

POLÍTICA DE LA JURISDICCIÓN

DESCRIPCION DE LA SITUACION ACTUAL

La salud no es una dimensión aislada del proceso general del desarrollo humano y social de los Pueblos si no que debe incluirse en una visión y comprensión integral del mismo. Es así que las tendencias de las condiciones de vida, de salud y bienestar individual y colectiva están estrechamente vinculadas al modelo político de desarrollo socioeconómico que se implemente. En la región de América Latina y el Caribe –contexto donde debe analizarse la Nación y la Provincia- el proceso salud enfermedad, atención cuidado siempre está atravesado por la variabilidad de los modelos políticos de desarrollo económico y social implementados.

El mundo, transitando aún tiempos de pandemia ha experimentado, además de la profunda crisis política, económica y ambiental, una particular crisis en la atención de la salud. La globalización neoliberal pareciera que entra en un ocaso y ya se describe a la actual como una época de “desglobalización económica parcial” y sin un horizonte claro de predicción. También ocurre en salud si se toma la imprevisibilidad de la continuidad de la transmisión de las actuales o nuevas variantes de coronavirus o el impacto del uso de las nuevas tecnologías médicas en la economía del sector.

Igualmente, el MSER sostiene que la responsabilidad asignada al Estado – diferente de acuerdo a quien gobierne - es nodal para establecer normas de equidad en la distribución y el acceso a la salud. El bien a proteger – la salud – requiere de la promoción activa de estrategias y acciones 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 facilitar el ejercicio del derecho a la salud y a la atención de su población, les cabe implementar medidas orientadas a la solidaridad y equidad social, en parte mediante las acciones a desarrollar desde la red de servicios de salud poniendo énfasis en las estrategias de Atención Primaria de la Salud (APS) y en la de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Por otra parte, estos gobiernos tienen la responsabilidad de ofrecer a la población a su cargo condiciones tales que posibiliten un desarrollo humano pleno, un piso de dignidad, la construcción de ciudadanía y facilitar a que cada sujeto pueda participar integralmente de los beneficios del progreso económico y social.

En la descripción del 2.020 se decía: *“La actual pandemia del COVID-19 irrumpe en la Argentina en un contexto económico y social crítico al inicio del 2020 con visibles efectos regresivos en la distribución de ingresos, en la producción y el mercado laboral, con una caída del 4% del PBI nacional a fines del 2.019 y una contracción del 8% en el PBI per cápita”*. Hoy se debe agregar el efecto devastador de la pandemia del año 2.020 que profundiza la caída del PBI, alcanzando 9.9% menos con respecto al 2.019 y el PBI per cápita descendió un 14.8% según el BM.

El cambio de administración nacional había definido un plan de acción de recuperación del rol estratégico del Estado en el desarrollo económico y social sancionando la Ley N° 27.541/19 de *“Ley de solidaridad social y reactivación productiva en el marco de la emergencia pública”* apuntando a la sostenibilidad de la deuda pública, del sistema fiscal, proteger la producción, el trabajo, el sistema previsional, el acceso a medicamentos esenciales, del programa de inmunizaciones y el acceso a prestaciones médicas esenciales para los jubilados y pensionados, entre tantas medidas. La misma se prorroga hasta el 31 de diciembre de 2021, particularmente las disposiciones contenidas en los artículos 20, 22 y 23 del Decreto 99/2019 que Reglamenta esta Ley (Dec. 1.057/20). Durante el primer año de pandemia y en el actual se profundizaron aún más las medidas de protección de la producción, del trabajo y de contención social en un escenario complejo signado por la negociación de la deuda externa con distintos tipos de acreedores. La ley 27.605/20 sancionada por el Congreso Nacional implicó disponer de un “aporte solidario y extraordinario para ayudar a morigerar los efectos de la pandemia” y los recursos transferidos a la provincia en este marco, junto a las transferencias extraordinarias aportadas por el tesoro provincial a este Ministerio, permitieron fortalecer la capacidad de respuesta operativa y asistencial de los servicios de salud para

POLÍTICA DE LA JURISDICCIÓN

(Viene de página anterior)

enfrentar la inédita y compleja demanda de atención que exigió la extensión del SAR-CoV-2 y sus variantes en este territorio.

En este marco político general y aún sumergido en el impacto multidimensional desfavorable de la pandemia resulta imprescindible la revitalización de los Estados, profundizar el nuevo ciclo de crecimiento económico con un rol protagónico nuevamente asignado a los Estados, avanzar en un claro mejoramiento de la producción, el trabajo, el mercado interno, la distribución del ingreso y del respeto de derechos humanos, de desactivación urgente de las desigualdades más injustas, de reducción en los niveles de pobreza, entre otros aspectos, y así poder plantearse objetivos más ambiciosos respecto del sistema social y de salud en particular.

En este complejo camino de recuperación económica y social, de construcción de una Sociedad más justa y solidaria, también aparecen con mucha potencia los denominados “procesos de despatriarcalización” y de reivindicación de la soberanía de las mujeres sobre la gestión de sus cuerpos y de sus vínculos como su participación activa en la construcción de nuevos modos de vida, de relaciones humanas y de participación ciudadana, como el reconocimiento en la elaboración y ejecución de políticas públicas de condiciones de género y diversidad sexual.

En estas premisas y desafíos debe inscribirse el Estado provincial, y el Ministerio de Salud como parte de este, para contribuir efectivamente a la Salud Colectiva.

Contexto provincial de salud

La población de Entre Ríos estaría conformada en el año 2.022 por 1.410.908 habitantes (INDEC, proyecciones 2.022) con alrededor del 51% de mujeres y 49% de varones y la distribución por grupos de edad: 16.0 % niños menores de 10 años, 15.6% adolescentes de 10 a 19 años, 56.4% adultos de 20 a 64 años y 12.0% adultos mayores de 64 años. La demografía muestra una tendencia al envejecimiento y una reducción marcada de la natalidad en los años 2.019 y 2.020.

Con relación a la situación económica social, la población venía sufriendo un empeoramiento significativo en sus condiciones de vida que se acentuaron en estos 18 meses de pandemia, aunque se marquen hoy signos claros de recuperación de la economía argentina. Algunos indicadores seleccionados dan cuenta de ello.

“La actividad económica y el mercado laboral hoy constituyen expresiones de la doble pandemia (la producida por la economía de mercado con revaloración financiera del ciclo institucional anterior y la de COVID-19 en la actualidad)”. El informe correspondiente al 1° Trimestre 2021 en Argentina (EPH INDEC) las Tasa de actividad (TA) y de empleo (TE) son menores al mismo período del 2.020 pero están en pleno ascenso hasta alcanzar el 46.3% y el 41.6% respectivamente, la Tasa de Desocupación (TD) descendió un 0.2% y alcanzó al 10.2% de la PEA (EPH INDEC). En la provincia, las mediciones en Concordia y en el Gran Paraná muestran un incremento en la TA y alcanzan el 40.8% y 44.6% del total de la población respectivamente. Una TE menor a la media nacional en Concordia – 37.7%- y mayor en el Gran Paraná - 42.6%. Por último, la TD descendió en esta medición al 7.5% en Concordia y al 4.4% de la PEA en Paraná.

El IPC tuvo una variación interanual de 50.4% a julio 2.021 y en dos rubros ligados al gasto presupuestario corriente del sector como alimentos y salud (productos medicinales, artefactos y equipamiento para la Salud) tuvieron un incremento mayor en la Región Pampeana: 60.8% y 67.8% respectivamente.

En el 2° semestre 2.020 la incidencia de pobreza afectó al 49.5% de las personas en Concordia y al 40.9% en el Gran Paraná y la indigencia al 8.2% y 5.7%, respectivamente (INDEC, 2do semestre 2020). Siguiendo la proyección nacional de incidencia de pobreza en el grupo de menores de 15 años en Concordia alcanzó al 67.9% de sus niños, niñas y adolescentes y en el Gran Paraná al 56.1% de este grupo etario. La indigencia como

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

POLÍTICA DE LA JURISDICCIÓN

(Viene de página anterior)

expresión de ingresos de hambre llegaría al 13.3% de los Menores de 15 años en Concordia y al 8.5% de estos en el Gran Paraná.

Aunque existe una leve mejoría con respecto al clima educativo del hogar (INDEC, Condiciones de vida 2016-19) la proporción de hogares con cobertura de salud sólo pública se ha incrementado producto de sucesivas medidas de transferencia de ingresos regresiva. La población más vulnerable sólo con cobertura pública alcanzó al 32.5% del total y en el grupo de menores de 18 años representó el 42.1%.

Población bajo responsabilidad nominalizada

Al mes de agosto 2.021 el sistema información de salud oficial – Salud Digital de Entre Ríos (SADER)- registra que han sido captadas, identificadas y registradas 477.418 personas que representan más del 90% del total de la población sin cobertura social (obra social o prepaga). Según la fuente, sólo 135.426 (28.3%) del total accedió en el último año a prácticas de salud consideradas esenciales, es decir, aquellos que se consideran con cobertura efectiva básica (CEB). En agosto 2.019 los nominalizados activos eran menos, 362.810 sujetos, pero de esos el 45.6% presentaba CEB.

Mejorando su desempeño, el SADER, además de la población sin cobertura social, fue incorporando progresivamente a sus registros a usuarios de los servicios públicos de salud que tienen obra social. Un poco más de 855 mil personas componen el universo total de nominalizados. Un reflejo de la crisis económico social de coyuntura se expresa en que a julio 2.021 casi el 40% de los que recibieron prestaciones sanitarias tenían cobertura social, diferente a lo ocurrido en diciembre 2.019 donde menos del 20% del total del paquete prestacional los recibían éstos.

La política sanitaria 2.020 y 2.021 teñida de pandemia

A partir del ordenamiento de la red sanitaria oficial establecida en pre-pandemia por Decreto 2524/18 MS se continúa avanzando en decisiones organizacionales, técnicas y financieras para que cada efector público de salud se aproxime al Nivel de riesgo y de competencia sanitaria asignada. En este sentido, la irrupción de la pandemia encuentra a un sistema de servicios de salud pública con un norte definido y en pleno proceso de reconfiguración, cambios, mejoras y adecuaciones programadas de manera escalonada, en un escenario de crisis sectorial profunda. En esta línea y progresivamente, se fueron fortaleciendo tanto la estructura de recursos (edilicios, equipamiento médico y de recursos humanos) de los servicios de salud como las capacidades de respuesta en los diferentes niveles del sistema enfocados centralmente en atender la pandemia.

Pensar y actuar en contexto de pandemia no interrumpió el camino definido de ir avanzando hacia un modelo de organización y gestión operativa de servicios sanitarios regionalizada y conectados en redes articuladas. En este tiempo se rediseñaron, crearon y fortalecieron articulaciones intra y extrasectoriales según localidad, microrregión y región lo que permitió dotar al conjunto del sistema de servicios para afrontar satisfactoriamente la pandemia e iniciar con una fuerza inusual éste año una potente e inédita campaña de vacunación contra la COVID y así, ir mejorando la cobertura y progresar en las metas sanitarias acordadas.

En esta línea de decisiones, el proceso de Regionalización Perinatal instituido en septiembre de 2.017 ha sido el pilar a partir del cual se comenzó a ordenar la lógica del sistema de servicios tanto en la distribución del resto de la estructura de recursos destinado a la atención de los otros grupos de población, en el diseño e implementación de redes de atención como en los procesos de trabajo al interior de las instituciones públicas del sector.

Parte de los resultados de este proceso se ven reflejados en los últimos indicadores de Mortalidad Materna e Infantil (provisorios aún) con descenso de estos: Razón de Mortalidad Materna: 2,3 cada 10.000 NV y Tasa de Mortalidad Infantil: 7,0 cada 1.000 NV en el año 2.020.

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

POLÍTICA DE LA JURISDICCIÓN

(Viene de página anterior)

Desde marzo 2.020 a la fecha y en el marco de coordinación del COES de la estrategia de abordaje de pandemia de COVID-19 se fueron resolviendo parte de los déficits estructurales del sector (ampliaciones y problemas edilicios funcionales de 38 hospitales, habilitación de partes de dos hospitales nuevos (HTR La Baxada de Paraná y HBi-Centenario de Gualeguaychú), equipamiento médico en quirófanos, equipamiento e instalación de gases centrales en UTI y salas de Cuidados Intermedios, equipos de diagnóstico por imágenes y laboratorio absolutamente necesarios, renovación y ampliación de la planta automotor, se suma equipamiento de informática, se implementaron nuevas redes de comunicación virtual y tele salud y sistemas de información que facilitan diferentes procesos de gestión, atención, comunicación y capacitación y, desde el inicio, se proveyó de los insumos básicos para cuidar al personal como lo son los equipos de protección personal (EPP). Durante este año 2021 se equipa y se suma logística para desarrollar uno de los ejes centrales de la política pública de salud que es el desarrollo del “Plan Rector de Vacunación contra la COVID” que se encuentra en plena implementación con más de 1.250.000 dosis aplicadas al inicio de septiembre 2.021.

Transitando la Semana Epidemiológica 35/2.021, han sido estudiadas alrededor de 250.000 personas definidas como casos sospechosos y cerca de 135.000 de éstos fueron confirmados con COVID-19 en Entre Ríos. Fueron más de 2.300 personas las fallecidas en la provincia (según SNVS 2,0). Requirieron atención en Servicios de UTI el 2,1% del total de pacientes confirmados y la letalidad en la provincia fue 1,7% (murió por COVID el 1.7% de los casos confirmados).

La ampliación de la oferta asistencial evitó el desborde y saturación de unidades críticas en Entre Ríos. En marzo 2020 había 196 camas de UTI adultos (la mayoría definidas como UCI 2- menor complejidad- y solo 128 de esas camas UTI tenían Asistencia Respiratoria Mecánica (ARM).

En mayo 2021 había 269 camas UTI adultos (**37.2 %** más) pero con muchas más ventiladas, 237 con ARM (109 más: **85.1% más**)

En 2.021 las 128 camas UTI Públicas están ventiladas y hay 12 camas UTI privadas más (asistidas por el Estado provincial) y 24 unidades críticas ventiladas más en el subsector privado.

De 56 camas críticas públicas existentes pre-pandemia (46 con ARM) se pasó a disponer de 128 camas públicas de UTI-**128.5% más-**, con 82 U ventiladas más – **178.2% más** - .

Para lograr esto, en Mayo 2.021 se habilitó una nueva UTI oficial con 4 Unidades en el Hospital “Pascual Palma” de Paraná, pero ya en junio de 2020 se habían sumado una UTI nueva a la red pública con 16 camas críticas en el Hospital de La Baxada “Teresa Ratto” de la ciudad capital. El Hospital “Santa Rosa” de Chajarí incorpora en abril 2.021 otras 4 Unidades críticas con ARM al subsector Público para ampliar la asistencia crítica.

Además, en abril 2.021 se incorpora una nueva tecnología asistencial y se instaura la terapia de Alto Flujo en Salas de internación COVID lo cual permitió sostener la disponibilidad de Unidades Críticas.

Atender la pandemia no implicó discontinuar totalmente el desarrollo de otras acciones en Salud. Así, se sostuvieron diferentes estrategias, programas y acciones sanitarias destinadas a intervenir en otros problemas de salud de los diferentes grupos de población –salud sexual y reproductiva, salud perinatal e infante juvenil, enfermedades crónicas no transmisibles, diferentes expresiones de violencias y abuso, enfermedades emergentes y reemergentes, malnutrición en sus diversas variantes, conductas y comportamiento de riesgo, consumo de sustancias, problemas de salud mental - con el esfuerzo centrado en fortalecer acciones desde el primer nivel de atención.

Además, las nuevas problemáticas de salud enfermedad complejas - relacionados con los modelos de desarrollo económico social y con los procesos de urbanización desordenados, fragmentados y desiguales que condicionaron cambios en los estilos de vida y en entornos cada vez menos saludables – exigen cada vez más respuestas integrales que requieren un rol y presencia activa del MS coordinando el sector y junto a otras decisiones e intervenciones institucionales, interjurisdiccionales e intersectoriales. Así, se dio continuidad al trabajo intersectorial en articulación constante con CGE, MDS, MGJ y MPTDE en aspectos ligados a la pandemia y,

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

POLÍTICA DE LA JURISDICCIÓN

(Viene de página anterior)

sumados otros sectores - como COPNAF y Defensoría - en ejes como Abuso Sexual Infanto Juvenil, Salud Mental, Mesa interministerial de Primera Infancia, Género y diversidad sexual, Plan ENIA, entre otros.

Respecto al recurso humano que trabaja bajo la órbita del Ministerio de Salud también se visualiza una situación compleja con una planta de 18.489 agentes de los cuales el 24% corresponde a profesionales asistentes, un 28.7% a enfermeros, el 1% a agentes sanitarios y el 45,5% a escalafón general, según fuente de la Dirección de RRHH, MSP a agosto 2.021.

Esta composición en cuanto a escalafones no es la recomendable para producir salud en virtud de que el escalafón sanidad (profesionales y técnicos y enfermería) que es el sustantivo, representa poco más de la mitad. Es evidente que la adecuación de los planteles de agentes de salud en los Establecimientos de Salud Pública a partir del año 2.022 tiene que comenzar a construirse desde otra lógica, cual es la de fortalecer la masa crítica de talento humano que brinda atención y cuidados en salud desde los servicios de salud, sin descuidar el resto del personal que facilita el desarrollo del sistema.

Continúa la *“desigual distribución del personal de salud de los diferentes escalafones tanto en Hospitales como en CAPS también se refleja en la distribución por regiones sanitarias, departamentos y localidades aunque en ello influyen otras variables. Asimismo, continúa la falta de profesionales en algunas especialidades críticas como anestesia, cirugía y neurología infantil, intensivistas, traumatología en hospitales Nivel II y III, y medicina general y familiar para el PNA en muchos establecimientos de salud en los que deberían garantizarse”*.

El nivel de ingreso de los trabajadores del sector, desnudado y visibilizado por la pandemia, también debe ser considerado en los próximos ejercicios presupuestarios como parte de las medidas de fortalecimiento de las políticas públicas intersectoriales de recuperación económica, productiva, laboral y de inclusión social que marcan el desafío nodal del Ejecutivo provincial.

La situación económica imperante en el país - aunque de crisis, pero con signos evidentes de recuperación sostenida en los últimos meses - presenta diversas variables que han influido e influyen en el aumento sostenido de precios de los productos farmacéuticos e insumos médicos como de bienes y servicios necesarios para garantizar las prestaciones en salud pública. La inflación interanual del mes de Julio – señalado antes - acumuló más del 67% en medicamentos y gastos en salud y la brecha cambiaría amplia, se agrega a una mayor incertidumbre futura. Se supone que el año 2.022, con la recuperación de la producción y la economía nacional, se va a ir revirtiendo progresivamente la situación laboral y social y con ello la demanda de pacientes con OS a la Salud Pública, aunque se sabe desde hace tiempo que existe un abanico de prestaciones de salud que no son absorbidas por el Subsector privado y el Estado deberá seguir previéndolas en sus presupuestos.

Cabe señalar por último, tres cuestiones. Persiste como amenaza presupuestaria para el sector los atrasos en los pagos de Obras Sociales a Hospitales por diferente tipo de prestaciones médicas y la falta de actualización de los nomencladores lo que genera un mayor déficit financiero y presupuestario en estos efectores al que se debe asistir desde el área de prestaciones de este MS. La mayor cotización del Dólar no oficial aún sigue determinando los precios de medicamentos, prótesis, equipamiento hospitalario, como los servicios de mantenimiento de equipos médicos. El incremento de la demanda de medicamentos biológicos o de alto costo para hacer frente a las Enfermedades poco frecuentes (EPOF) motorizados por los propios laboratorios que los producen y por las familias de los pacientes (que a pesar de la débil evidencia científica depositan gran expectativas en ellos) constituye un novedoso e impredecible componente del gasto en salud y el más fuerte desfinanciador del sistema - que cuenta con la anuencia de hecho del Poder Judicial - profundizando aún más las inequidades existentes en salud y amenazando las posibilidades de reducción.

POLÍTICA DE LA JURISDICCIÓN

(Viene de página anterior)

POLITICAS PRESUPUESTARIAS

La salud como derecho con garantía constitucional es un proceso y producto social al mismo tiempo. Alcanzar aceptables estándares de salud de una sociedad supone una construcción democrática, colectiva y multiactorial con un Estado presente, rector y dinámico, con una fuerte decisión redistributiva que la garantice como bien social. Dicha construcción lleva implícita componentes de orden ético, técnico y político complejos que entrelazados y conducidos por el Estado requieren del desarrollo de políticas sociales y económicas basadas en principios de equidad solidaridad y justicia social que la enmarquen.

El desarrollo de una política pública de salud implica que el Estado asume un rol activo y explícito, como en el desarrollo del resto de políticas públicas orientadas a garantizar derechos humanos.

El desafío de la inclusión y la equidad en salud implica, entre algunas cuestiones, lograr el acceso a los servicios de salud con criterios de 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 del sector que en ejercicio de su gobernanza promueve y ejecuta acciones para garantizar el derecho a la salud y así contribuir a mejorar la calidad de vida y facilitar el desarrollo humano del conjunto de la población de la Provincia de Entre Ríos.

Visión

Se pretende lograr un Ministerio de Salud altamente competente, que ejerza su rectoría de manera democrática, que garantice una asistencia sanitaria integral, con intervenciones basadas en la evidencia científica e intervenga intersectorialmente para incidir sobre los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, atención- cuidado, promoviendo al mismo tiempo la activa participación ciudadana en la búsqueda de mejores condiciones de vida y de salud.

Objetivos estratégicos

El Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos tiene la responsabilidad de ejercer el rol de rectoría de todo sistema de salud, articulando objetivos, metas y acciones con los distintos subsectores, con el fin de alcanzar el mayor nivel de salud posible de su población.

De esta manera, el Ministerio de Salud siempre debe tener el desafío de asumir un rol central en la conducción del sector para consensuar y establecer prioridades de la política sanitaria a implementar en Entre Ríos.

Para alcanzar el objetivo - “la Salud del Pueblo” - debe articularse con el resto de objetivos estratégicos establecidos por el Gobierno Provincial e integrarse al desarrollo de procesos más amplios de participación democrática con otros organismos del Poder Ejecutivo, el Poder Legislativo, Universidades, Colegios de Profesionales, Sociedades Científicas, Organizaciones gremiales de los Trabajadores de Salud, representaciones del subsector privado y del sistema de obras sociales, gremios y usuarios, como así también, vincularse al resto de las políticas públicas nacionales que tengan que ver con el desarrollo humano y social.

Líneas estratégicas

Las implicancias más relevantes de la rectoría se refieren a:

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

POLÍTICA DE LA JURISDICCIÓN

(Viene de página anterior)

- . Construcción del marco legal, institucional y organizacional 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 dependencias, funciones y planificación de acciones definidas y consensuadas.
- . Fortalecimiento de la capacidad de gestión del MSER. Búsqueda activa y constante en mejorar la relación costo-efectividad de las inversiones de salud.
- . Previsión de gastos en prestaciones de alto costo y baja incidencia que administra la Dirección General de Prestaciones del MS.
- . Ampliación de las alianzas estratégicas sectoriales, intersectoriales e interjurisdiccionales a nivel municipal, provincial y nacional en el marco de las políticas sanitarias vigentes que faciliten el abordaje de los determinantes sociales de la salud en beneficio del conjunto de la población.
- . Establecimiento del Consejo Provincial de Salud como espacio de análisis, reflexión crítica y usina de ideas y proyectos que mejoren la calidad institucional, el proceso de atención y la democratización del sector,
- . Coordinación y regulación de la atención sanitaria que brinda el subsector privado, incluyendo instancias de complementación de prestaciones asistenciales locales y/o regionales.
- . Ampliación de las redes de atención existentes buscando articular esfuerzos con el subsector privado.
- . Articulación de premisas técnicas, mecanismos de pago de prestaciones, tiempos, estrategias, objetivos y metas sanitarias con el IOSPER.
- . Fortalecimiento y reordenamiento de la estructura orgánica de los efectores de la Red sanitaria oficial acorde a su nivel de riesgo, complejidad y capacidad resolutive.
- . Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el marco de 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 y vulnerada.
- . Sostenimiento y profundización de las acciones de vigilancia, promoción y prevención de la salud, diagnóstico, asistencia, tratamiento, seguimiento y rehabilitación en todos los niveles de atención.
- . Gestión de las políticas de salud orientada a la evaluación de procesos de gestión, de atención y de utilización de fondos relacionados con las metas e indicadores sanitarios acordes al perfil de salud de la población a cargo y de su área programática con base en el SADER.
- . Regularización necesaria del plantel de recursos humanos, particularmente de los escalafones enfermería y profesional, imprescindibles para optimizar las respuestas sanitarias desde los servicios y centrales en el proceso de transformación de modelos en marcha.
- . Incorporación progresiva de talento humano a partir de la generación de nuevos cargos que permitan ir ordenando la estructura de cuidado y atención de acuerdo a los niveles de riesgo hospitalario y subniveles definidos del Primer Nivel de Atención.
- . Gestión y desarrollo de una política de recurso humano que responda al tipo de demanda y al perfil de salud-enfermedad de la población promoviendo procesos de capacitación continua, de problematización de las prácticas y en el marco del trabajo en equipo.

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

POLÍTICA DE LA JURISDICCIÓN

(Viene de página anterior)

- . Sostenimiento y eventual ampliación de la estructura asistencial construida para atender la pandemia de COVID en los distintos niveles de atención pública asumiendo la responsabilidad de coordinar las estrategias y acciones sanitarias con el subsector privado que permitan un mejor desempeño del conjunto del sistema de servicios de salud.
- . Fortalecimiento del Plan rector de inmunización contra el SARS-CoV-2, en virtud de la inminencia de ampliar y reforzar cobertura con más dosis.
- . Fortalecimiento de las capacidades de gestión institucional y en la administración de los recursos físicos, administrativos, financieros y humanos de 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 con perspectiva de género y de derechos humanos.
- . Búsqueda de acuerdos y consenso en la organización e implementación operativa de una red integrada de servicios de salud acorde a las necesidades de salud enfermedad de la población haciendo efectiva la estrategia de Regionalización Sanitaria 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. Incorporación progresiva de la Historia Clínica Digital en el proceso de trabajo de los efectores que permita el seguimiento longitudinal de los pacientes que transiten por los diferentes niveles del sistema. Inversión en instalaciones, conexiones, diseños y equipamiento informático.
- . Incorporación de una Dirección de Monitoreo y Evaluación a la estructura del Ministerio de Salud que permita coordinar el sistema de información en salud oficial en marcha a través de la potenciación del desarrollo del SADER.
- . Desarrollo de mecanismos de supervisión, monitoreo y evaluación de los objetivos y acciones de salud en los diferentes niveles de gestión y de atención a partir del trabajo en conjunto de áreas técnicas del MS y los Programas de salud.
- . Generación de información para que la toma de decisiones tanto en el Ministerio de Salud como en los efectores sanitarios oficiales sean efectivas y eficientes y al mismo tiempo permitan establecer un equilibrio presupuestario.
- . Impulso en las acciones de capacitación, desarrollo tecnológico e investigación clínica y epidemiológica basada en la evidencia para la toma de decisiones adecuada y oportuna.
- . Fortalecimiento de las políticas, estrategias y programas de atención de salud perinatal, salud infantil y juvenil, salud de jóvenes y adultos con ECNT, salud de la tercera edad, salud sexual, reproductiva, no reproductiva, de género y diversidad sexual, salud mental y consumo de sustancias y discapacidad, en los tres niveles de atención.
- . Recuperación y ampliación de la cobertura del programa de inmunizaciones afectado en tiempos de pandemia.
- . Restitución de los controles de salud integral en todos los ciclos de vida retomando y priorizando acciones en los primeros 1000 días (implementación operativa de la Ley N° 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia).
- . Implementación en el marco del desarrollo de políticas de salud sexual, reproductiva, no reproductiva, de género y diversidad sexual de la Ley N° 27.610 de Acceso a la IVE / ILE en el sistema de servicios de salud.

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

POLÍTICA DE LA JURISDICCIÓN

(Viene de página anterior)

. Fortalecer el desarrollo del nuevo Complejo Integral de Salud Comunitaria de Paraná donde se conjugan tres establecimientos de salud en un mismo espacio físico: CAPS “Jorge Newbery” y Centro Integral de Salud Mental para las Juventudes con dos efectores: Centro de Día Comunitario y Dispositivo de Inclusión habitacional (denominaciones definidas en la reglamentación de la Ley N° 26.657 de Salud Mental Nacional).

. Desarrollo asistencial del primer ESSIT (Establecimiento de Salud Sin Internación de Tratamiento) “Centro de Atención Temprana de Problemas del Desarrollo Infantil” en Paraná y, de tres Servicios de Atención Temprana del Desarrollo Infantil en Hospitales Masvernat, Urquiza y Centenario de Concordia, Uruguay y Gualeguaychú, respectivamente.

-Creación del primer “Hogar Materno” en Paraná como componente de la Regionalización de la Atención Perinatal y complemento de una MSCF del Hospital Nivel III de riesgo PN (Fundación Banco Nación)..

-Creación del “Centro de Rehabilitación Integral” dependiente del Hospital “Pascual Palma” de Paraná (Fondos Nacionales del Impuesto al Cheque).

. Implementación de ampliaciones y construcción de nuevos edificios sanitarios como el nuevo Hospital “Santa Rosa” de Villaguay, nuevo “Laboratorio de Epidemiología”, nueva UTI de Adultos y de Pediatría en Hospital “J.J. Urquiza” de Uruguay, Terminación de las instalaciones edilicias de Hospitales de la Baxada “Teresa Ratto” de Paraná y Hospital del Bicentenario de Gualeguaychú.

INCIDENCIA FUTURA DE LAS POLITICAS PRESUPUESTARIAS

Continúa para el año 2022 la agenda abierta que pretende incrementar, modernizar y refuncionalizar la estructura edilicia de los servicios asistenciales del sector y, paralelamente mejorar, adecuar y transformar, tanto el modelo de gestión y organización imperante en las instituciones sanitarias oficiales, como el modelo de atención instaurado en los servicios de salud de los distintos niveles, para que, además de la búsqueda de mayor impacto sanitario, se optimice el uso de los recursos públicos y se potencien las capacidades de gestión y técnicas existentes.

Al mismo tiempo, se deberá repensar y decidir en torno al modelo de financiación y asignación presupuestaria, que también significa para la provincia profundizar procesos fiscales, financieros y económicos más progresivos y redistributivos para ir atenuando las injustas desigualdades sociales que amenazan el verdadero sentido de las instituciones democráticas y condenan el presente y el futuro de muchas familias entrerrianas.

Si se acuerda en otorgar a la salud el significado de bien social y constitutivo de sujetos, y por ello de bien público a tutelar por el Estado, la formulación de la política sanitaria deberá estar comprendida entonces dentro del marco de políticas sociales integrales y participativas y de un modelo de desarrollo económico nacional, democrático e inclusivo que acompaña y acompañe la provincia.

De esta manera, 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, puedan contribuir en conjunto a garantizar éste derecho humano fundamental y contribuyan al bienestar general de entrerrianos y entrerrianas.