de dos ejes paralelos, sobre la costa la ruta Interbalnearia-ruta 9 y la ruta 8. Confluyen en esta área, parte de Montevideo, la Ciudad de la Costa, avanzando en Canelones hasta San Luis, Migueles, Tala, San Jacinto y Pando, entre otros.

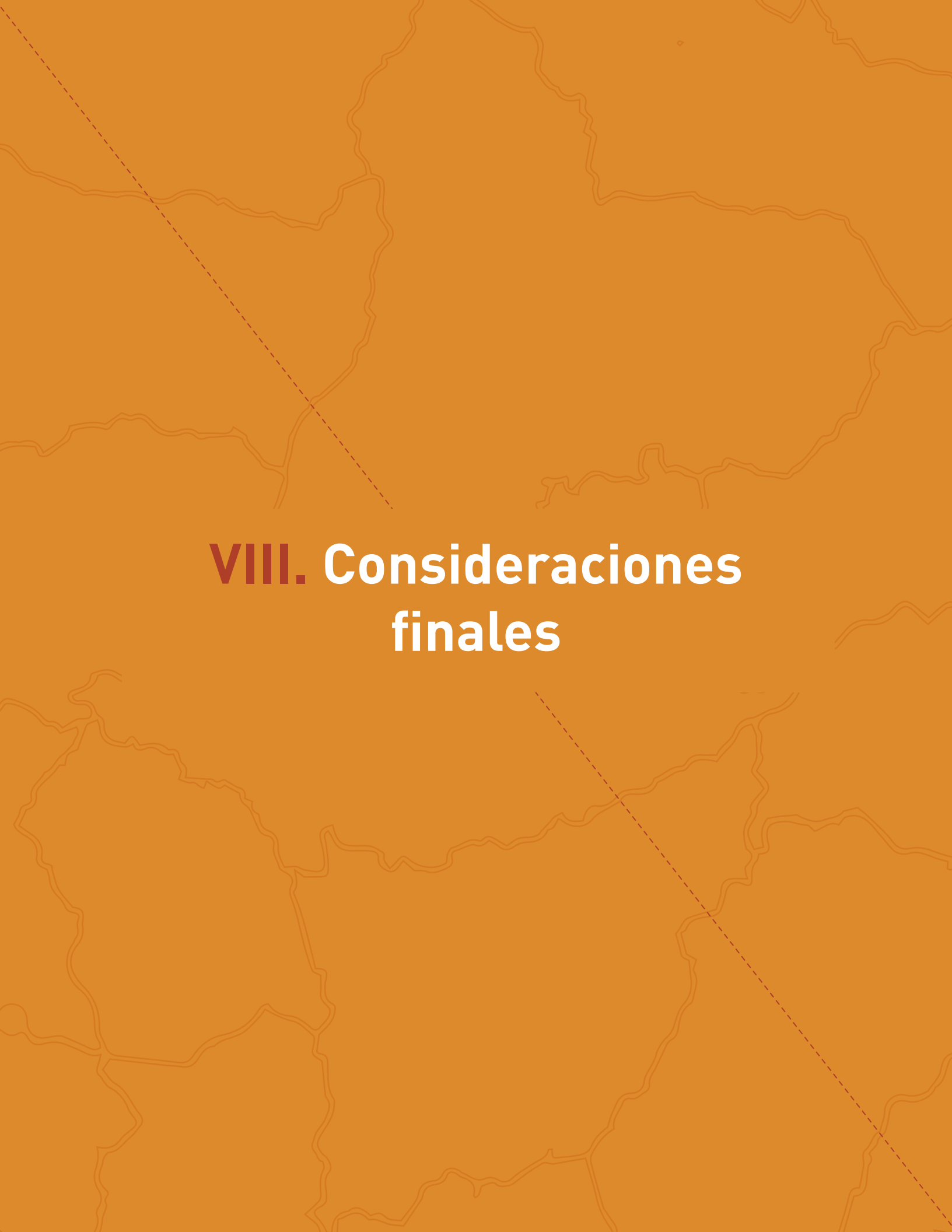
Imagen 73: Subregiones con posible delimitación de las ZIGS



En la imagen 73 se proyectan las subregiones descritas previamente. Se visualiza el trazado de isocrónas desde los hospitales de Segundo Nivel de Atención en distintos tonos de gris, los vectores indican las unidades asistenciales de PNA más accesibles en tiempo/distancia al efector de segundo nivel. A partir de estos vectores, se delimitan las posibles ZIGS en punteado naranja; la sumatoria de ZIGS constituyen las subregiones (en trazo continuo negro). Para la proyección de ZIGS y Subregiones se toma en cuenta la accesibilidad entre efectores medida en tiempo distancia, así como el vínculo funcional entre las ciudades y su protagonismo socio-económico y cultural.

Finalmente corresponde señalar que todo lo vertido en este documento presenta la construcción de un nuevo modelo multiescalar de organización de servicios de ASSE. Es una propuesta y para que esta sea llevada a cabo es necesario avanzar aún más en su definición, en ese sentido, se menciona a continuación, una serie de etapas en las que se debería avanzar para la implementación de la presente propuesta:

- » Aprobación del modelo organizativo general
- » Aprobación de criterios de territorialización a nivel nacional
- » Priorización de accesibilidad sobre límite político administrativo en la definición de las escalas del modelo.
- » Aplicación de la territorialización de todas las RAPs del país.
- » Profundización de estudio sobre los criterios para conformación de ZIGS y servicios subregionales, regionales y nacionales.
- » Aplicación nacional del modelo con redefinición de subregiones y regiones.



VIII. Consideraciones finales

El cambio de modelo de atención tiene como principales desafíos la transformación cultural y la superación de una lógica mercantil en el campo de la salud. La concepción de la salud como un derecho, con individuos familias y comunidades que participan activamente en la búsqueda transformadora de su propia salud y del contexto que la determina, impone la deconstrucción de prácticas cotidianas de los ciudadanos, de los usuarios y del personal sanitario.

ASSE ha decidido integrar a su modelo organizacional burocrático y jerárquico, algunas características de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Ha determinado una gestión centrada en el usuario, participativa, que habilita los desarrollos locales de acuerdo a realidades cambiantes, y se sustenta en la interacción colaborativa y transformadora de los componentes de la red. Esta nueva forma de organización no está exenta de desafíos y tensiones en tanto interpela viejas prácticas de atención y de gestión, concentradoras de poder.

Un aspecto sustantivo del cambio es el desarrollo de competencias para el liderazgo colectivo en la conducción político-estratégica, los equipos de gestión, los equipos de salud y los usuarios. Este liderazgo se basa en reconocer el aporte del “otro” para el cumplimiento de los objetivos comunes y se nutre de las competencias y “saberes” singulares de cada actor de la red. Esta práctica poco habitual en nuestra sociedad requerirá enérgicos estímulos que interpelen la forma de relacionamiento e interacción y construyan nuevos tejidos vinculares.

Otro aspecto a profundizar es la gestión de la red, dotándola de estructuras y recursos acordes a cada nivel de organización propuesto y definición de competencias y responsabilidades de los efectores y profesionales. Los recursos deben ser acordes a las necesidades de la población a la que asiste y a la red vista como un conjunto, y centrarse en solucionar los problemas de salud en el lugar más adecuado. Esto facilita el trabajo colaborativo y asegura la sustentabilidad del sistema. La asignación de recursos debe estar en consonancia con estas definiciones. En ese sentido, el Primer Nivel de Atención aún no cuenta con los recursos necesarios para desplegar toda su potencialidad y se han mantenido las asimetrías de presupuesto de las Regiones del interior del país con relación a la Región Sur, que concentra los principales centros de referencia nacional y especialistas. Pensar en un desarrollo equitativo de los servicios y en un modelo que favorezca la eficiencia, requiere un cambio en la forma actual de asignación pre-

supuestal. Esto tiene como principal dificultad la necesaria transferencia de recursos de una Región a otra (que podría determinar dificultades en los servicios) o el aumento de recursos asignados a ASSE (que no parece viable en el actual marco de restricción presupuestal). Por tal motivo sería necesario ensayar escenarios gradualistas que logren los objetivos propuestos.

Los equipos de salud son claves para el cambio. Es necesaria la integración de diferentes profesiones que aporten una mirada integral de la salud, abandonando el modelo médico hegemónico que prevalece aún en el SNIS. La ampliación de competencias de los profesionales no médicos puede aportar mayor accesibilidad y resolutivez al sistema combinado con el uso de tecnologías que posibilitan consultas y diagnósticos a distancia y el intercambio de conocimiento de los equipos de salud en puntos distantes. Un elemento central para el funcionamiento de los equipos de salud es evitar los estímulos económicos dirigidos a la acción y/o al logro individual. Debemos comenzar a desarrollar estímulos y reconocimientos a los logros colectivos y en sintonía con los objetivos de la red.

El proceso desarrollado en el marco del Acuerdo interinstitucional “Fortalecimiento de la Regionalización de ASSE”, ha contribuido significativamente para superar una lógica organizacional endógena, propia de las organizaciones complejas como ASSE; ha logrado colocar la vida cotidiana de las personas en el centro del discernimiento institucional, en base al conocimiento de su movilidad real y posible. Ello configura una innovación en tanto permite operacionalizar la “cercanía” y organizar la gestión y provisión de servicios de salud en función de la dinámica vital de las familias y las comunidades, descentrándolo de las conveniencias o intereses institucionales. Es innovador traducir el área de influencia de los centros urbanos a unidades territoriales de responsabilidad de cobertura poblacional de los efectores de salud, en sus diferentes niveles de complejidad.

Se coloca así un mojón relevante, con proyección futura, para democratizar y universalizar el acceso a la salud, en tanto se avanza “implementando medidas de compensación de los desequilibrios existentes” como expresa el artículo 11 de la Ley N° 19.525, que orienta el ordenamiento territorial de los servicios en un marco de desarrollo sostenible. Será necesario tenerlo en cuenta para proyectar soluciones en el campo de la salud acordes a la forma en que el territorio funciona.

La información que brindan los mapas de isócronas respecto a la cobertura de los servicios de CTI en escenarios de autosuficiencia institucional de ASSE y de articulación de ASSE con prestadores privados del SNIS, es un argumento insoslayable para implementar en el corto plazo la complementación público-privada para estas prestaciones en todo el territorio nacional. Es un argumento incontestable, ya que se basa en la posibilidad real que tienen los ciudadanos de llegar en forma oportuna a los servicios críticos, tanto del sector público como del sector privado.

Por último, ASSE es un prestador fundamental en el SNIS presente en todo el territorio nacional y debe coordinar la Red de Efectores Públicos de Salud fortaleciendo sus potencialidades y posibilitando desde allí la complementación con los otros prestadores del SNIS para asegurar la sostenibilidad del sistema.

The background is a solid orange color with a pattern of thin, light-orange contour lines that resemble a topographic map. Two dashed lines, one in the upper-left and one in the lower-right, intersect at the center of the page.

Bibliografía

- » ASSE. (2015). Hacia una nueva dinámica institucional. 2010-2014. Montevideo: IMPO.
- » ASSE. Dir. Sistemas de Información. (Mayo 2019). Informe descriptivo. Boletín estadístico mensual de usuarios.
- » Benia, W. M. (2011). Construcción de una red continente. APS y Primer Nivel en el Cambio de Modelo de Atención en Montevideo. En G. A. E. Lewcovitz, Atención primaria de salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. (págs. 99-131). Montevideo: OPS.
- » CINAM, 1963. Interpretación del Uruguay Rural.- Montevideo.- Ed. ClaeH-Librería América Latina.-
- » DINOT. (Mayo 2019). Fortalecimiento del proceso de regionalización de ASSE. Informe de avance. Montevideo.
- » E. Harispe, M. F. (2019). Fortalecimiento de la Regionalización de ASSE desde una perspectiva de redes integradas de servicios de salud. Cap. 7. En MSP, Avances en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de Salud.(págs. 134-150) https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&slug=avances-en-la-consolidacion-del-snis-baja&Itemid=307. Montevideo. Obtenido de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&slug=avances-en-la-consolidacion-del-snis-baja&Itemid=307
- » EASP, BID, ASSE. (2017). Plan de Acción para fortalecer la capacidad de resolución de la Región Sur de ASSE. Informe final. Granada, Agosto.
- » EASP, BID, ASSE. (2018). Articulación e implantación de las acciones que garanticen la continuidad asistencial en las Redes de Atención Primaria de la Región Sur de ASSE. Informe final. .
- » EASP, BID, ASSE. (2017). Proyecto de Fortalecimiento de la resolutividad del primer nivel de atención de ASSE.
- » Elis Borde, M. T.-T. (2017). El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000600264&script=sci_abstract&tlng=es
- » Esteche, M. (2019). Territorialización del Primer Nivel de Atención. Experiencia de aplicación del Modelo Multiescalar a 7 RAP's de ASSE. Montevideo.
- » Jacqueline Gómez, H. L. (2018). Programa interinstitucional Nodos de Salud de Tacuarembó. Cap. 11. En M. OPS, Buenas Prácticas en capacidad resolutiva. Primer Nivel de Atención del SNIS. . Montevideo: OPS.
- » Jones JM, S. A. (2014). Territorialización. ASSE. RAP Metropolitana. Documento de trabajo. .
- » Larissa Galas Justo, A. K.-S. (2017). La territorialización en la Atención Básica: un informe de experiencia en la formación médica . Obtenido de DOI: 10.1590/1807-57622016.0512: http://www.scielo.br/pdf/icse/v21s1/es_1807-5762-icse-21-s1-1345.pdf
- » Martínez E., D. M. (2016). Sistema urbano nacional del Uruguay. Montevideo. Obtenido de http://www.otu.opp.gub.uy/sites/default/files/docsBiblioteca/Sistema%20urbano%20nacional_UY.pdf

- » MVOTMA, OPP y CSP. (2019.). Sistemas de Ciudades y Equipamientos. Montevideo.: ISBN N°: 978-9974-658-43-1.
- » OPS. (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington.
- » Pastore. (2018). Constelaciones urbanas. Editorial Académica Española.
- » Poder Legislativo. (2007). Ley 18.211 Creación del Sistema Nacional Integrado de Salud. Obtenido de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61>
- » Poder Legislativo. (2010). Ley N° 18.719. Presupuesto nacional de sueldos gastos e inversiones. Ejercicio 2010-2014. Obtenido de IMPO: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18719-2010>
- » Poder Legislativo. (2017). Ley 19.525. Directrices Nacionales de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Sostenible. Obtenido de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19525-2017/29>
- » Poder Legislativo. (2008). Ley 18.308, de Ordenamiento Territorial y Desarrollo Sostenible. Obtenido de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18308-2008/83>
- » Red Integrada de Efectores Públicos de Salud. Plan Estratégico RIEPS 2014 - 2020. Setiembre de 2014. (págs. 14-16) Obtenido de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=488-plan-estrategico-rieps-final-8&category_slug=publications&Itemid=307
- » "Sosa A., B. G. (2018). Territorialización RAP Canelones.
- » Urruzola, Juan P; Alemán, Laura; Leicht, Eleonora; Leites, Montiel. "La forma de las ciudades uruguayas". Junta de Andalucía- Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente. Montevideo, 2012"

