



CHUBUT

DECRETO 951/2001

PODER EJECUTIVO DE LA PROVINCIA DE CHUBUT

Plan Provincial de Salud para el trienio 2001-2003.
Aprobación.
del 16/07/2001; Boletín Oficial 19/09/2001

Artículo 1° - Aprobar el Plan Provincial de Salud y lineamientos programáticos, de la provincia del Chubut formulado para el trienio 2001-2003, expresado en el documento que como Anexo I forma parte integrante del presente decreto.

Art. 2° - Comuníquese, etc.

Lizurume; García; Capraro; Bensimon; Giacone; Albertella.

ANEXO I

PLAN PROVINCIAL DE SALUD

Hacia una reforma integral del modelo de salud

Trienio 2001-2003

1. Introducción

Reseña histórica

En los últimos cuarenta años la Salud Pública de nuestra Provincia ha estado directamente relacionada e influenciada por las políticas nacionales.

El proyecto geopolítico de las sucesivas dictaduras militares que gobernaron el país durante las décadas del 60 a los 80 consideró a las provincias patagónicas como un bastión contra el posible avance chileno, motivo por el que fortalecieron al sector público administrativo y sanitario. Esta concepción dio lugar a la ejecución de un proyecto económico que determinó en nuestra provincia el crecimiento de tres polos de desarrollo ubicados en el valle inferior del Río Chubut, en la región cordillerana y en la zona de explotación petrolera de Comodoro Rivadavia. En tanto, el Sistema de Salud derivó en la aplicación de un fuerte modelo médico hegemónico.

Con el advenimiento de la democracia a principios de la década del 80, el proyecto geopolítico militar se modificó como consecuencia de los acuerdos con Chile que lograron descomprimir las hipótesis de conflicto. Simultáneamente con estos cambios políticos las sucesivas crisis inflacionarias modificaron el perfil de la Salud Pública Provincial. A finales de la década del 80 la Subsecretaría de Salud fue transformada en un ente descentralizado y autárquico, denominado SIPROSALUD (Sistema Provincial de Salud), basado en la participación comunitaria y en la descentralización económica. Fue precedido por la sanción de una Ley de Carrera Sanitaria que pretendió jerarquizar el recurso humano y favorecer su capacitación para la conducción del Sistema.

La inestabilidad económica y la falta de continuidad en las políticas de conducción, fueron desvirtuando el espíritu de esta reforma. La utilización posterior del arancelamiento - presente como estrategia en la Ley de Autogestión Hospitalaria- modificó el espíritu del sistema público de salud con efectos vigentes hasta este momento. Los cambios económicos derivados de la globalización, el repliegue de las obras sociales debido a la crisis y el crecimiento desarticulado del Subsector Privado, terminaron por constituir un complejo escenario que dio por tierra con todos los intentos de cambio.

Hoy, desde el Gabinete Provincial, el Ministerio de Salud tiene el desafío y la

responsabilidad de generar un proceso dinámico de transformación del Sistema de Salud de nuestra Provincia.

La crisis del sector sanitario

Las condiciones de vida de las personas se han visto afectadas considerablemente en la última década por los cambios económicos ocurridos, así como también la cobertura y la calidad del sistema de salud. La información disponible no alcanza para evaluar en profundidad el impacto producido.

En todo el país el estado del sistema de salud está generando procesos de reforma sectorial que no pueden interpretarse sólo como el producto de los cambios económicos ocurridos.

El desplazamiento político de la salud como prioridad y la existencia de una crisis estructural en el campo de la salud, derivó en una situación caracterizada por la coexistencia de dos tipos de crisis: Una crisis financiera, producida por el crecimiento sostenido en el gasto de salud ocasionado principalmente por una excesiva tendencia a la especialización y por el crecimiento incontenible de la industria farmacéutica y de la industria del equipamiento médico que descubrieron un enorme potencial para generar ganancias, por el fenómeno de transición demográfica y epidemiológica de la población, y por las fallas de eficiencia presentes en los modelos de gestión y administración del sistema; y una crisis de legitimidad, provocada por la disminución de la capacidad de respuesta de las instituciones del sector, la persistencia de trabas en la accesibilidad, la despersonalización de la atención, la falta de cobertura de grandes segmentos de la población, y por la desmotivación del equipo de salud.

Los trabajadores de la salud no escapan a esta situación de crisis de la que son protagonistas. La pérdida del entusiasmo es difícil de modificar cuando se carece de otras recompensas. Al ser los hospitales instituciones de servicios, uno de sus principales objetivos es brindar atención de calidad a los destinatarios, y para conseguirlo es recomendable que los efectores de salud cuenten con incentivos que premien el mérito y la dedicación, actitudes loables que hasta ahora han contribuido a sostener a las instituciones a pesar de las carencias.

Existe inequidad en el sistema en relación con una baja accesibilidad y una deficiente calidad en los servicios asistenciales, que no le permite a todas las personas obtener igual atención ante igual necesidad.

Estas problemáticas propias y específicas del Sistema de Atención de la Salud justifican la posibilidad de pensar en una reforma del sector, capaz de introducir cambios estructurales en lo político, en lo jurídico y en lo institucional.

La finalidad de la reforma es extender la cobertura, aumentar la accesibilidad y mejorar la calidad de los servicios de salud, como forma de disminuir la inequidad existente en el sistema.

2. Marco de la propuesta. Lineamientos políticos

De acuerdo a lo establecido en la Constitución de la Provincia de Chubut en lo referido al Régimen Social, arts. 72 y 73, la política provincial de salud se ajusta a la obligación de asegurar el derecho al mantenimiento; protección y mejoramiento de la salud de sus habitantes, garantizando el acceso a la atención sanitaria a través de sus efectores públicos. Dentro de sus objetivos, debe asegurar la accesibilidad, universalidad; equidad, adecuación y oportunidad de las acciones, priorizando aquellas destinadas a sectores considerados en situación de riesgo. Para lograrlo, promueve la descentralización operativa y funcional del sistema de salud, normaliza, ordena y fiscaliza las actividades y prestaciones de salud y desarrolla programas con fines específicos. Los recursos dedicados a la salud son considerados una inversión social.

Es una política pública alcanzar un nivel de salud que permita a cada ciudadano participar provechosamente en actividades sociales y económicas productivas.

En vista de las inequidades existentes en el sistema de atención de la salud y de la necesidad de cumplir con los imperativos constitucionales vigentes, la provincia de Chubut da inicio a un proceso de reforma sanitaria a través de la elaboración de un Plan de Salud Provincial para el trienio 2001-2003.

Para ello, establece con claridad criterios y lineamientos básicos y tiene en cuenta las

experiencias acumuladas en el área de la salud, rescatando las propuestas existentes como punto de partida para realizar una planificación estratégica que asegure la eficacia de las intervenciones.

El plan constituye una propuesta de cambio en los modelos de atención, de financiación y de gestión del sistema de salud, que incorpora la atención integral e integrada en niveles crecientes de utilización a partir de una puerta de entrada al sistema y la separación de las funciones de provisión de servicios y financiación. Los ejes de la reforma son:

Un modelo de atención centrado en el primer nivel por medio de un equipo de salud familiar coordinado por el médico de cabecera, con población beneficiaria identificada y orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

La creación de un Seguro de Salud provincial para financiar la atención de aquellas personas sin cobertura.

La utilización de Compromisos de Gestión entre los diferentes actores sociales, que permita la separación de funciones y la asignación de recursos de acuerdo al cumplimiento de objetivos y a resultados de productividad y calidad. La implementación de un modelo de gestión descentralizado, con una organización institucional orientada hacia el usuario.

El establecimiento de una Red de utilización de servicios de complejidad creciente basada en las necesidades del paciente y con seguimiento continuo.

La jerarquización del personal de salud en el proceso de atención y en la transformación sectorial.

Marco conceptual

Una reforma es un proceso integral que consiste en numerosos cambios e innovaciones de carácter estructural y funcional que actúan simultáneamente y en forma complementaria para obtener resultados de gran impacto. El Estado como actor social debe formular políticas públicas que persigan intereses colectivos, y tiene en el campo sanitario la responsabilidad de implementar estrategias tendientes a mantener y recuperar la salud y conseguir la mejoría de las condiciones de vida y de bienestar de las personas. Ajustar los servicios sanitarios a estos nuevos requerimientos sociales implica incorporar aspectos relacionados con la calidad, la eficacia, la eficiencia y la equidad del sistema, en un marco de adecuación presupuestaria, lo que en definitiva significa su reformulación.

La reforma consiste entonces en desarrollar un sistema sanitario que sea capaz de ofrecer salud integral a toda la población en un marco de solidaridad que promueva el desarrollo humano sostenido.

En este contexto, considerar a la salud como un recurso aplicable a la vida cotidiana favorece el desarrollo de una noción positiva del concepto de salud: La salud asumida no como una tarea exclusivamente médica sino como un proyecto social íntimamente ligado a responsabilidades políticas, cuyo logro se apoya tanto en la capacidad física de los individuos como en los recursos personales, sociales y sanitarios disponibles en una comunidad.

Desde este punto de vista, la salud es un factor condicionante de la calidad de vida y de la capacidad que poseen las personas para realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y modificar su entorno.

Aparece así la concepción más reciente de la salud como producto social, como resultante de la interacción entre las características biológicas, ambientales, culturales, sociales y económicas que se producen en una sociedad y que determinan las condiciones de vida de esa población. Los individuos, las familias y la comunidad enfrentan estas condiciones desarrollando conductas y comportamientos regulares que representan estrategias y estilos de vida. El modelo de salud como un proceso social implica reconocer en la complejidad de su elaboración la necesidad de construir un nuevo paradigma asistencial cimentado en la promoción de la salud como medio para mejorar las condiciones sanitarias y de vida de la población. Esta elección reconoce la conveniencia de fomentar acciones externas al sector, de alto impacto en las condiciones de bienestar social, fundamentalmente en las áreas de educación, saneamiento, alimentación, empleo e integración social.

Uno de los mayores obstáculos para mejorar los niveles de salud es que el poder para lograrlo se halla disperso entre los usuarios, el equipo de salud, las instituciones y los

gobiernos. Esta fragmentación de la responsabilidad lleva a que cada participante procure soluciones limitadas a su propia esfera de interés y, dado que en general las mayores preocupaciones sanitarias suelen ser de naturaleza muy específica y más frecuentemente referidas a causales biológicas, habitualmente no se tiene en cuenta en la resolución de estos problemas la relación existente entre los determinantes biológicos y los diferentes componentes del campo sanitario.

El concepto de campo de salud aporta una visión unificada y revela la importancia de atender a todos los determinantes específicos capaces de incidir en el estado de bienestar, inclusive aquellos bajo la responsabilidad de otros, legitimando la idea de desarrollar políticas sanitarias en un contexto más amplio y articulado. Este concepto epidemiológico contempla cuatro grandes componentes de la salud: La psico-biología humana, el medio ambiente o entorno, los estilos de vida o riesgos autogenerados y el sistema de organización de la atención. Sus elementos interactúan en la producción de salud y enfermedad de manera diferenciada de acuerdo al problema estudiado y son identificados mediante el examen de las causas y factores básicos de morbilidad y mortalidad capaces de afectar el grado de salud de una población. Con su uso como instrumento analítico es posible estudiar cualquier problema sanitario en relación con los cuatro determinantes, evaluando su importancia relativa y su interacción. Este análisis permite concentrar la atención en los factores contribuyentes y desencadenantes de mayor peso relativo.

La Salud Pública se erigió como el lugar desde el cual es posible obtener un mayor rédito con la aplicación de esta línea de pensamiento, a raíz de su relación con otros sectores y actores de la comunidad. Una respuesta eficaz y eficiente a la situación que atraviesan personas y sistemas debe integrar necesariamente los componentes vinculados a las condiciones de vida y del entorno y a la capacidad de generar respuestas sociales organizadas. La aplicación de estrategias, métodos y técnicas sustentadas en este principio integrador permite la identificación de necesidades y problemas prioritarios de salud en los diferentes períodos del proceso salud-enfermedad.

Enfoque estratégico

Para lograr la resolución de los problemas identificados se requiere en primera instancia la adopción de una estrategia política que enmarque a la totalidad de las acciones. Una estrategia se propone resolver problemas mediante una forma determinada de reorganizar y reorientar los recursos del sector. En ese sentido, la Estrategia de Atención Primaria o de Cuidado Primordial de la Salud otorga los lineamientos conceptuales y metodológicos necesarios para desarrollar un plan de acción que procure mejorar la salud de una población.

La atención primaria como estrategia comprende y afecta a todo el sistema y a toda la población, y su principal objetivo es disminuir las desigualdades existentes en la satisfacción de las necesidades y aspiraciones de los grupos humanos que integran las sociedades, priorizando a los grupos en riesgo.

La implementación de un modelo basado en el cuidado primordial coloca el énfasis en las acciones de promoción y protección, considerando que toda intervención racional sobre las personas debe estar orientada a promover el autocuidado y a evitar la aparición de enfermedad, modificando los riesgos que afectan su salud. Requiere que los servicios sanitarios, particularmente los del primer nivel de atención, asuman el cuidado y la promoción de la salud y la prevención específica como funciones primordiales y no solo como tareas marginales. También incorpora los conceptos de intersectorialidad, descentralización operativa, organización por complejidad creciente, focalización y participación comunitaria.

La organización y articulación de las unidades de producción de los servicios en niveles de atención y escalones de complejidad, permite mejorar el acceso, la continuidad, la referencia, la contrarreferencia y la integralidad de la respuesta asistencial.

Esta estrategia aplica el abordaje familiar como modalidad de intervención en un nivel intermedio entre el nivel individual y social, útil tanto para comprender los factores del entorno en la génesis de los problemas de salud, como para asegurar la eficacia de las intervenciones individuales. Debe resaltarse que las acciones de cuidado y protección

específica muestran una eficacia concluyente en manos de un equipo de salud familiar orientado por médicos de cabecera con una población destinataria definida, por el desarrollo de acciones sistemáticas de prevención y de promoción con los beneficiarios.

3. Planteo del problema

El sector sanitario en la Provincia de Chubut, como el resto de la República Argentina, se encuentra constituido por tres subsectores: El Público, el Privado y el de las Obras Sociales.

El Sistema de Salud Público tiene como principales obligaciones garantizar el acceso universal a la salud de las personas, organizar, administrar, gestionar y financiar el subsector público y coordinar, regular y evaluar las actividades de todo el sistema de salud.

En el modelo actual, la organización y administración del sector presenta dificultades por la complejidad del gerenciamiento y gestión del sistema, la escasa coordinación de las actividades entre los distintos actores intra e intersistémicos y por inconvenientes en la planificación operativa de las acciones, debido a la multiplicidad de niveles de decisión en un sistema de servicios de salud fragmentado institucionalmente. La fragmentación, como característica principal del sistema de salud argentino, es un factor que limita la posibilidad de cambiarlo.

Igualmente, la necesidad de optimizar la gestión de los efectores justifica el desarrollo de un modelo de gestión que será implementado en el ámbito provincial.

El desfinanciamiento producido por la disminución de la capacidad de pago de la población y por los crecientes costos de la tecnología sanitaria determinan una crisis financiera en el sector, que demanda un replanteo en el financiamiento del sector.

La baja cobertura real ofrecida por las obras sociales originó un aumento de la demanda en el subsector estatal que incrementó los inconvenientes que presentaba para adaptarse a las nuevas circunstancias. Se presenta en este documento una alternativa viable para aumentar efectivamente la cobertura a todos los habitantes de la provincia.

El modelo de atención actual también presenta falencias, sobre todo por la despersonalización, la pérdida de calidad, la desintegración de la persona en órganos y sistemas y la baja satisfacción de los usuarios respecto de la atención que reciben. Estas problemáticas propias de la prestación de servicios de salud se encuentran agravadas por la situación de crisis financiera, por el aumento de la demanda y por los problemas de gestión del sector público. Resulta evidente entonces la necesidad de originar estrategias de cambio para lograr implementar un modelo integral de atención de la salud.

En el escenario descrito, el Estado es el conductor y planificador estratégico del sector y actúa como prestador de servicios a través de los establecimientos públicos y como financiador mediante el mantenimiento de los efectores públicos, programas específicos y subsidios directos.

Ejerce los roles de regulación del sistema y de definición de las macropolíticas del sector, más allá de la creciente cuota de injerencia que el mercado ha conseguido acumular. En el mismo sentido, ejerce también las funciones de control y regulación de instalación de tecnología en función de objetivos sanitarios y sociales, no permitiendo el aumento desordenado de la capacidad instalada basado en fines lucrativos.

Identificación de prioridades y problemas

Características demográficas y condiciones de vida

El Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991 estimó una población de 457.856 habitantes para 2001, que representa una participación relativa en el total del país del 1,21 %.

La tasa de crecimiento anual media (por mil) es de 23,12, y registra un comportamiento descendente.

La tasa global de fecundidad por mujer continúa su tendencia declinante: De 3,16 hijos por mujer en 1995 se proyecta una tasa de 2,93 hijos por mujer para 2000.

La tasa de natalidad registró una sostenida declinación: En 1995 fue de 22,7 por 1000 habitantes, en 1997 de 21,0 por 1000 y en 1999 de 18,8 por 1000.

La esperanza de vida al nacer (evn) para ambos sexos, de acuerdo con proyecciones para 1990-1992, fue de 70,58 años, 74,04 años para las mujeres y 67,26 años para los hombres, ubicándose en promedio 1 año por debajo de la media nacional.

En las proyecciones para el año 1999 del Informe sobre Desarrollo Humano 1999 PNUD, se indica una esperanza de vida al nacer variable según el nivel de ingreso per capita provincial. Chubut integra el Grupo I ocupando el cuarto lugar en la lista de provincias, y la evn alcanza a 73,05 años. La estructura de la pirámide poblacional muestra un fenómeno de transición demográfica incipiente. En 1990 los menores de 15 años superaban el 35 % del total de habitantes (35,51 %), mientras que los mayores de 60 años totalizan el 7,66 %.

Actualmente, los menores de 15 años representan el 30,91 %, mientras que los mayores de 60 años constituyen el 8,83 % del total, evidenciando el descenso de la tasa de natalidad y el inicio del envejecimiento paulatino de la sociedad.

La proporción de mayores de 65 años, que en 1990 representaban 5,0 % de la población total, actualmente se estima en 6,01 % y alcanzaría a 6,6 % en el 2005, con marcado predominio femenino.

El total de población NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) en el territorio provincial alcanza un 21 %, representando aproximadamente unos 94.000 habitantes. Si este indicador es analizado en relación con la población materno infantil, surge que el porcentaje de NBI en este grupo alcanza unas 58.000 personas.

Actualmente, 16.000 personas disponen de menos de \$1 diario para vivir, representando el 3,6 % del total de la población provincial.

El porcentaje de analfabetismo y el porcentaje de niños nacidos de partos no institucionales también caracterizan las condiciones de vida de una población.

Estos indicadores tienen una estrecha relación con el nivel de ingreso per capita.

El porcentaje de población de 10 años y más en condiciones de analfabetismo es de 4,47 % (SIEMPRO 1995), mientras que el porcentaje de partos en establecimientos asistenciales con relación al total de los nacidos vivos es de 99,5 %.

El porcentaje de población no cubierta por obra social o plan médico era de 32,30 % en 1991 (INDEC 1991-SIEMPRO 1995), estimándose actualmente cercana a un 40 %: unas 200.000 personas carecen de cobertura.

Perfil de la mortalidad

En 1999 se registraron un total de 2.263 muertes en el territorio provincial, representando una tasa específica de mortalidad en residentes de 5,25 por mil habitantes.

Las cinco principales causas de muertes por grupo de enfermedades relacionadas de acuerdo a la CIE 10ª Edición suman el 71,18 % del total de los decesos.

Población materno infantil provincial

La población materno-infantil constituye el 61,6 % del total de la población provincial. Su importancia como prioridad en las políticas de salud radica en la magnitud de la población que abarca. En términos absolutos incluye a 276.149 personas, de las cuales: 94.583 son niños de hasta 9 años; 86.799 son adolescentes entre 10-19 años y 137.193 son mujeres en edad fértil.

La mortalidad materna y la mortalidad infantil son los indicadores de mayor relevancia en esta población. Traducen la calidad, la oferta y la accesibilidad a los servicios de salud.

Mortalidad Materna

La mortalidad materna fue en 1999 de 0,0, evidenciando una disminución progresiva desde el año 1989 en que los valores se situaban en 5,8 por diez mil nacidos vivos.

Mortalidad Infantil

La tasa de mortalidad infantil disminuyó 3,3 puntos desde 1995 a 1999, desde 19,6 por mil nacidos vivos a 16,3 por mil nacidos vivos. Al analizar la estructura de la tasa observamos que la mortalidad neonatal representa 10,1 por mil, resultado de la suma del 8,4 por mil del componente precoz más 1,7 por mil del componente tardío; mientras que la mortalidad postneonatal representa el 5,6 por mil.

El porcentaje reducible de la Mortalidad Infantil es de 63,56 %, lo que representó para 1999 un total de 82 muertes evitables en niños menores de 1 año.

La mortalidad infantil presenta un riesgo 3 veces mayor en embarazadas menores de 15 años, en tanto que en embarazadas de entre 15-18 años y mayores de 42 años de edad el riesgo de ocurrencia se duplica.

4. Desarrollo de la propuesta

Entendiendo a la salud como un derecho inalienable y como un componente imprescindible del bienestar humano, el Ministerio de Salud pretende contribuir a saldar la deuda sanitaria acumulada en los últimos años a través de la formulación de un Plan de Acción para el trienio 2001-2003, que busca modificar el funcionamiento global del Sistema de Salud Provincial de acuerdo a los siguientes fundamentos:

Principios de la reforma

Gratuidad en el punto de atención

Queda garantizada la gratuidad en la prestación de los servicios de atención sanitaria brindados a través de sus efectores públicos, asegurando el derecho al mantenimiento, protección y mejoramiento de la salud de sus habitantes.

Se entiende a la gratuidad como el medio más adecuado para garantizar la equidad del acceso a la atención mediante una canasta básica de prestaciones que el sistema se obliga a asegurar a todos los habitantes cuando exista una probada superioridad de resultados basada en la evidencia médica y medible en beneficios para el paciente, sin distinciones respecto de su capacidad de pago o de la existencia de terceros pagadores.

La financiación de esta gratuidad estará asegurada con los recursos provenientes de rentas generales y con el recupero de las prestaciones efectuadas a quienes tienen cobertura

Equidad

Entendida como

- * la oportunidad de acceder a los servicios de salud y obtener similares cuidados ante similares necesidades,

- * una justa distribución de los recursos en función de riesgos y grados de vulnerabilidad y orientados hacia fines sanitarios específicos.

Cobertura

Implica disponer de un acceso oportuno, efectivo y universal a los servicios sanitarios requeridos según las necesidades, por medio de una red de efectores que cuente con una puerta de entrada definida.

Calidad

Obtener calidad en salud reside tanto en el operador del servicio como en el sistema. Suponer que la calidad depende exclusivamente del acto individual es limitado, ya que el sistema debe estar organizado para que la calidad se produzca naturalmente, conjugando:

- * una atención efectuada con elevado nivel científico y técnico, que considere a la persona en forma integral y que se desarrolle en un ambiente cálido y humanizado y

- * un sistema que desde la organización, la normativa y los procedimientos favorezca la calidad, independientemente del operador.

Eficiencia

La eficiencia es una cuestión ética más que una cuestión gerencial. Ante la asimetría de crecimiento que presentan los costos de la atención respecto de los recursos utilizables, es menester conseguir el máximo rendimiento de cada recurso invertido produciendo más servicios por el mismo costo o igual cantidad a menor costo.

Eficacia

La eficacia es el resultado del conjunto de las acciones realizadas en relación con una necesidad previamente identificada. Es un concepto operativo que se apoya en los elementos técnicos y metodológicos necesarios para la resolución de problemas.

Desde una esfera axiológica, es hacer lo que se necesita hacer.

Oportunidad de las acciones

Señala el momento de un proceso en que están presentes las condiciones requeridas para ejecutar eficazmente una acción. La oportunidad demanda una instancia de planeamiento estratégico y un análisis de situación que evalúe y dimensione la real posibilidad de éxito de las acciones programadas.

Eticamente exige hacer en el momento en que debe hacerse.

Descentralización

Se transferirán en forma gradual recursos, responsabilidades y competencias a los niveles regionales para que realicen una planificación y programación en base a necesidades y prioridades locales, hasta obtener una plena autonomía de gestión.

Participación de la sociedad Se efectuará una apertura en la conducción de los establecimientos de salud, por medio de mecanismos que establezcan fluidos canales de comunicación entre el usuario y el efector. Los usuarios de los servicios deben ser protagonistas en la gestión de los establecimientos, en la identificación de prioridades y en la asignación de los recursos.

Intersectorialidad El uso racional de los recursos del sistema puede alcanzarse a través de la integración de esfuerzos de los subsectores público, de la seguridad social y privado, acrecentando la eficiencia de los servicios. La articulación con otros sectores sociales, educación, desarrollo social, saneamiento, economía, trabajo, etc., permitirá avanzar en el desarrollo de acciones que tienen una fuerte asociación con mejores niveles de salud y que son costo/efectivas.

Jerarquización de los integrantes del Equipo de Salud

La reorganización del sector será posible si se cuenta con personal capacitado y comprometido con el proceso de reformulación. Los integrantes de los equipos de salud son protagonistas en la atención y sujetos de los cambios. Elaborar el consenso y la comprensión del papel que deben desempeñar, es una condición que adquiere auténtica importancia estratégica en la consecución de los objetivos planeados.

Pasar de un discurso que valora al personal a una política que efectivamente lo haga, obliga a establecer una base de acuerdos que contemple la introducción de un sistema de incentivos, la capacitación permanente y la mejoría de las condiciones de trabajo.

Líneas de acción

Acompañamiento a las áreas programáticas en el desarrollo de los programas locales de salud: Asistencia Técnica.

El trabajo en terreno es una línea fundamental para fortalecer la autonomía regional en el desarrollo de programas locales.

Acorde a ese planteamiento, el Ministerio de Salud ha decidido integrar un grupo de trabajo itinerante conformado por los miembros de sus equipos técnicos. La función de este grupo es la de acompañar y fortalecer a los efectores en las tareas de organización, gestión, capacitación y monitoreo.

Planificación provincial

Se pondrá especial énfasis en el fortalecimiento de la capacidad de conducción y planeamiento sectorial en el nivel provincial, a fin de posicionar estratégicamente al Ministerio de Salud para asumir las nuevas funciones que le exigirá el cambio de los modelos de gestión y financiamiento del sistema.

Las actividades del sistema serán íntegramente planificadas bajo la Estrategia de Cuidado Primordial o Atención Primaria de la Salud.

Regionalización

Las áreas programáticas son las unidades político-técnico-administrativas del esquema de regionalización, responsables de impulsar las líneas de acción y de gestionar las reformas de acuerdo a realidades locales. La definición de las responsabilidades de las áreas programáticas debe efectuarse con el criterio de cobertura total sin excluir territorios ni poblaciones.

Capacidad gerencial

La implementación de la reforma requiere la conformación y fortalecimiento de equipos con capacidad para gerenciar proyectos y programas en forma eficiente y eficaz, en un posible marco de conflictividad e incertidumbre desatado por la reforma y agravado por restricciones financieras.

La adquisición de capacidades de gestión y de trabajo en equipo por parte de todos los integrantes de los distintos niveles de responsabilidad de las áreas programáticas, son las principales características del nuevo perfil de conducción esperado.

Programación local

La programación técnica y operativa de las actividades en cada área programática facilita la identificación de necesidades y la determinación de prioridades, convirtiendo en protagonistas al personal local del sistema de salud y a la población. Se transforma así a la planificación en un proceso social en el que intervienen aquellas personas que

cotidianamente viven las situaciones que pretenden modificar.

Fortalecimiento del primer nivel de atención

En cada Area programática se efectuará la programación técnica y operativa de las actividades, la identificación de necesidades y la determinación de prioridades.

El adecuado funcionamiento del primer nivel de atención garantizará la extensión real de la cobertura.

Desde este nivel se asegurará el abordaje integral de las personas, la familia y la sociedad, y la ejecución apropiada de las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Redes de atención

Se conformarán Redes de atención de complejidad creciente formadas por la articulación de recursos humanos, de infraestructura y de equipamiento entre efectores de diferentes niveles de complejidad y dependencia administrativa, que refuercen el primer nivel de atención. En su conformación deben utilizarse como herramientas operativas la regionalización de los efectores de acuerdo a un esquema de complejidad creciente, la descentralización de la oferta y la concentración de la complejidad.

Capacitación e investigación

Se capacitará al personal sanitario para atender las necesidades de la población, especialmente aquellas que pueden ser resueltas en el primer nivel de atención. La capacitación en servicio será el pilar de la formación y actualización continua de los integrantes del equipo básico de atención familiar, con el objeto de implementar con éxito la estrategia elegida.

El equipo de salud familiar constituye la puerta de entrada al sistema, optimizando el uso de los recursos y evitando las prácticas y gastos innecesarios. Esta modalidad de trabajo es en defensa de los intereses del paciente y no en razón de limitaciones administrativas o de contención de costos.

La búsqueda y generación de información local original, actualizada y de calidad orientada a la evaluación del impacto de las acciones realizadas, representa un insumo de carácter cualitativo fundamental para favorecer el proceso de toma de decisiones.

Monitoreo y evaluación

El monitoreo continuo de los procesos y la evaluación de los resultados en términos de eficacia, eficiencia y calidad, otorga la posibilidad de efectuar ajustes y cambios en forma permanente con el fin de alcanzar los objetivos propuestos.

Las herramientas de evaluación, por medio de mecanismos de participación comunitaria, serán compartidas con otros actores sociales a fin de que puedan juzgar y evaluar los avances en los niveles de salud programados y el grado de satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Seguro Provincial de Salud

La primera etapa del Proyecto de Seguro de Salud Provincial para los no asegurados se encuentra en marcha. En esta etapa se desarrollan los fundamentos, características y metodología para su implementación efectiva.

Junto con el fortalecimiento del primer nivel de atención constituye una de las herramientas principales para aumentar la cobertura, mejorar la accesibilidad y disminuir la inequidad del sistema.

Responsabilidad Nominal

El seguro ofrece un médico de cabecera o de familia que cada persona o grupo familiar podrán elegir y que actuará bajo el principio de Responsabilidad Nominal, lo que implica que cada equipo de atención familiar contará con beneficiarios identificados a los que podrá conocer por nombre y apellido.

Este equipo de salud será el encargado de atender y acompañar a una población a la que conoce durante el proceso de salud-enfermedad.

Red social

Se trabajará en el fortalecimiento de las redes sociales que integran las personas, para aumentar su participación en la determinación de sus propios destinos y favoreciendo la adopción de estilos de vida saludables.

Al señalar la importancia de una red social en la que las personas puedan ser protagonistas de sus vidas, surge la necesidad de instaurar a la solidaridad como un valor rector en el funcionamiento de la sociedad. En la interacción permanentemente con su entorno social, las personas acumulan un capital social que les permite no tener que afrontar en soledad sus dificultades de salud. Esta red de relaciones humanas puede facilitar u obstaculizar los mecanismos protectores de la salud.

En situaciones de postergación y marginalidad, la pérdida de la red social constituye un riesgo asociado con dificultades manifiestas en los procesos de restauración de la enfermedad y mantenimiento de la salud.

Cuidados domiciliarios

Un gran porcentaje de los eventos hospitalarios deberán ser resueltos con una modalidad de cuidados domiciliarios. Esta modalidad permite que la recuperación de la salud se realice dentro del ambiente hogareño y evita la ruptura de los lazos familiares y sociales que actualmente provoca el aislamiento institucional en las personas internadas.

Entendiendo la salud como un producto social, es necesario recrear la responsabilidad que tiene la familia en el cuidado de la salud de sus integrantes.

Medicamentos

El medicamento es considerado un bien social que debe estar fuera de las leyes del mercado. Es prioritario para esta gestión garantizar el acceso a los medicamentos en forma gratuita a los grupos en riesgo y procurar la mayor cobertura para el resto de las personas.

Se avanzará en la redefinición de un vademécum de medicamentos genéricos y de protocolos de tratamiento. La utilización del medicamento deberá responder a una probada eficacia y estar basada en evidencia científica de peso.

Es posible abaratar los costos sin sacrificar la calidad, a través de la producción propia y/o de la compra de medicamentos por medio de Organizaciones nacionales o internacionales (OPS-OMS, etc.).

5. Diseño del Plan

Objetivos de la reforma

Objetivo General

Implementar un sistema sanitario capaz de ofrecer salud integral e integrada a todas las personas.

Objetivos específicos

1. Sanitarios

- * Extender la cobertura, la accesibilidad y la oportunidad de los servicios a toda la población.

- * Desarrollar un modelo de atención basado en la Atención Primaria o Cuidado primordial, con énfasis en el primer nivel de atención y orientado hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

- * Brindar a la población una asistencia integral e integrada, interdisciplinaria, de calidad, continua y progresiva.

- * Incrementar la capacidad operativa de los servicios de salud, especialmente los del primer nivel de atención.

- * Mejorar la calidad del proceso de atención.

- * Promover la salud como producto social, formulando políticas públicas de promoción y prevención que favorezcan los factores protectores de la salud y la adopción de estilos de vida saludables en todos los ámbitos en que interactúan los integrantes de la familia.

- * Impulsar acciones intersectoriales e interinstitucionales para la implementación de políticas, planes y programas que converjan en el mejoramiento de la salud integral de las personas.

- * Estimular los procesos de protagonismo social de la población para que puedan convertirse en multiplicadores de acciones y estrategias que incidan en el logro de una mejor salud y bienestar de vida.

- * Capacitar y jerarquizar al personal del equipo de salud.

- * Apoyar la investigación y la difusión de conocimientos actualizados.

2. De Gestión

- * Implementar un modelo de gestión institucional orientado hacia el usuario, que funcione en forma descentralizada en la toma de decisiones, en la utilización de los recursos y en la asignación de prioridades.
- * Ordenar los establecimientos de acuerdo a un sistema de organización orientado hacia el servicio, que simplifique esquemas de trabajo y procedimientos de gestión.
- * Introducir la utilización de Compromisos de gestión entre los diferentes actores sectoriales como instrumento que posibilite la separación de funciones y la asignación de recursos de acuerdo al cumplimiento de objetivos y a resultados de eficiencia, productividad y calidad.
- * Establecer una red de utilización de servicios de complejidad creciente basada en niveles de atención.
- * Estimular el desarrollo de programas locales que funcionen en forma articulada con las áreas provinciales.
- * Reforzar la capacidad de conducción y planeamiento sectorial del Ministerio de Salud.

3. De Financiamiento

- * Asegurar la sustentabilidad financiera de los servicios de salud. Crear un Seguro de Salud provincial que financie la atención de aquellas personas sin capacidad de pago ni cobertura de salud.
- * Recuperar los costos generados por la atención de beneficiarios que posean cobertura a cargo de un tercer pagador.
- * Relacionar parcial y progresivamente las asignaciones presupuestarias con los resultados obtenidos y con el cumplimiento de objetivos sanitarios.
- * Mejorar la equidad de la distribución de recursos entre áreas programáticas y dentro de las mismas.
- * Reasignar recursos para fortalecer e incentivar las acciones de atención primaria.
- * Introducir la cultura de costo de producto y de resultado entre los integrantes del equipo de salud.

4. Jurídicos

Reformular la Ley de Carrera Sanitaria.

- * Crear los instrumentos legales necesarios para asegurar la viabilidad jurídica de la reforma.

Estrategias de cambio

Modelo de Atención

Hacia un nuevo modelo de atención

A pesar de que no existe una contradicción entre cuidar y curar, el sesgo hacia lo curativo que caracteriza a la moderna concepción de la medicina ha terminado por postergar el cuidado de las personas.

Nuestro sistema sanitario está dirigido predominantemente hacia la curación y reparación de los daños que provocan las enfermedades y centra su accionar en la institución hospitalaria.

Actualmente la atención se caracteriza por un incremento sostenido de las actividades desarrolladas en el segundo y tercer nivel y por el indiscriminado uso de los servicios de emergencia. La sobreutilización de tecnologías de diagnóstico y tratamiento, tanto en la asistencia ambulatoria como en internación, y el crecimiento geométrico de los costos provocan problemas de financiamiento que contribuyen a la crisis del modelo.

En concordancia con este modelo predominante, la formación de profesionales y técnicos de la salud se halla orientada al uso de tecnologías que la industria electromédica y farmacéutica se dedican a desarrollar y producir.

La tendencia actual del sistema es hacia tratamientos más costosos para enfermedades que afectan una menor cantidad de personas.

En estas circunstancias, las mejoras en el nivel de salud obtenidas por la utilización de tecnología pueden resultar marginales, siendo los beneficios comparativamente caros con relación a su costo.

Esta situación se agrava aún más si tenemos en cuenta la creciente insatisfacción de los usuarios respecto de la atención que reciben, y la urgencia de incentivar al personal tanto

desde su retribución como desde el reconocimiento a las actividades que cumple.

La motivación de los integrantes del equipo de salud surge como factor clave para posibilitar una reforma en el modelo de atención, puesto que son los responsables operativos de efectivizar la propuesta de cambio. Es preciso revalorizar el papel del personal en el proceso de atención y en la transformación sectorial, dado que constituye el capital humano imprescindible para modificar el modelo.

Implementar un nuevo modelo de atención requiere entonces de un conjunto de trabajadores de la salud suficientemente comprometidos con su función, motivados por una visión humanista y antropológica de su actividad y adecuadamente estimulados e incentivados para el rendimiento en su tarea.

La atención de la salud no puede por sus características especiales, asimilarse a cualquier producto del mercado. El mantenimiento y restauración de la salud implican instancias colectivas de intervención, donde el Estado debe ejercer un rol protagónico en la aplicación de acciones destinadas a la prevención de las enfermedades y a la promoción, protección y cuidado de la salud.

En ese sentido, las políticas del sector deberán complementarse con un cuerpo de legislación que apunte al desarrollo de poblaciones saludables, teniendo en cuenta que la actual transición epidemiológica y demográfica se relaciona con los estilos de vida y con factores del ambiente físico y social. Al respecto, el Informe Argentino sobre Desarrollo Humano 1997* (PNUD, UNESCO y el Senado de la Nación) menciona lo siguiente: "En ningún otro momento del mundo, los seres humanos hemos tenido tanta salud como en nuestro tiempo. Sin embargo, gran parte de las personas sienten que las ciudades en las que habitan están enfermas".

Las grandes mejoras en salud provenientes de la reducción de muertes prematuras y la promoción del bienestar colectivo se obtienen generalmente de acciones efectuadas fuera del sector sanitario, sobre todo por la convergencia de actividades de competencia de todos los sectores socioeconómicos que se desenvuelven en las ciudades.

Entender que la medicina es algo más que una disciplina destinada a rescatar a aquellos que ya se enfermaron y que los sistemas de salud son más que simples "sistemas de enfermedad", justifica plenamente que el equipo de salud ayude a las personas a mantenerse sanas. Este servicio es tan importante como el de curar una vez que las lesiones, el daño o la enfermedad han ocurrido. Un enfoque centrado en el cuidado, la promoción y la prevención puede disminuir el excesivo interés actual en la medicina intensiva y de alta tecnología.

Al estipular que la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el cuidado de las personas son los intereses esenciales de la medicina, es posible que definitivamente se advierta la trascendencia que tienen las condiciones económicas, ocupacionales y sociales de vida en el curso de la salud de una población.

Lo expuesto hasta ahora evidencia que el agotamiento del modelo organizacional y prestador vigente no puede ser reparado exclusivamente con el aumento del gasto, y fundamenta la necesidad de originar estrategias de cambio para construir un modelo integral de atención de la salud, que responda a los siguientes principios:

* Cobertura y Accesibilidad al sistema de salud para toda la población residente en la Provincia de Chubut.

* Equidad, entendida como la igualdad de oportunidades sanitarias y la reducción de las diferencias en el proceso de atención.

* Calidad en el proceso de atención.

* Eficiencia en la gestión y administración de los recursos.

* Participación social, al entender a la salud como una construcción social y una responsabilidad colectiva; debe involucrarse en su mejoramiento a todos los actores de la sociedad.

* Integralidad de la atención, abarcando los aspectos biológicos, psicológicos y del entorno social, en todas las acciones de salud que se produzcan.

* Continuidad de la atención, atendiendo permanentemente a las familias y a las personas, tanto en estado de salud como de enfermedad.

* Integridad del Sistema de Atención de la Salud, a partir de una red de efectores

organizada por niveles de complejidad creciente que garanticen la resolución de los problemas con la tecnología adecuada.

* Adecuación local de los servicios, dando prioridad a sus necesidades y con orientación hacia los problemas de salud prevalentes en la población del área de influencia.

* Jerarquización del Equipo de salud, actor excluyente en la adopción de un nuevo modelo de atención.

* Satisfacción de los usuarios respecto de la atención que reciben.

Estratégicamente para el logro de estos fines es indispensable operar un cambio tanto en el modelo de atención como en la modalidad de gestión. Se precisa estructurar modelos integrales e integrados, organizados por niveles de atención de complejidad creciente, con criterios de evaluación y monitoreo permanente y con normas de acreditación y calificación de servicios y recursos. Un modelo que sea verdaderamente sanitario/efectivo.

Al diseñar un sistema sanitario asentado en el Cuidado Primordial de la Salud, se debe reorganizar y reorientar los recursos para conseguir la resolución de los problemas y necesidades prioritarios de la sociedad.

Este modelo de atención integral e integrado utiliza el abordaje familiar como estrategia de intervención y la conformación de una red de atención de complejidad creciente como herramienta para su funcionamiento.

La mayor eficacia en la realización de acciones de cuidado, promoción y protección a través de un equipo de salud familiar que cuente con una población beneficiaria definida, determina la elección de esta modalidad de atención.

Al crear equipos para la atención y el cuidado de la salud se instaura la posibilidad cierta de superar la fragmentación del trabajo, confirmando unidad y coherencia al accionar del personal, que deberá aprender a desempeñarse en instituciones regidas por una nueva forma de organización laboral.

Para que todas las personas tengan cobertura hay que aumentar la accesibilidad a los servicios de salud, fundamentalmente en los grupos humanos postergados, Este eje estratégico revela la exigencia de reorganizar la red de servicios como paso previo para alcanzar la equidad.

La finalidad de la red es que las personas accedan a la utilización de los servicios en un nivel eficaz de resolución para la necesidad que originó la demanda. En la búsqueda de una mayor eficiencia y eficacia en el uso de los recursos, la red tiene que organizarse en escalones de complejidad estructurados según niveles de atención. La planificación de los recursos impone ordenar a los servicios existentes en uno de los niveles de atención de la red.

Habitualmente la mayoría de los problemas de salud demandan en su solución tecnologías simples. A medida que la asistencia de una necesidad supera la capacidad de resolución de un nivel de atención, se debe poder acceder a un nivel de mayor complejidad.

Al adecuar paulatinamente los recursos a las necesidades, se favorece que las tecnologías más sencillas se sitúen cercanas a la población, mientras que los recursos complejos se concentran en los establecimientos hospitalarios, proporcionando mayor eficiencia en su uso. Así, los establecimientos de mayor complejidad actúan como nivel de referencia dentro de la red de servicios.

La organización de los efectores en redes también facilita el funcionamiento de un sistema de referencia y contrarreferencia entre el primer nivel de atención y el segundo y tercer nivel del sistema de salud, con capacidad para efectuar el seguimiento y la atención continua de los usuarios.

Una vez concebido el modelo de atención deseado, resulta esencial localizar empíricamente a la población destinataria e identificar a los beneficiarios que estarán bajo la responsabilidad de cada centro, servicio o profesional de la salud. De esta manera se consigue que los efectores intensifiquen el conocimiento de las personas que deberán cuidar y atender.

En síntesis, asumir la responsabilidad de disminuir la inequidad del sistema, representa para el sub-sector público un desafío mayúsculo. Deberá modificar el modelo tradicional de atención por un modelo que contemple un abordaje integral e integrado de los problemas

sanitarios, que incorpore el cuidado, la promoción y la protección de la salud como estrategia fundamental y no como una actividad marginal, que integre los recursos del sistema en todos los niveles de atención unificando criterios de gestión a fin de racionalizar su uso, que asegure máximos niveles de acceso y cobertura, que facilite la continuidad con mecanismos de referencia y contrarreferencia claros, que normalice el manejo de situaciones de riesgo evitando la fragmentación de las respuestas asistenciales con su efecto deshumanizante en la atención y que incorpore mecanismos de control de la calidad prestacional, de monitoreo y evaluación de todas sus actividades.

Modelo de gestión

La separación de funciones y los compromisos de gestión

El modelo de gestión actual se caracteriza por carecer de condiciones de suficiencia, sustentabilidad y gobernabilidad en términos técnicos, gerenciales, de recursos humanos y financieros. Existe atomización y duplicación de acciones, gastos excesivos y limitaciones operativas que dificultan la efectividad de la atención.

Para brindar el servicio los establecimientos necesitan disponer de una infraestructura edilicia adecuadamente equipada con recursos técnicos (bienes de capital) y dotada con los insumos necesarios para hacer posible la atención de pacientes (bienes de consumo).

Estos elementos materiales son sólo herramientas y no constituyen por sí mismos la esencia de la prestación del servicio. Requieren de un conjunto de personas que las utilicen para desarrollar las acciones planificadas en salud, alcanzar los objetivos y obtener los resultados previstos atendiendo a las necesidades de la población.

Así como el personal sanitario precisa de una forma de organización de su trabajo o modelo operacional que posibilite el desempeño de sus funciones con eficacia y eficiencia, el sistema de salud necesita un modelo de gestión para organizar los procedimientos y procesos que realiza.

Al modelo público generalmente se lo caracteriza como Modelo Público Unificado, por integrar las funciones de financiamiento, compra y prestación de servicios. Admitir un nuevo enfoque para el sector público, concibiéndolo como menos monolítico y con menor rigidez y burocracia, capaz de funcionar en una red de Compromisos de Gestión con otros actores sectoriales, con un cierto nivel de competitividad entre prestadores de servicios y más orientado al usuario, es el inicio para poder salir de la crisis de legitimidad y eficacia que atraviesa el sector.

Por existir en el Estado una superposición de funciones en la fijación de políticas, planificación, fiscalización, regulación, financiamiento y prestación directa de servicios sanitarios, la realización eficaz y eficiente de todas estas actividades se encuentra muy dificultada. Muchos actores públicos comparten funciones, diluyéndose las responsabilidades al no estar especificados los alcances de cada uno de ellos. Este es un defecto común a todas las administraciones centralizadas.

Sin duda, la separación de funciones hacia dentro del sector público permitirá una mejor delimitación de responsabilidades, estimulando el cambio de la cultura institucional vigente.

Un nuevo modelo de organización significa realizar una reingeniería de la estructura de poder, delegando potestad de decisión hacia los efectores. Esto terminará por dar al nivel local mayor autonomía de gestión y responsabilidades directas en la asignación de los recursos y en la orientación de las actividades y servicios, buscando el logro de los objetivos y metas planificadas.

En tanto, el nivel provincial se centralizará en el análisis de las necesidades de la población, en la definición de los requerimientos (productos) exigibles a la oferta pública asistencial y en los mecanismos de financiamiento y compra de los servicios del sistema.

La descentralización aparece entonces como un requisito institucional para que las contrapartes intervinientes de los distintos niveles de decisión, puedan acordar las modalidades de prestación y pago de los productos sanitarios.

En virtud de que el Estado presenta como una característica la integración vertical, (al cumplir funciones de financiador y prestador simultáneamente), la separación de las funciones de financiación y compra de las funciones de prestación de servicios deberá

contemplar la separación contractual de las partes involucradas.

Esta separación de funciones es importante para disminuir la rigidez del sistema y para crear incentivos organizativos. La búsqueda de mayor flexibilidad inevitablemente significa descentralización. Los prestadores tendrán que asumir una figura jurídica que les permita acceder a las nuevas modalidades de pago.

La creación de relaciones contractuales hacia adentro del sector redundará en la disminución de los costos organizacionales provocados por la integración vertical.

Al separar producción de financiación, hay que hacer un contrato entre las partes. Los compromisos de gestión surgen como la herramienta para diferenciar operativamente las acciones de financiamiento del servicio de las de atención y delimitar en forma clara las responsabilidades que tiene cada parte interviniente. También sirven para hacer explícitos los objetivos y metas esperados, e introduce una reforma sustancial al incluir la asignación de incentivos para el personal según resultados obtenidos.

El paso a un Modelo de Contrato Público se asienta en la utilización de los Compromisos de gestión como instrumento. Estos son verdaderos contratos pactados entre actores públicos. Su implementación fortalece el rol de prestador de los establecimientos, dándole mayor autonomía para conseguir mayor eficiencia.

Las relaciones entre partes acordadas en un compromiso de gestión, distinguen:

1. La especificación de objetivos, metas y resultados de salud esperados.
 2. La caracterización de la demanda, a través de la definición y conocimiento de la población beneficiaria.
 3. La definición de una canasta básica de prestaciones a financiar a los beneficiarios, en forma de programas, acciones o servicios.
 4. El grado de relación de los incentivos con los resultados obtenidos.
- (Los cuatro primeros puntos anteceden en su ejecución a los restantes, y la responsabilidad de su definición recae en el nivel provincial).
5. Los derechos y obligaciones de las partes: El efector se compromete a brindar atención integral y cuidado sanitario a la población destinataria, con la mayor calidad, tendiendo a mejorar la productividad y a obtener resultados positivos. El comprador se compromete a pagar los servicios brindados de acuerdo a una modalidad de pago acordada, y a evaluar y controlar el proceso de atención.
 6. La identificación de la población beneficiaria.
 7. La determinación de resultados, estándares de calidad e incentivos.
 8. El delineamiento del contenido del servicio a brindar, como parte de un proceso de articulación entre la demanda y la oferta.
 9. El establecimiento de mecanismos de resolución de conflictos entre las partes.
 10. Idear un sistema de seguimiento de los compromisos.

Para el diseño de los compromisos en una etapa inicial, hay que considerar que la transformación del modelo debe ser gradual, introduciendo por etapas y por niveles el instrumento.

Los conceptos de separación de funciones por medio de los compromisos de gestión, deben acompañarse de estrategias operativas para conseguir su instrumentación efectiva. Las estrategias deben contemplar las funciones de financiamiento, pago y prestación de servicios.

* Para el financiamiento, el eje es el seguro provincial para la población sin cobertura y el recupero a terceros pagadores por la atención de sus beneficiarios.

* Para el pago se adopta una modalidad de asignación de recursos centrada en incentivos relacionados con el logro de objetivos y metas institucionales previamente definidas.

* Para la función de prestador de servicios, la estrategia incluye el aumento de la autonomía de los efectores a través de la regionalización y descentralización, el desarrollo de un nuevo modelo de atención centrado en el primer nivel con una puerta de entrada definida y la implementación de un modelo de organización institucional orientado hacia los usuarios.

Las estrategias de financiamiento y pago serán expuestas más adelante en este documento. Queda ahora por desarrollar el modelo de organización institucional.

Un modelo de organización institucional orientado hacia el usuario

El conjunto de los establecimientos sanitarios requieren de un nuevo modelo de organización.

El Hospital como institución prestadora de servicios necesita un modelo de organización institucional que promueva y facilite el trabajo en equipo con un enfoque interdisciplinario y que sirva a las necesidades del paciente por sobre las particularidades de trabajo de cada especialidad y de cada profesional.

Demanda una forma organizacional que supere el modelo clásico compartimentalizado y estanco que intenta resolver las necesidades del paciente por profesional y por servicio. Precisa un modelo que jerarquice al usuario como destinatario del servicio, atendiendo particularmente a su modalidad de ingreso al sistema, ya sea como demandante de atención ambulatoria (generando el producto consulta) o como demandante de internación (generando el producto egreso).

Este nuevo modelo de organización opera con un Area Externa donde se brindan las consultas y un Area Interna donde tienen lugar las internaciones.

Cada una de estas áreas a través de sus unidades de producción reflejan una modalidad de trabajo y de atención distinta y requieren de modalidades operativas diferentes (tiempos, modos de relacionarse el equipo de trabajo, modos de relacionarse con el paciente, complejidad de prácticas, urgencias, criterios de admisión, etc.) y de figuras de coordinación diferentes.

Estarán a cargo de Coordinadores de Area que tienen por misión optimizar la producción y los resultados en términos de eficacia (calidad) y eficiencia (productividad). Estos coordinadores tienen dependencia directa de un Director Asociado de Gestión de Programas, que coordina estas dos modalidades de atención con el Area de Servicios de apoyo logístico.

En este modelo operativo, el Coordinador es el eje a través del cual funciona cada área, disponiendo del personal que aporta cada servicio.

Los servicios mantienen su identidad académica, la responsabilidad en el cumplimiento de metas y objetivos de rendimiento y crecimiento, y la supervisión de la capacidad y la capacitación de sus agentes.

Para ello sigue existiendo la figura de Jefe de Servicio, pero éste pierde la responsabilidad operativa depositada ahora en el Coordinador de Area. Los servicios por especialidad continúan existiendo por necesidad académica.

El nuevo modelo ubica al paciente en el centro de atención y organiza y evalúa el servicio brindado en función de las consultas y los egresos. Los Jefes de servicio son los responsables de la calidad y los Coordinadores son los responsables de la productividad.

Un Modelo de Organización apropiado para lograr eficacia (calidad) y eficiencia (productividad) en la atención ambulatoria (consultas) y en las internaciones (egresos) debe operar considerando al Area Externa y al Area Interna como Ejes de Conducción.

Cada una de estas Areas tienen una modalidad de trabajo y de atención diferente que se lleva a cabo en diferentes Unidades Operativas. Cada una de estas Unidades Operativas es un lugar de Coordinación y de Atención desde el punto de vista asistencial y funcionalmente se organizan como Unidades de costos y de producción.

Tanto el Area Externa como el Area Interna se deben construir a partir de lugares específicos con identidad geográfica: los Centros de Salud en el área externa y las Unidades de Cuidados en el área interna. Estos lugares de atención funcionan como lugares de trabajo de Equipos de Salud Integral que se van adecuando a las necesidades de especialidad y complejidad que requiere un paciente en el momento que demanda la atención. Cada uno de estos lugares de trabajo con identidad geográfica son verdaderas Unidades de Atención con sus propios Coordinadores de Unidades de Atención.

Desde la óptica de la programación presupuestaria, cada sitio de atención es una Unidad de Costos o de Producción.

Con esta forma de organización, los servicios a brindar a los usuarios son la Consulta Integral en la atención ambulatoria y el Egreso con Internación Integral en la atención hospitalaria.

Las Consultas constituyen los servicios prestados a pacientes en la modalidad de atención

ambulatoria y las llamamos acciones externas.

Los Egresos constituyen los servicios prestados a pacientes en la modalidad de atención con internación y las llamamos acciones internas.

Ambos miden la capacidad de respuesta a la demanda de la población y son útiles para evaluar el rendimiento del Sistema, pero no constituyen las únicas acciones desarrolladas por los Trabajadores de la Salud y no deben ser utilizados como el único medio para evaluar el rendimiento de los Agentes.

Para ello, se crearán nuevas modalidades de registro y se desarrollarán indicadores que midan las tareas realizadas en términos de calidad de la respuesta y de satisfacción del usuario, teniendo en cuenta que el servicio que se brinda a la población es bastante más que una cifra para medir cantidades de un producto.

Se abandonará por lo tanto el esquema piramidal de conducción organizado con una estructura jerárquica vertical y burocrática en la cual los trabajadores delegan iniciativas y responsabilidades. La nueva modalidad operativa refleja una modificación de actitudes respecto del trabajo y una nueva forma de pensar el servicio.

El esquema anterior será sustituido por espacios articulados de actividades con delegación de responsabilidad operativa desde el centro a la periferia.

Cada lugar de Atención constituye una Unidad Operativa con descentralización de responsabilidades, a fin de posibilitar el libre juego de las iniciativas creativas y la autonomía en la gestión.

Los Compromisos de Gestión serán los instrumentos para fijar los alcances de la descentralización y los objetivos y metas a cumplir. Establecerán una relación contractual entre Coordinadores de Unidades de Atención (Jefatura de División), Coordinadores de Area (Jefatura de Departamento) y Director Asociado de Gestión de Programas (Dirección) con el Ente Central comprador de servicios.

El funcionamiento en Red es la clave para articular cada una de las unidades operativas de la periferia con el centro y para desarrollar un sistema de referencia y contrarreferencia eficaz.

La Consulta Integral al paciente ambulatorio y el Egreso con Internación Integral al paciente internado son la forma de ofrecer el Servicio.

El medio más adecuado para hacerlo es una Organización que articule entre sí a la Dirección de Gestión de Programas, los Coordinadores de Areas, los Coordinadores de Unidades Operativas y las Jefaturas de Servicios generando un verdadero Trabajo en Equipo.

Modelo de financiamiento

Hacia una atención sustentable de la salud

La Salud no es negocio para nadie. Sólo la enfermedad es lucrativa, y para serlo requiere de un marketing que muchas veces supera las fronteras de la ética. El costo asistencial ha sufrido un incremento exponencial que hace que la recuperación de la salud no pueda estar al alcance de todos.

El deslumbramiento tecnológico genera una demanda de servicios que concentra la inversión sobre las prestaciones de alta complejidad desfinanciando el primer nivel de atención.

Un sistema equitativo para la atención de la salud sólo será posible en el futuro con una medicina financiable. Se debe superar el sesgo mercantilista que crea la necesidad de servicios cada vez más caros dejando sin capacidad financiera a los responsables de asegurar los servicios.

El estado financiero del sistema depende de la forma en que se administran los recursos, y los mismos no son ilimitados. Entre los principales factores que ponen en riesgo la sustentabilidad financiera del sistema de salud se destacan:

* El desequilibrio financiero: La brecha existente entre gastos e ingresos.

* Una financiación orientada a la oferta.

* La distribución inequitativa de los recursos.

* El crecimiento sostenido del gasto hospitalario.

* Estilo y cultura de trabajo orientado a la enfermedad. (Un gran porcentaje de los eventos

hospitalarios pueden ser tratados en forma ambulatoria o con la modalidad de cuidado domiciliario).

* El impacto del envejecimiento de la población en el sistema de salud.

Como consideración general es preciso pasar de una forma de financiamiento por presupuestos históricos a un financiamiento basado en la producción y los resultados.

El cambio pasa por asignar recursos a las organizaciones de salud en función de una estructura dinámica que tenga en cuenta resultados y deje de lado presupuestos rígidos. Se deberá reconocer el rendimiento de los trabajadores que se desempeñan en estas organizaciones.

La transformación del sistema de financiación deberá ser progresiva y gradual.

Las propuestas que pretenden introducir cambios estructurales en la organización y el financiamiento de los servicios de salud son las siguientes;

* Desarrollar plenamente el recupero a la Seguridad Social

El recupero a la seguridad social por las prestaciones efectuadas en establecimientos públicos constituye una fuente de recursos genuinos. Es conveniente que lo recaudado en toda un área programática sea reasignado a los establecimientos que la integran teniendo en cuenta la necesidad de fortalecer el funcionamiento del primer nivel de atención. Una parte de los recursos debe ser destinada al pago de incentivos en relación a los resultados alcanzados.

* Establecer un componente variable en los presupuestos hospitalarios

Se relacionarán parcial y progresivamente las asignaciones presupuestarias con los resultados obtenidos y con el cumplimiento de objetivos sanitarios, pasando de presupuestos basados en ejercicios anteriores (históricos) a presupuestos que podrán variar de acuerdo al cumplimiento de los compromisos de gestión.

* Mejorar la equidad en la distribución de recursos entre las Areas Programáticas y hacia dentro de las mismas

La misma naturaleza de asignación actual de los recursos, por presupuesto histórico, impide que los mismos se puedan orientar a fines sanitarios específicos.

Esta situación ha llevado a que exista una gran concentración de los recursos disponibles en las zonas urbanas, y dentro de éstas en los establecimientos de cabecera. Esta situación derivó en un grave problema financiero para las Unidades de Atención ubicadas en la periferia urbana y en las poblaciones distantes. El deslumbramiento tecnológico acentúa este proceso de concentración.

La equidad en la distribución de los recursos debe asegurar la igualdad de oportunidades de acceso a los servicios de salud de aquellos usuarios que posean similares necesidades.

* La reasignación de recursos orientados a fortalecer e incentivar las acciones de atención primaria o cuidado primordial.

Asignación de recursos en el primer nivel de atención

Para superar el sistema de asignación actual, basado exclusivamente en los gastos incurridos en el ejercicio anterior, se debe diseñar un modelo que admita gradualidad en su implementación y adaptaciones de acuerdo a realidades locales.

Al incorporar un sistema de incentivos se tiende a incrementar la producción y la calidad de atención en los Centros de Salud. Los incentivos tendrán en cuenta la resolución de las necesidades de la población y la satisfacción de los usuarios.

Instalar el modelo de asignación de recursos en el primer nivel requerirá por lo menos tres instancias:

1. El establecimiento de Compromisos de Gestión con un número limitado de objetivos precisos y de fácil medida, con una asignación financiera compuesta, de una cantidad fija basada en datos históricos y de una cantidad variable que se distribuirá, en todo o en parte, sujeto al cumplimiento presupuestario y el logro de objetivos.
2. Se incorporan en la asignación variable la satisfacción del usuario y en la asignación fija el concepto de costos por habitante. Se crea una bolsa de incentivos que premie la capacidad de resolución local y la racionalidad en las referencias al hospital.
3. En última instancia, se busca pasar del pago por salarios exclusivo al pago por salarios con incentivos. Los incentivos contemplan la capitación, según población destinataria

ajustada por grupos etarios y en riesgo, de tal modo que la estructura presupuestaria refleje el perfil de uso de los servicios y el grado de necesidad.

La filosofía de esta transformación es generar competitividad entre los equipos de atención del primer nivel para mejorar la calidad de la atención, la eficiencia en la gestión, la realización de una práctica clínica de demostrada eficacia y la coordinación efectiva con los otros niveles asistenciales.

Asignación de recursos al segundo y tercer nivel de atención

El nuevo modelo de asignación para el nivel hospitalario está basado en la introducción de instrumentos que permitirán relacionar los recursos con la producción, la calidad de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

Se busca conseguir mayor autonomía de gestión para que cada unidad logre los resultados programados. Los hospitales deberán ser modernizados para poder alcanzar estos resultados, transformándose en Centros con una gestión flexible que tenga las siguientes características:

- * Ordenamiento contractual por medio de un Compromiso de Gestión entre el Ministerio y las conducciones de los Hospitales Cabecera de Area. Este esquema se repetirá entre el Area y cada uno de sus hospitales dependientes.

- * Se establece una relación directa entre el acceso a los recursos variables y el cumplimiento de objetivos de producción y calidad de los servicios brindados.

- * La asignación de recursos variables estará relacionada con una medida común de producción: La Unidad de Producción y Calidad Hospitalaria, ponderando la actividad realizada con ajuste por índices que reflejen el nivel hospitalario.

- * Se establece una relación directa entre el acceso a los recursos fijos asignados y el cumplimiento de objetivos específicos de eficiencia y autonomía de gestión.

Los incentivos deben tener alto poder asociativo con los resultados esperados y ser fáciles de evaluar.

La parte variable del presupuesto que se destine a la retribución del personal, (los incentivos), tenderán a incrementarse de manera porcentual sobre el total de la remuneración.

Seguro Provincial de Salud

Desde el financiamiento de la oferta al financiamiento de la demanda

Del análisis del contexto histórico en el que se fueron configurando los diferentes subsectores del sistema sanitario, el público, el privado y la seguridad social, surge que desde su inicio han estado orientados a la atención de universos poblacionales diferentes.

Esta situación ha terminado por forjar una articulación entre ellos poco funcional y compleja. En ocasiones han duplicando esfuerzos o han competido entre sí, en vez de complementarse realizando alianzas y asociaciones estratégicas entre ellos, o, en algunos casos han eludido responsabilidades. Esto se desprende de la observación del fenómeno del subsidio cruzado entre el Estado y las obras sociales, determinado por la creciente migración hacia el subsector público de individuos con cobertura, en parte por pérdida de la capacidad de pago y en parte alentados por las crecientes trabas a la accesibilidad puestas por los sistemas aseguradores.

De estas apreciaciones puede inferirse que algunos vacíos de cobertura que afectan actualmente a grupos sociales (teóricamente) cubiertos, pueden encontrar su génesis en los nuevos modelos organizacionales que viene aplicando el subsector de la seguridad social. Otras razones, de mayor peso proporcional, deberán buscarse en las situaciones de empobrecimiento, marginalidad, desempleo y vulnerabilidad que azotan a importantes segmentos de la población.

Entre las primeras implicancias de una reorganización financiera del sector, es ineludible la obligación de volver a ubicar en el centro de la escena al objeto originario del sistema de salud: El paciente, hoy devenido en usuario/destinatario/beneficiario/cliente. Al devolver a su lugar de privilegio a quien es la razón de ser del sistema, renace el desafío de brindar a la totalidad de la población una cobertura universal y un acceso equitativo a la atención sanitaria.

En este punto, lo nuevo no es la universalidad de la cobertura, en la norma garantizada por

la existencia de una extensa red de prestadores públicos gratuitos, sino la equidad en el acceso, entendida como la posibilidad de recibir los mismos cuidados ante los mismos padecimientos, más allá de la tenencia de cobertura y del prestador involucrado.

En la búsqueda de formas alternativas de aumentar la cobertura y de mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, aparece la opción de reformar la forma de distribuir la masa financiera hacia el interior del sistema: Cambiar del financiamiento a la oferta al financiamiento a la demanda. Esto significa que el dinero debe seguir al beneficiario y no al efector.

En un mercado imperfecto como el de la salud, fallas de mercado como la asimetría de información y la incertidumbre en cuanto a la incidencia de enfermedad generan mecanismos correctores que deben considerarse inevitablemente. La respuesta de casi todos los países a la incertidumbre en cuanto a la incidencia de enfermedad es el aseguramiento de las personas. En cuanto a la asimetría de información entre el médico y el paciente, se trata de subsanar la falla a través de la producción y diseminación de información y por medio de la relación de agencia que ejerce el profesional sobre el usuario.

Estos dos puntos son fundamentales a la hora de pensar en un financiamiento a la demanda: Es preciso asegurar a la población sin cobertura y sin capacidad de pago, y debe establecerse una relación de agencia transparente donde el profesional defienda los intereses del usuario como si fueran suyos. Para ello cada persona debe contar con un profesional de la salud de confianza que actúe como su agente durante su paso por el sistema de atención de la salud.

Definir una puerta de entrada al sistema a través de un Equipo de Atención familiar, orientado por médicos de cabecera, constituye una respuesta efectiva no sólo para la relación de agencia entre usuario efector, sino también para racionalizar el ingreso y la utilización de los recursos del sistema y para lograr el cambio del modelo de atención vigente.

El aseguramiento de las personas contempla el pago a los efectores por la realización de acciones de cuidado, promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, con una modalidad de salario que contempla la capitación según población destinataria ajustada por grupos etarios y en riesgo.

El pago capitado por conjuntos de población que están bajo la responsabilidad de un equipo de atención familiar, favorece el cuidado y la promoción como actividades centrales, buscando mantener en estado de salud a las personas. Esta modalidad de pago se asienta en la responsabilidad nominal que adquieren sobre los beneficiarios los prestadores, al identificar por nombre a cada uno de ellos. Se favorece el conocimiento de las personas y sus necesidades y la posibilidad de brindar una atención integral y continua.

Dentro de las actividades prioritarias a tener en cuenta en el establecimiento de un seguro público de salud están:

- * Caracterizar la demanda, para estimar el perfil de utilización de los servicios.
- * Caracterizar la oferta desde el producto ofrecido, delineando la canasta básica de servicios a la que accede el beneficiario. Esta limitación no se apoya en cuestiones económicas, sino en la necesidad de limitar los servicios a aquellos que cuentan con suficiente evidencia de su eficacia. (Medicina basada en la evidencia).
- * Identificar a la población destinataria.
- * Seleccionar los beneficiarios del seguro y construir un padrón de beneficiarios.
- * Ordenar los beneficiarios según área geográfica, a fin de ofrecerles un listado de profesionales entre los que puedan elegir su equipo de atención familiar.
- * Realizar los contratos con los efectores para la prestación de servicios.
- * Determinar los resultados esperados en términos de aumento de la cobertura, mejoramiento de la accesibilidad, productividad y calidad de atención.

El seguro provincial de salud es un instrumento ideado para disminuir las inequidades del sistema, logrando que todos los habitantes de la provincia tengan el derecho real de acceder al mantenimiento y cuidado de su salud y centrando en la demanda la modalidad de financiamiento.

6. Anexo

Apertura Programática

Justificación

El Plan Provincial de Salud incluye la programación de las acciones consideradas prioritarias, de cuya realización se espera obtener un rédito marcado en el mejoramiento de los niveles de salud y bienestar de la población.

La consolidación del plan se logra a partir de la integración horizontal y vertical entre los programas que lo componen, y de la articulación permanente con las principales políticas emitidas por el ejecutivo.

La integración horizontal y el monitoreo permanente permitirá evitar la superposición de acciones que en muchos casos pueden ser comunes, aumentando la eficiencia en el uso del recurso.

Una ordenada ejecución, seguimiento y evaluación operativa de las acciones puede efectuarse a través de programas que sean implementados desde una óptica de desarrollo activo y participativo.

Por otra parte, la asignación de recursos desde niveles nacionales e internacionales está determinada por la presentación de programas detallados, lo que agrega una razón de peso en la elección de esta modalidad de intervención poblacional basada en la ejecución de actividades que se presentan bajo la estructura de programas.

A continuación se detallan todos los planes y programas que componen el Plan Provincial de Salud de Chubut.

Plan Provincial de Salud Integral Familiar

Contará con áreas o subprogramas específicos.

Responsable

* Ministerio de Salud

* Subsecretaría de Programas.

* Equipo de Salud Familiar (Departamento de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Departamento de Salud Mental y Departamento de Salud Bucal).

* Dirección de Emergencias.

Objetivos

* Promover los mecanismos que favorezcan la Salud Integral de las familias, con énfasis en el crecimiento y desarrollo de niños/as y adolescentes y una óptima salud sexual y reproductiva de la población de la Provincia del Chubut.

Estrategias

1. Promoción de políticas públicas de cuidado de la salud y prevención de enfermedad.
2. Integración de áreas relacionadas con la salud familiar en el ámbito del Sistema de Salud.
3. Promoción de la Salud Integral en la población.
4. Promoción de la participación y protagonismo de la población en la programación y ejecución de acciones de cuidado de la salud.
5. Fortalecimiento de la capacidad operativa de los servicios de salud estimulando el trabajo en equipo.
6. Programación de acciones intersectoriales e interinstitucionales.
7. Capacitación, valorización y jerarquización del personal de salud.
8. Investigación.
9. Apoyo al desarrollo de programas locales y la gestación de redes.
10. Comunicación Social.

Inicio de actividades

Diciembre de 1999

Población cubierta

Toda la población de la provincia.

Total beneficiarios 457.856 personas.

Articulación

* Otras áreas del Ministerio de Salud

* Secretaría de Desarrollo Social

* Ministerio de Educación

* Municipalidades

* PROMIN

* Programa Médicos de Cabecera

Plan Provincial de Salud Materno Infantil

Responsable

* Ministerio de Salud

* Subsecretaría de Programas

* Equipo de Salud Familiar (Departamento de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Departamento de Salud Mental y Departamento de Salud Bucal).

Estrategias compartidas

1. Promoción de la Salud Integral en las familias.
2. Diagnósticos de situación y Puntos de partida.
3. Programación de acciones con los efectores y la población.
4. Evaluación de las acciones desarrolladas.
5. Conocimiento de la población de las áreas programáticas.
6. Capacitación de los Equipos de Salud.

Inicio de Actividades

* Permanente

Articulación

* Ministerio de Salud

* Municipalidades

* PROMIN

* Programa Médicos de Cabecera

1. Programa de Salud Perinatal

Objetivos

- * Disminuir la morbimortalidad perinatal.
- * Optimizar la atención perinatal.
- * Realizar seguimiento y auditoría de muertes maternas e infantiles.

Estrategias

1. Prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.
2. Promoción de la salud familiar.
3. Diagnóstico de situación de la atención perinatal en la Provincia.
4. Programación de acciones con los efectores.
5. Evaluación de las acciones que se desarrollan.
6. Optimización del SIP (sistema informático perinatal).

Población cubierta

* Embarazadas

* Niños/as hasta 28 días

Beneficiarios

8516 beneficiarios entre embarazadas y niños/as menores de 28 días.

Fondos asignados

Fondos nacionales y provinciales: \$ 854.000.

2. Programa de asistencia alimentaria

Objetivo

* Aportar complemento alimentario a niños/as y embarazadas de familias carenciadas en situación de riesgo nutricional o desnutrición.

Estrategias

1. Conocimiento de población de las áreas programáticas.
2. Asignación de cuota láctea por área programática.
3. Aporte complementario de hierro.

Población cubierta

Embarazadas y niños/as de familias carenciadas en situación de riesgo nutricional o desnutrición.

Beneficiarios

41.212 embarazadas y niños/as menores de 5 años.

Fondos asignados

Incluido en el presupuesto de Plan Provincial de Salud Materno Infantil.

3. Programa de promoción de lactancia materna

Objetivos

* Promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses y la prolongación de la lactancia materna hasta los dos años de vida.

* Iniciar la experiencia "Hospital Amigo de la Madre y el Niño".

Estrategias

1. Jornadas para capacitación de los equipos de Salud a fin de que reconozcan el valor de la lactancia materna, se modifiquen actitudes y prácticas para mejorar la calidad de atención y se favorezca la buena relación con las madres.

2. Promoción de la lactancia natural en las embarazadas.

3. Trabajo comunitario que dé respuesta adecuada a situaciones difíciles y frecuentes (madres de niños prematuros, madres que trabajan fuera del hogar, necesidad de extracción y conservación de leche, lesiones o malformaciones de pezón, etc.).

Inicio de actividad

1998 con experiencias locales aisladas.

Diciembre de 2000 como "Programa Provincial" con fondos BIRF.

Población cubierta

Embarazadas y madres de niños de hasta dos años de edad.

Niños de hasta dos años de edad.

Beneficiarios

17.000 beneficiarios.

Fondos asignados

Fondos BIRF = \$20.000.

4. Programa de detección de cáncer genitomamario

Objetivo

* Asegurar la detección precoz del cáncer genitomamario.

Estrategias

1. Diagnóstico de situación.

2. Programación de acciones con los efectores.

3. Ampliar la utilización del PAP y mamografía.

4. Evaluación de las acciones.

Población cubierta

Mujeres desde 10 años de edad.

Beneficiarios

178.191 mujeres.

Fondos asignados

Incluido en el presupuesto de Plan Provincial de Salud Materno Infantil.

Programa de Salud Infantil

Responsable

* Ministerio de Salud Subsecretaría de Programas.

* Equipo de Salud Familiar (Departamento de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Departamento de Salud Mental y Departamento de Salud Bucal).

* Dirección de Epidemiología

Población cubierta

Población de niños menores de 5 años para AIEPI y Desarrollo Infantil.

Población entre 6 y 15 años para Salud Escolar.

Fondos asignados

Incluidos en el presupuesto del Plan de Maternidad e Infancia, excepto AIEPI que cuenta con financiamiento externo.

Articulación

* Ministerios de Salud y de Educación.

* Secretaría de Desarrollo Social.

* Municipalidades.

* PROMIN y Programa Médicos de Cabecera.

1. Subprograma AIEPI

Objetivos

* Reducir la morbi-mortalidad en los niños menores de 5 años, especialmente ocasionadas por enfermedades prevalentes, accidentes y enfermedades prevenibles por vacunas.

* Reducir la incidencia y/o gravedad de enfermedades infecciosas y trastornos nutricionales.

* Fortalecer aspectos de promoción y prevención en la rutina de la atención en los servicios de salud, en la dinámica familiar y de la comunidad.

Estrategias

* Fortalecimiento del enfoque integrado para la atención de enfermedades prevalentes en la infancia.

* Capacitación del personal de salud para la atención en los servicios y su integración en actividades comunitarias.

* Detección oportuna de signos de enfermedades prevalentes, en control de niño sano o en consultas por morbilidad.

2. Subprograma de desarrollo infantil

Objetivo

* Contribuir al desarrollo biopsicosocial de la infancia, mediante una oferta coordinada de servicios de amplia cobertura y calidad, en la promoción de cuidados que favorezcan el máximo despliegue de las potencialidades biológicas, psicológicas y socioculturales de los niños y niñas de la provincia.

Estrategias

* Fortalecimiento del enfoque integrado para la atención en la infancia.

* Promoción del cuidado para el desarrollo biopsicosocial temprano.

* Integración de acciones de los servicios de salud, con los diferentes actores multisectoriales.

3. Subprograma salud escolar

Objetivo

* Promover el cuidado de la salud de la población escolar, integrando en las acciones a la familia, la escuela y el centro de salud, para el mejoramiento de la calidad de vida.

Estrategias

* Continuidad y fortalecimiento de programas y experiencias exitosas, supervisando y respaldando la posición de los docentes como agentes de salud. Integración de los equipos de salud con el personal docente y no docente de las escuelas.

Programa provincial de salud mental

Responsable

* Ministerio de Salud.

* Subsecretaría de Programas.

* Equipo de Salud Familiar (Departamento de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Departamento de Salud Mental y Departamento de Salud Bucal).

Objetivos

* Mejorar las plantas físicas y orientar hacia la atención primaria, tendiendo a la disminución en el número de internaciones y de consultas por guardia.

* Incorporar Hospitales de Día en todos los servicios de Salud Mental, procurando la rehabilitación laboral y la reinserción social y familiar de los pacientes.

* Evitar la discriminación, la exclusión y el confinamiento indefinido, fomentando la participación comunitaria.

Estrategias

1. Fortalecimiento de la atención integral, estimulando los factores protectores.

2. Enfoque anticipatorio.

3. Servicios con equipos interdisciplinarios.

4. Investigación, capacitación y normatización.

5. Creación de redes y continuidad en su funcionamiento.

6. Utilización adecuada de estrategias de comunicación.

7. Difusión y sensibilización.

Inicio de actividad

Diciembre de 1999.

Población cubierta

Toda la población de la provincia.

Total beneficiarios

457.856 habitantes.

Fondos asignados

Fondos provinciales = \$55.500.

Articulación

* Ministerio de Salud.

* Secretaría de Desarrollo Social.

* Ministerio de Educación.

* Municipalidades.

Funciona con características locales en la ciudad de Puerto Madryn y en otras ciudades con subprogramas específicos.

Programa Provincial de Salud Bucal

Responsable

* Ministerio de Salud Subsecretaria de Programas

* Equipo de Salud Familiar (Departamento de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Departamento de Salud Mental y Departamento de Salud Bucal).

Objetivos

* Promover la higiene bucal correcta y regular, tratando de obtener hábitos para el control de la placa bacteriana.

* Procurar crear en la población hábitos correctos de alimentación que incluyan todos los elementos necesarios para el desarrollo normal de las estructuras dentales y paradentales y disminuyan el riesgo cariogénico.

* Proteger la salud bucal de la embarazada y del niño desde el área perinatal con el fin de asegurarles una correcta función masticatoria, facilitando así una nutrición adecuada y a la vez mejorando su adaptación psicosocial y su comunicación.

* Difundir y apoyar los programas de fluoración de aguas de consumo y la administración de fluoruros tópicos.

Estrategias

1. Estudios epidemiológicos que permitan conocer la prevalencia e incidencia de las enfermedades bucales mas comunes y establecer un banco de datos para controlar los cambios en la salud bucal.

2. Atención de la embarazada y el niño, hasta lograr cobertura completa.

3. Programa incremental de atención al escolar.

4. Educación para la Salud.

5. Capacitación en Salud Bucal, para agentes del sistema, y abiertos a la comunidad.

Subprogramas

Atención por demanda espontánea en adultos. Atención integral al escolar, inició en 1991 (continúa).

Atención de la salud bucal de la embarazada, inició en 1991 (continúa).

Programa escolar "Sonrisas Brillantes, Futuros Brillantes" inició en 1995 (continúa).

Educación para la Salud Bucal en escuelas primarias.

Educación para la Salud Bucal en escuelas especiales.

Campaña de Prevención (SEROS) comenzó en 1998 (continúa).

Fluoración de Aguas de Abasto Público (Rawson, 1999).

Salud Bucal Materno Infanto Juvenil (a desarrollar a partir de 2001 unificando y mejorando los actuales en ejecución).

Pobl. cubierta

Toda la población de la Provincia del Chubut.

Total beneficiarios

Población cubierta por demanda espontánea: La totalidad de la población.

Población bajo programa preventivo: Embarazadas, niños y adolescentes.

Fondos asignados

Fondos del Presupuesto Provincial: \$ 57.000.

Fondos Nacionales para el Plan de Atención al Escolar.

Materiales provistos por la empresa Colgate.

Materiales de prevención e insumos provistos por la obra social SEROS.

Articulación

Ministerios de Salud y Educación.

SEROS y Entidades Profesionales.

Programa Provincial de Salud Integral de Adolescentes

Responsable

* Ministerio de Salud.

* Subsecretaría de Programas.

* Equipo de Salud Familiar (Departamento de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Departamento de

* Salud Mental y Departamento de Salud Bucal).

Objetivo

* Contribuir a la salud integral de las/los adolescentes mediante una oferta de servicios de amplia cobertura y calidad, adecuados a las reales necesidades de ese grupo poblacional y con especial énfasis en las tareas de cuidado, promoción y prevención.

Estrategias

1. Reconocimiento de la adolescencia como una etapa específica de la vida de las personas, con necesidades y derechos definidos, estimulando los factores protectores.

2. Enfoque anticipatorio.

3. Servicios con equipos interdisciplinarios.

4. Investigación, capacitación y normatización.

5. Creación de redes y continuidad en su funcionamiento.

6. Utilización adecuada de estrategias de comunicación.

7. Difusión y sensibilización.

Inicio de actividad

Año 1994.

Población cubierta

Grupo etáreo de 10 a 20 años.

Total beneficiarios

Aproximadamente 100.000 adolescentes (Los/las adolescentes constituyen el 25% de la población de la Provincia).

Fondos asignados

Fondos provinciales = \$10.000.

Otros fondos incluidos en el Plan de Salud de Maternidad e Infancia.

Articulación

* Ministerio de Salud.

* Secretaría de Desarrollo Social.

* Ministerio de Educación.

* Municipalidades.

* Funciona con características locales en las ciudades de Puerto Madryn, Comodoro Rivadavia, Trelew, Rawson y Esquel.

Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva

Responsable

* Ministerio de Salud

* Subsecretaría de Programas.

* Equipo de Salud Familiar (Departamento de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Departamento de Salud Mental y Departamento de Salud Bucal).

* Dirección de Epidemiología

* PROMIN

Objetivo

* Desarrollar acciones para facilitar a la población de la provincia del Chubut, el derecho a vivir una sexualidad plena, con la posibilidad de procrear libre y responsablemente.

Estrategias

1. Difusión y sensibilización.
2. Capacitación.
3. Organización de servicios de orientación y asesoramiento en sexualidad y procreación responsable.
4. Apoyo a los servicios existentes.
5. Apoyo y orientación a la comunidad educativa.
6. Apoyo y orientación a grupos familiares e institucionales.
7. Provisión de elementos necesarios para el funcionamiento de los servicios.
8. Programación local participativa.

Inicio de actividad

Diciembre de 1999 con grupo de trabajo interministerial para:

La reglamentación de la Ley 4545 y desarrollo del Programa.

Población cubierta

Toda la población de la provincia.

Total beneficiarios

457.856 habitantes.

Fondos asignados

Fondos provinciales (Bienes de consumo):

\$118.342 - Capacitación: \$17.000

Articulación

- * Ministerio de Salud.
- * Secretaría de Desarrollo Social.
- * Ministerio de Educación.
- * Municipalidades.
- * Obra Social SEROS.

PROMIN

Programa materno infantil y nutrición

Responsable

- * Ministerio de Salud

Objetivos

- * Disminuir las tasas de morbi-mortalidad materna e infantil.
- * Promover el desarrollo psicosocial de los niños hasta los 5 años.

Estrategias

1. Descentralización.
2. Fortalecimiento institucional.
3. Integralidad.
4. Focalización.
5. Transformación de los modelos de salud, educación inicial y comedores escolares.
6. Participación.
7. Capacitación permanente en servicio.
8. Comunicación social.

Articulación

- * Ministerio de Salud.
- * Ministerio de Educación Secretaría de Desarrollo Social.
- * Municipalidades.

Subproyecto Puerto Madryn

Inicio de actividades

Noviembre de 1996.

Población beneficiaria

Niños/as menores de 2 años = 835.

Niños/as entre 2 y 5 años = 1804.

Mujeres en edad fértil = 4058.

Fondos asignados

Fondos BIRF = \$2.460.070.

Gobierno Nacional = \$ 446.461.

Remitidos en carácter de donación para obras de infraestructura, equipamiento de efectores, capacitación y comunicación social.

Ejecutados

Subproyecto noroeste.

Inicio de actividades

Enero de 2001

Población beneficiaria

Niños/as menores de 2 años: 2.658.

Niños/as entre 2 y 5 años: 2.258.

Mujeres en edad fértil: 5.131.

Fondos asignados

Fondos BIRF \$1.575.117.

Gobierno Nacional \$399.666.

Remitidos en carácter de donación para obras de infraestructura, equipamiento de efectores, capacitación y comunicación social.

A ejecutar durante el periodo 2001/2003

Fondos asignados Contraparte Provincial (personal, alimentos, medicamentos, mantenimiento y funcionamiento de edificios y vehículos).

\$ 497.645.000 Ambos subproyectos durante 2001.

Programa Provincial de Emergencias

"Desarrollo de un sistema de respuesta a la emergencia y de una red regional de derivaciones".

Responsable

* Ministerio de Salud

* Dirección de Emergencias Sanitarias y Derivaciones Médicas.

* Equipo de Salud Familiar (Departamento de Maternidad, Infancia y Adolescencia, Departamento de Salud Mental y Departamento de Salud Bucal).

Objetivos

* Articular una Red Intraprovincial que constituya un Sistema de Respuesta a la Emergencia (contingencias que provocan víctimas múltiples o que superan la capacidad de respuesta local) y un Sistema de Derivaciones.

* Brindar al paciente la atención adecuada al problema de salud que presente en el nivel de complejidad apropiado, en forma oportuna, eficaz y eficiente.

Estrategias

1. Reuniones periódicas en los Hospitales Cabecera para organizar el sistema de respuesta a la emergencia y establecer una red con los directores de todos los Hospitales y coordinadores de los servicios de urgencia.

2. Reuniones periódicas de igual naturaleza para organizar el Sistema de Derivaciones (teleconferencias, banco de datos para información y costos finales).

3. Red informática funcionando en toda la Provincia.

4. Capacitación permanente de los agentes y equipos que brindan atención inicial en la Provincia (cursos a distancia, medios de comunicación) con formación de agentes multiplicadores.

5. Obligatoriedad de implementación del Programa para desempeño en los servicios de urgencia.

Inicio de actividad

Diciembre de 1999.

Pobl. cubierta

Toda la población de la Provincia.

Beneficiarios

457.856 habitantes.

Fondos asignados

Fondos provinciales \$2.303.804.

Articulación

* Ministerio de Salud.

* Servicios de urgencias y emergencias, terapia intensiva e intermedia.

* Secretaría de Desarrollo Social.

* Ministerio de Educación.

* Municipalidades.

* Defensa Civil y Fuerzas de Seguridad.

Programas de patologías prevalentes y epidemiología

Responsable

* Ministerio de Salud.

* Subsecretaría de Programas.

* Dirección de Patologías Prevalentes y Epidemiología.

Inicio

Permanente.

Población cubierta

Toda la población de la Provincia.

Fondos asignados

El Ministerio de Salud de la Provincia asume el pago de los salarios del recurso humano que interviene en el programa y además gastos de movilidad y traslado del recurso humano en los niveles locales para las acciones en terreno.

El Ministerio de Salud de la Nación aporta medicamentos, material descartable, reactivos de laboratorio, vacunas y aporta fondos para actividades específicas a desarrollar.

Articulación

* Ministerio de Salud de la Nación.

* Instituciones de Salud Públicas y Privadas.

1. Inmunizaciones y vigilancia epidemiológica.

Objetivos

* Disminuir la morbimortalidad de enfermedades transmisibles que se pueden evitar por vacunación en la población expuesta al riesgo.

* Efectuar la recolección sistemática actualizada, su procesamiento, análisis e interpretación y elaborar recomendaciones y medidas de control adecuados en todas las enfermedades sujetas a Vigilancia Epidemiológica.

Estrategias

1. Vacunación a demanda espontánea, en establecimientos escolares, domiciliaria en grupos de riesgos y durante campañas u operativos.

2. Información al organismo nacional central, coordinación con los Institutos Nacionales de referencia e información a los niveles zonales y locales.

2. Programa de control de tuberculosis

Objetivos

* Disminuir la morbimortalidad por Tuberculosis mediante la detección precoz de paciente con TBC con un diagnóstico correcto y tratamiento oportuno, privilegiando el tratamiento supervisado.

Estrategias

* Baciloscopías diagnósticas a pacientes sintomáticos respiratorios y de control a los pacientes enfermos.

* Estudios radiológicos a pacientes sospechosos.

* Tratamiento supervisado en los pacientes diagnosticados, administrando la medicación en forma gratuita.

* Vacunación en Servicios de Maternidad con Vacuna BCG.

* Control de contactos y su quimioprofilaxis.

3. Programa de control de SIDA

Objetivos

* Reducir la infección por VIH y la morbilidad por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida en la Provincia del Chubut.

Estrategias

- * Prevención de la transmisión sanguínea del vih.
 - * Prevención de la transmisión sexual del vih.
 - * Prevención de la transmisión perinatal.
 - * Reducción del impacto de la infección por vih en individuos y grupos.
4. Programa de control de enfermedades de transmisión sexual

Objetivos

- * Disminuir la morbilidad por enfermedades de transmisión sexual.

Estrategias

1. Búsqueda de casos para Sífilis mediante reacción de VDRL y eventualmente MHATP a través de los servicios generales de salud a grupos determinados.
2. Búsqueda de casos de Gonococcia en grupos determinados.
3. Tratamiento a todos los casos diagnosticados en forma obligatoria, gratuita y supervisada en todos los establecimientos oficiales, según normas.
4. Comunicación Social.
5. Supervisión y evaluación.
5. Programa de control de zoonosis

Subprograma de Hidatidosis

Objetivos

- * Reducir el riesgo de enfermar de los habitantes de la Provincia del Chubut intentando cortar el ciclo de la enfermedad.

Estrategias

1. Educación sanitaria.
2. Desparasitación periódica de canes.
3. Búsqueda de portadores asintomáticos.
4. Mejoramiento de las condiciones de la faena.

Programa Provincial de Estadísticas de Salud

Responsable

- * Ministerio de Salud Subsecretaría de Programas.
- * Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

Objetivos

- * Elaborar y analizar información estadística proveniente de los Hospitales Públicos, Registros Civiles y Juzgados de Paz, con el fin de conocer el impacto de acciones sobre el proceso de Salud, mediante el seguimiento de indicadores propuestos a tal fin.

Estrategias

1. Organización de una comisión interhospitalaria para elaboración del Proyecto de Informatización de Hospitales e implementación del mismo.
2. Comisión de Seguimiento para el mejoramiento de las estadísticas vitales.

Inicio

Permanente.

Población cubierta

Toda la población.

Total beneficiarios

457.856 habitantes.

Fondos asignados

Fondos provinciales.

Articulación

- * Ministerio de Salud.
- * Establecimientos de Salud Públicos y Privados.
- * Registros Civiles.
- * Juzgados de Paz.
- * Dirección de Estadística y Censo

Programa Provincial de Salud Ambiental

1. Subprograma de Saneamiento Básico.
2. Subprograma de Bromatología.

3. Subprograma de Salud Ocupacional.

Responsable

* Ministerio de Salud Subsecretaría de Programas.

* Dirección de Salud Ambiental.

Objetivo

* Promoción y prevención de la salud, actuando sobre todos aquellos factores de riesgo ambiental que inciden o puedan incidir en la salud de la población.

Estrategias

1. Detección
2. Fiscalización
3. Análisis
4. Información
5. Capacitación
6. Comunicación Social

Inicio

Permanente.

Población cubierta

Toda la población.

Total beneficiarios

457.856 habitantes.

Fondos asignados

Fondos provinciales \$ 172.800.

Fondos de arancelamiento \$ 93.000.

Articulación

* Ministerio de Salud.

* Ministerio de Educación.

* Municipalidades.

Programas de Comunicación Social

1. Programa Enlace Educación - Salud
2. Programa de Comunicación Medios Masivos
3. Programa de Salud Ambiental
4. Programa de Primeros Auxilios

Responsable

* Ministerio de Salud Subsecretaría de Programas.

* Departamento de Comunicación Social.

Objetivo

* Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, actuando como área de apoyo de los distintos programas de Salud, en la difusión factores de riesgo ambiental que inciden o puedan incidir en la salud de la población.

Estrategias

* Programas televisivos.

* Comunicados radiales.

* Comunicados de prensa.

* Mensajes musicales (radio - televisión).

* Talleres musicales.

* Talleres de Educación para la Salud.

* Folletería.

* Actividades comunitarias.

* Información a demanda (escuelas, instituciones, organizaciones y público en general).

Inicio de actividades

Permanente.

Población cubierta

Toda la población.

Total beneficiarios

457.856 habitantes.

Fondos asignados

Fondos provinciales \$ 88.154.

Fondos nacionales \$ 29.773.

Articulación

- * Ministerio de Salud
- * Ministerio de Gobierno
- * Ministerio de Educación
- * Secretaría de Desarrollo Social
- * Municipalidades
- * ONGs.

Programa Provincial de Médicos de Cabecera o de Familia

Responsable

- * Ministerio de Salud.
- * Subsecretaría de Programas.

Objetivos

- * Dar solución a los grupos poblacionales más necesitados, con relación a problemas de salud.
- * Revalorizar las acciones de los actores fundamentales del sistema, reafirmando al profesional médico como coordinador del equipo de salud.
- * Fomentar el perfeccionamiento de los recursos humanos del sector salud en todos sus niveles.
- * Promover la calidad en los cuidados de salud.
- * Eliminar las barreras de accesibilidad para los beneficiarios.
- * Colaborar con otros organismos e instituciones.
- * Optimizar la relación costo beneficio.

Conseguir una distribución de los recursos, más justa y eficiente a través de la descentralización.

Estrategias

- * Focalización
- * Capacitación
- * Articulación con otros programas
- * Red interinstitucional.

Inicio de actividades

Noviembre de 2000.

Población cubierta

300 familias por médico (no más de 1.000 personas).

Total beneficiarios

Hasta 34.000 habitantes.

Fondos asignados

Fondos Nacionales.

Articulación

- * Ministerio de Salud
- * Ministerio de Educación
- * Secretaría de Desarrollo Social
- * Municipalidades
- * ONGs.

Programas Provinciales de enfermería

Responsable

- * Ministerio de Salud
- * Subsecretaría de Programas.
- * Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco.
- * Departamento Provincial de Enfermería del Ministerio de Salud.
- * Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias Naturales de la UNPSJB.
- * Facultad de Ciencias Naturales Sede Trelew.

Objetivos

- * Elevar la calidad y cantidad de recurso humano en enfermería.
- * Contribuir al mejoramiento de la salud de la población de la provincia del Chubut mediante acciones que favorezcan la calificación de la atención en todos los niveles de atención de la salud.
- * Profesionalizar la práctica de enfermería en los distintos ámbitos de salud.
- * Mejorar la calidad de atención integral de la salud.
- * Orientar y regular la organización de los servicios de enfermería asegurando un cuidado eficaz y eficiente a la comunidad.

Inicio

Año 2001.

Articulación

- * OPS y Centro Colaborador OMS/OPS.
- * Ministerio de Salud.
- * Universidad Nacional San Juan Bosco Facultad de Ciencias Naturales.
- * Direcciones de Areas Programáticas y de Hospitales.
- * División Docencia y Capacitación de Hospitales.
- * División Area Externa.

Ministerio de Salud de la Provincia de Río Negro.

1. Programa de Educación Permanente

Estrategias

1. Consideración del proceso de trabajo como espacio educativo.
2. Consideración de la práctica como punto de partida del proceso educativo, articulación con la teoría y reconstrucción de una nueva práctica.
3. Consideración de lo grupal como espacio de diálogo para el intercambio de experiencias, para valorar capacidades y potencialidades individuales y grupales y para impulsar actividades colectivas y solidarias.
4. Consideración de la institución como espacio de transformación, tendiente a mejorar la organización, la gestión y el proceso de trabajo en la atención de salud.
5. Red de comunicación entre los equipos de salud de todos los niveles de atención.
6. Revalorización de los saberes y experiencia de los trabajadores.
7. Análisis de la situación sociosanitaria de las diferentes áreas programáticas, identificación de áreas críticas y selección de problemas específicos.

Beneficiarios

Equipos de salud.

Fondos asignados

Fondos provinciales \$31.050 para el año 2001.

2. Extensión de la carrera de enfermería dependiente de la Universidad Nacional San Juan Bosco.

Beneficiarios

Toda la población del área programática NE que esté en condiciones de ingresar al nivel universitario.

Fondos asignados

Fondos provinciales \$44.556.

3. Programa de profesionalización de auxiliares de enfermería

Estrategias

1. Recuperación del espacio de trabajo como escenario de aprendizaje.
2. Formación permanente en servicio.
3. Integración docencia - servicio.
4. Fortalecimiento de acciones de promoción y prevención.

Población cubierta

Auxiliares de enfermería que hayan concluido el nivel medio de educación o Polimodal.

Beneficiarios

Auxiliares de Enfermería dependientes del Ministerio de Salud, del ámbito privado y de obra social en Pto. Madryn, Trelew y Esquel.

Fondos asignados

Cuenta arancelada por los alumnos.

4. Programa de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería

Estrategias de intervención

* Análisis de la situación sociosanitaria de las diferentes áreas programáticas, identificación de áreas críticas y selección de problemas específicos.

* Intervención en la estructura de los servicios de enfermería.

* Implementar redes de comunicación e información

* Implementar control de gestión

Beneficiarios

Todos los agentes de salud del área de enfermería que dependen del Ministerio de Salud = 880 agentes.

Fondos asignados

Fondos provinciales.

Programas en elaboración

1. Programa Provincial de Diabetes Prodiach
2. Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares
3. Programa Provincial para Adultos Jóvenes
4. Programa Provincial para Adultos Mayores
5. Programa Vigía
6. Programa Provincial de Control de Medicamentos
7. Programa de Prevención de la Violencia Intrafamiliar

