

CARÁCTER 1: ADMINISTRACIÓN CENTRAL
JURISDICCIÓN 45: MINISTERIO DE SALUD
SUBJURISDICCIÓN 00: MINISTERIO DE SALUD

POLÍTICA DE LA JURISDICCIÓN

DESCRIPCION DE LA SITUACION ACTUAL

Resulta cada vez más claro que las tendencias de las condiciones de vida y de salud en el mundo subdesarrollado, en el que se encuentra incluida Argentina, y como parte de ella Entre Ríos, están estrechamente vinculadas al modelo socioeconómico vigente y al proceso de globalización introducido en nuestra población abruptamente. Todos estos cambios se produjeron de manera tal que han tenido efectos devastadores, tanto en la situación social y bienestar general de la población, como en el proceso de salud, enfermedad/ atención, que es parte de ello.

La responsabilidad del Estado consiste en promover actividades tendientes a alcanzar la salud y el bienestar de las personas, las familias y la comunidad, en particular de aquellos que se encuentran en condiciones de mayor riesgo bio-psico-social.

A los Gobiernos locales (provinciales, municipales), para garantizar el derecho a la salud y a su atención, les cabe reforzar la equidad mediante una red de servicios de salud accesible y de calidad, con especial énfasis en las estrategias de Atención Primaria de la Salud (APS) y de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) . Además, estos gobiernos tienen la responsabilidad de ofrecer a la población a su cargo condiciones tales que posibiliten un desarrollo humano pleno, la construcción de ciudadanía y facilitar a cada persona a participar integralmente de los beneficios del progreso económico y social.

Contexto provincial de salud

La población de Entre Ríos está conformada por 1.373.270 habitantes (INDEC, proyecciones 2019) con 51% de mujeres y 49% de varones. La distribución por grupos de edad es de 15,19 % niños menores de 10 años, 16 61% adolescentes, 48,94% adultos de 20 a 64 años y 17,36% adultos mayores de 64 años. En relación a la situación económica social, la población ha sufrido un empeoramiento significativo que se expresa en múltiples indicadores como son los de pobreza: incidencia de pobreza e indigencia que para los 2 aglomerados urbanos que se miden en E.R. la situación del aglomerado Concordia se ubica en la cima del ranking nacional (48,6% más que la media nacional): 52,9 incidencia/15,4 indigencia (Fuente: INDEC, 1er semestre 2019). Siguiendo la proyección nacional de incidencia de pobreza en el grupo de menores de 15 años la situación es de un 78,3%.

La población vulnerable sin obra social, prepaga o plan de salud según estimaciones del INDEC al año 2017 alcanzaba un total de 458.793 personas (34%) de 0 a 64 años, de un total estimado de 1.347.505.

Población bajo responsabilidad nominada

Desde el sistema informático de salud han sido captadas, identificadas y registradas 381.256 personas; que representan un 82% del total de la población sin obra social. Según el registro, sólo el 27,3% del total accede a prácticas de salud esenciales (Fuente: Salud Digital Entre Ríos).

Reordenamiento de los efectores de salud provinciales

Con el fin de reformular y fortalecer la red pública de cuidado y atención que brindan los servicios de salud provinciales, a través de 275 establecimientos de gestión pública, se ha avanzado en la categorización de los mismos, según Decreto N° 2524/18. Los efectores, según su tipología, quedaron conformados de la siguiente manera: de los 65 Establecimientos de Salud (ES) con Internación 55 son con Internación General (ESCIG) y Especializado Pediátrico (ESCIEP), 5 con Internación Especializada en Tercera Edad (ESCIETE), 4 con Internación Especializados en Salud Mental (ESCIESM) y 1 con Internación Especializado en Rehabilitación y 210 Establecimientos de Salud sin Internación de Diagnóstico y Tratamiento (ESSIDT).

Según su capacidad resolutoria fueron recategorizados en 3 Niveles:

- Nivel III-Alto Riesgo: 5 ES con la mayor capacidad de resolución, subdivididos en 3 con UTI especializada con especificidad para resolver patologías que requieren acciones asistenciales más complejas y específicas (IIIB) y

2 con UTI no especializada con condiciones de resolver total o parcialmente procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos (IIIA);

- Nivel II-Mediano Riesgo: 18 ES con 2 subniveles de acuerdo a su capacidad resolutoria clínica y quirúrgica; 6 ESCIG clasificados como IIB con las cuatro especialidades básicas, cirugía programada y de urgencia, con

CARÁCTER 1: ADMINISTRACIÓN CENTRAL
JURISDICCIÓN 45: MINISTERIO DE SALUD
SUBJURISDICCIÓN 00: MINISTERIO DE SALUD

POLÍTICA DE LA JURISDICCIÓN

(Viene de página anterior)

CONE y especialidades médicas correspondientes a un Nivel II y 12 ESCIG y 1 con atención pediátrica de bajo riesgo clasificados como IIA con las cuatro especialidades básicas, cirugía programada de bajo riesgo con especialidades médicas condicionadas a la disponibilidad de profesionales;

- Nivel I-Bajo Riesgo: 21 ES con 2 subniveles; 13 ES establecidos en áreas programáticas mayores a 5.000 habitantes, con disponibilidad de camas de internación general para resolver problemas de salud de bajo riesgo (IB) y 18 ES establecidos en áreas programáticas de menos de 5.000 personas, con camas de observación clínica, internación de pacientes crónicos, de tercera edad o vulnerabilidad social (IA).

Por otro lado los ESSIDT fueron clasificados en 5 categorías de acuerdo a las características de tamaño de la población del área de influencia, las perspectivas de crecimiento demográfico, la disponibilidad de recursos físicos, la distribución y composición del RRHH y la modalidad de atención oferta programada y guardia: 5 CAPS o Centros de Referencia Regional con trabajo en equipo, diagnóstico por imágenes y laboratorio, con atención programada y de urgencia con guardia (A), 29 CAPS con áreas programáticas (AP) de más de 3.000 personas, con trabajo en equipo, con modalidad de atención programada y eventual ampliación horaria asistencial y unos pocos con diagnóstico por imágenes y laboratorio aunque no recomendable en este nivel (B1), 19 CAPS con AP de más de 3.000 personas, trabajo en equipo con menos profesionales disponibles, algunos pocos con diagnóstico por imágenes y laboratorios, modalidad de atención programada con eventual ampliación horaria asistencial (B2) 34 CAPS con AP de hasta 3.000 habitantes, con equipo básico ampliado, atención médica de 3 o más veces en la semana y con atención en 1 o 2 turnos (C) y 120 ES clasificados como postas sanitarias con atención médica menos de 3 veces a la semana y atención en 1 o 2 turnos (D).

A partir de esta recategorización se pretende avanzar en el desarrollo y conformación de las estructuras orgánicas de Hospitales y CAPS para adecuar los servicios con RRHH, tecnologías, definición de competencias y funciones asignados correspondientes a cada nivel de atención. En este aspecto también se pretende continuar con la adecuación edilicia y de equipamiento médico de los servicios según necesidades y sujetas a la categoría asignada.

Por otro lado, se avanza hacia un Modelo de organización y coordinación sanitario regionalizado y conectado en red. Esto implica acceso a la población a servicios de calidad para áreas definidas, articuladamente según localidad, micro región y región.

En este sentido se consolida un proceso de Regionalización Perinatal que llevó desde 2006 a 2017 para establecerse mediante RM N° 3397/17. Esto posibilita un flujo más ordenado y eficiente de pacientes entre los diferentes niveles de atención. Parte de los resultados de este proceso se ven reflejados en los últimos indicadores de mortalidad materna e infantil con descenso de estos.

También implica continuar en el cambio en el Modelo de Atención acorde a los cambios en el perfil epidemiológico de la población, con incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles que, con su abordaje oportuno deben en su mayoría ser prevenidos, diagnosticados y resueltos en el primer nivel de atención. Además, el aumento de la esperanza de vida y la aparición de factores de riesgo (sobrepeso, obesidad sedentarismo, alimentación inadecuada, consumo de tabaco y alcohol) relacionados con el desarrollo y la urbanización con cambios en los estilos de vida y entornos menos saludables, exigen respuestas equitativas e integrales.

Respecto al recurso humano que trabaja bajo la órbita del Ministerio de Salud también se visualiza una situación compleja con una planta de 18.365 agentes de los cuales el 23,4% corresponde a profesionales asistentes, un 28,3% a enfermeros, el 1% a agentes sanitarios y el 46,1% a escalafón general, según fuente de la Dirección de RRHH, MSP a agosto 2019. Sigue existiendo precarización en los salarios que permanentemente agrava la situación de falta de asistencia a los pacientes que concurren a los ES. Además, continúa la desigual distribución del RRHH tanto en Hospitales como en CAPS y también en lo que tiene que ver a nivel regional, departamental y de localidad. Asimismo, continúa la falta de profesionales en especialidades como anestesia, neurología infantil, pediatría, enfermería, etc, en varios establecimientos de salud en los que deberían garantizarse.

Por último, se resumen los costos en los que el Ministerio de Salud Provincial en carácter de sueldos, partidas presupuestarias para funcionamiento de hospitales, CAPS, Hospital de La Baxada, guardias médicas (activas y pasivas), subsidios a pacientes (incluye urgencias y banco de prótesis), bienes de capital (equipamiento, ambulancias y otros vehículos), banco provincial de drogas oncológicas y otros tratamientos especiales (

CARÁCTER 1: ADMINISTRACIÓN CENTRAL
JURISDICCIÓN 45: MINISTERIO DE SALUD
SUBJURISDICCIÓN 00: MINISTERIO DE SALUD

POLÍTICA DE LA JURISDICCIÓN

(Viene de página anterior)

Fuente: Subsecretaría de Administración del MS).

Por otro lado, debiera tenerse en cuenta la crisis económica imperante en el país, donde existen diversos factores y variables que han influido e influyen en el aumento sostenido de precios de los productos farmacéuticos, de los bienes y servicios necesarios para garantizar las prestaciones en salud pública, mencionando que la inflación interanual del mes de abril acumuló un 55,8% en los últimos 12 meses. Además debe sumarse al contexto sanitario actual la incertidumbre generada por la discontinuidad de los Programas Nacionales y los recortes presupuestarios del Gobierno Nacional, que se agregan al incremento progresivo de la demanda de pacientes con obra social (OS) para la atención de urgencias o debido a que no pueden pagar coseguros en las instituciones privadas. Por otro lado las OS presentan deudas del arancelamiento a hospitales con atrasos de más de 6 meses que se suma a la falta de actualización de los nomencladores hacia nuestros efectores sin recupero de los costos de las prestaciones, lo que genera un mayor déficit financiero y presupuestario. Al mes de julio de 2018 la cotización del dólar ascendía a \$27,80 y al 30 de agosto de 2019 a \$62,00, con variación interanual de 223% incidiendo en precios de medicamentos, prótesis, equipamiento hospitalario, servicios de mantenimiento (repuestos). El precio de combustible también tuvo una variación del orden del 79% incidiendo en el costo de los traslados de pacientes en ambulancias y el pago de los adicionales de policía en cada efector con valores de la hora adicional en función del precio de la nafta. Por otro lado hay una suba acumulada de más del 80% en las tarifas en este período.

Entre los Programas recortados por el Estado Nacional se pueden mencionar: INCLUIR SALUD (34.000 afiliados) con cobertura de tratamientos de enfermedades poco frecuentes de alto costo, diálisis y transporte, discapacidad, transplantes, terapéuticas oncológicas, entre otras; PROGRAMA COMUNITARIOS (278 becarios comunitarios), RESIDENCIAS MÉDICAS (actualmente la provincia cuenta con un total de 282 residentes de los cuales 180 becas son financiadas por la provincia, abonando además, la diferencia de las 102 becas nacionales para equipararlas a la provincia), DIABETES, REMEDIAR, BANCO DE DROGAS ONCOLOGICAS Y ESPECIALES, VIH y HEPATITIS VIRALES, TRANSPLANTES, CUCAIER - MEDICAMENTOS INMUNOSUPRESORES y HEMODIÁLISIS Y TRANSPORTE DE DISCAPACIDAD.

POLITICAS PRESUPUESTARIAS

La salud es una construcción colectiva con un componente ético, técnico y político que requiere de políticas sociales y económicas con inclusión y justicia social.

Desde la perspectiva de derecho, la salud es un componente inalienable de la dignidad humana y se trata de un bien en sí mismo, que no requiere justificación; es decir, todas las personas, por el hecho de existir, tienen derecho a la salud. Así, una política pública de salud implica que el Estado asume un rol activo y explícito.

El desafío de la inclusión y la equidad en salud implica entre algunas cosas lograr el acceso a los servicios con calidad y eficiencia a todos por igual superando barreras geográficas, económicas, sociales y culturales, a través de una fuerte decisión política que requiere la construcción de estrategias universalmente demostradas como efectivas, pero adaptadas a las particularidades de nuestra población. La política presupuestaria del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos será acorde a las prioridades, objetivos estratégicos y líneas de acción dirigidas a garantizar ese derecho a la salud de toda su población.

Misión

El Ministerio de Salud es la entidad rectora que, en ejercicio de su gobernanza promueve y ejecuta acciones para garantizar el derecho a la salud contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la toda la población de la Provincia de Entre Ríos.

Visión

Se pretende lograr un Ministerio de Salud altamente competente, que ejerza su rectoría de manera consolidada, que garantice una asistencia sanitaria integral e intervenga intersectorialmente para incidir sobre los determinantes sociales, promoviendo también la activa participación ciudadana.

Objetivos estratégicos

El Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos cuenta con la responsabilidad de ejercer la rectoría de

CARÁCTER 1: ADMINISTRACIÓN CENTRAL
JURISDICCIÓN 45: MINISTERIO DE SALUD
SUBJURISDICCIÓN 00: MINISTERIO DE SALUD

POLÍTICA DE LA JURISDICCIÓN

(Viene de página anterior)

todo sistema de salud con el fin de alcanzar el mayor nivel posible de salud de su población propiciando la accesibilidad, la equidad y la atención integral. Así, el Ministerio de Salud, asume un rol activo en la conducción para consensuar y establecer prioridades de la política sanitaria en la Provincia de Entre Ríos, con la participación del Poder Ejecutivo, Poder Legislativo, Universidades, Colegios de Profesionales, Sociedades Científicas, trabajadores de la salud, sector privado, sistemas de obras sociales, gremios y además, de las políticas públicas del Ministerio de Salud de la Nación. Estas prioridades permiten definir los lineamientos generales para el establecimiento de metas y estrategias que sirven para una planificación global eficiente del sistema sanitario en todos los niveles.

Líneas estratégicas

Las implicancias más relevantes de la rectoría se refieren a:

- Construcción de un marco legal, institucional y organizacional diferente que permita implementar y desarrollar acciones sanitarias de acuerdo a los lineamientos políticos y estratégicos definidos.
- Reordenamiento de la estructura orgánica del Ministerio en el Nivel central con dependencia, funciones y planificación de acciones definidas y consensuadas.
- Reordenamiento del nivel orgánico de los efectores de la Red sanitaria acorde a su complejidad y capacidad resolutive
- Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención bajo la estrategia de APS con áreas geográficas y población a cargo definidas para garantizar el acceso a la salud de toda la población principalmente la más vulnerable.
- Fortalecimiento de las acciones de vigilancia, promoción y prevención de la salud, diagnóstico, asistencia, tratamiento, seguimiento y rehabilitación en todos los niveles.
- Gestión de las políticas de salud orientada a obtención de resultados sanitarios óptimos acorde al perfil de salud de la población.
- Gestión y desarrollo de una política de recurso humano acorde al perfil de salud-enfermedad de la población con revalorización del personal de salud.
- Fortalecimiento en relación con la gestión de los recursos físicos, administrativos, financieros y humanos en los establecimientos de salud de gestión pública acorde al perfil socio-epidemiológico de salud provincial.
- Aplicación de normativas, protocolos, guías de atención y sistemas de registros que acompañen y garanticen una atención sanitaria inclusiva e integral de la población.
- Consenso y organización de una red integrada de servicios de salud acorde a las necesidades de la población haciendo efectiva la estrategia de Regionalización Sanitario provincial.
- Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de información y tecnologías de Información y Comunicación que faciliten el acceso a la información de gestores, equipo de salud y población en general.
- Desarrollo de mecanismos de supervisión, monitoreo y evaluación de los objetivos y acciones de salud en los diferentes niveles de gestión.
- Generación de información para que la toma de decisiones sea eficiente y permita establecer un equilibrio presupuestario.
- Mejora en costo-efectividad de las inversiones de salud.
- Impulso en las acciones de capacitación, desarrollo tecnológico e investigación basada en la evidencia para la toma de decisiones adecuadas y oportunas.
- Fortalecimiento de las políticas de atención de la salud mental y las adicciones.
- Sustento y ampliación de las alianzas estratégicas intersectoriales e interjurisdiccionales a nivel municipal, provincial y nacional en el marco de las políticas vigentes con abordaje de los determinantes de la salud en beneficio de la población

INCIDENCIA FUTURA DE LAS POLITICAS PRESUPUESTARIAS

Es indispensable adecuar y transformar, tanto el modelo de gestión y organización de las instituciones sanitarias y de los niveles de decisión como su modelo de atención, para que, además, se optimicen los recursos y las capacidades potenciales existentes, y al mismo tiempo, repensar el modelo de financiación y asignación presupuestaria. Si se acuerda en otorgar a la salud el significado de proceso y de producto, la formulación de la política sanitaria, además de incluirse en el diseño de las políticas públicas, deberá estar

CARÁCTER 1: ADMINISTRACIÓN CENTRAL
JURISDICCIÓN 45: MINISTERIO DE SALUD
SUBJURISDICCIÓN 00: MINISTERIO DE SALUD

POLÍTICA DE LA JURISDICCIÓN

(Viene de página anterior)

comprendida en el marco de políticas sociales integrales, participativas e incluyentes.

Así, se espera que, las políticas presupuestarias desarrolladas en su totalidad y en conjunto con otros organismos del Estado desde los que se abordan los distintos determinantes sociales de la salud, garanticen el derecho fundamental de la salud y contribuyan con la mejora del estado de salud de todos los ciudadanos de la Provincia de Entre Ríos.