



Provincia de Tierra del Fuego,  
Antártida e Islas del Atlántico Sur

# Plan de Salud 2008-2011

# Índice

|  |    |
|--|----|
| Introducción.....  | 3  |
| Los orígenes del sistema de salud.....                   | 3  |
| Una década de confusión.....                             | 4  |
| El colapso y sus secuelas.....                           | 5  |
| La situación actual.....                                 | 6  |
| Características sociodemográficas.....                   | 6  |
| Indicadores de salud.....                                | 7  |
| Servicios de salud.....                                  | 8  |
| El sector público.....                                   | 8  |
| Atención Primaria de la Salud.....                       | 8  |
| Consecuencias del insuficiente desarrollo de la APS..... | 9  |
| Situación edilicia de los hospitales.....                | 9  |
| Personal de Salud.....                                   | 10 |
| Producción de servicios.....                             | 10 |
| Situación económico-financiera.....                      | 11 |
| El sector privado y la articulación intersectorial.....  | 13 |
| Áreas específicas.....                                   | 14 |
| Salud mental.....  | 14 |
| Salud bucal.....   | 14 |
| Saneamiento ambiental.....                               | 15 |
| Medicamentos y tecnología médica.....                    | 15 |
| Fiscalización sanitaria.....                             | 15 |
| Derivaciones y evacuaciones.....                         | 16 |
| Emergencias y catástrofes.....                           | 16 |
| El marco legal.....                                      | 16 |
| Consideraciones finales.....                             | 18 |
| Objetivos del Plan de Salud 2008-2011.....               | 19 |
| Propuestas específicas.....                              | 19 |
| Principios generales.....                                | 19 |
| Función del Estado Provincial.....                       | 19 |
| Red prestacional.....                                    | 19 |
| Primer nivel de atención.....                            | 19 |
| Segundo y tercer nivel de atención.....                  | 21 |
| Modelo contable y administrativo.....                    | 22 |
| Modelo de gestión .....                                  | 22 |
| Organización.....  | 22 |
| Políticas de Personal en el sector Salud.....            | 22 |
| Políticas específicas.....                               | 23 |
| Materno-infantil.....                                    | 23 |
| Salud Mental y Adicciones.....                           | 23 |
| Accidentes.....  | 23 |
| Emergencias y catástrofes.....                           | 24 |
| Medicamentos y Tecnología Médica.....                    | 24 |
| Programas nacionales.....                                | 24 |
| Epidemiología e Información de la Salud.....             | 24 |
| Fiscalización Sanitaria.....                             | 24 |
| Discapacidad.....  | 25 |
| Tercera edad.....  | 25 |
| IPAUSS.....  | 25 |
| Marco Legal.....   | 25 |



*"Art. 53.- El Estado Provincial garantiza el derecho a la salud mediante acciones y prestaciones, promoviendo la participación del individuo y de la comunidad. Establece, regula y fiscaliza el sistema de salud pública, integra todos los recursos y concreta la política sanitaria con el Gobierno Federal, los gobiernos provinciales, municipios e instituciones sociales públicas y privadas."*

*Constitución de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.*

# **Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur**

## **Plan de Salud 2008-2011**

### **Introducción**

La historia del sistema de salud en Tierra del Fuego puede analizarse en tres etapas: los orígenes, los fuertes cambios que las políticas globales y nacionales impulsaron en la década de los noventa, y los acontecimientos de los últimos años. En cada uno de estos períodos se han combinado con peso variable las decisiones provinciales con la influencia de las políticas nacionales y mundiales.

### **Los orígenes del sistema de salud**

El actual sistema de salud fueguino nació de la mano del acelerado crecimiento demográfico que siguió a la política de promoción económica establecida por la Ley 19.640, a principios de la década del setenta. En sólo veinte años la población del entonces Territorio Nacional se cuadruplicó, demandando una expansión paralela de los servicios públicos.

El modelo elegido para este crecimiento fue el de una fuerte inversión en el sector público de la salud, incluyendo el desarrollo edilicio y la creación de un régimen de trabajo profesional basado en la dedicación exclusiva al hospital. A diferencia de lo que ocurría por esos años en la mayoría de las provincias argentinas, el sector público se constituyó en la referencia en salud para todo el espectro social.

El sector de prestadores privados y de la seguridad social tuvo un desarrollo más lento pero progresivo, con una clínica con internación en cada ciudad, algunos policlínicos, y las instalaciones del Hospital Naval dedicadas a la atención del personal de la fuerza.

En el contexto sanitario internacional surgió en 1978, a partir de la reunión de la OMS en Alma Ata, la definición de la Atención Primaria de la Salud como la estrategia que permitiría alcanzar la meta establecida de "Salud para todos en el año 2000". Se enfatizaban varios aspectos que el modelo hospitalario tradicional descuidaba: el énfasis en las medidas de promoción y prevención, el acceso universal, la cercanía al lugar de residencia y de trabajo, la continuidad de la atención, la participación comunitaria y el espíritu de autorresponsabilidad de la población por el cuidado de su salud.

Aunque todas las políticas sanitarias formuladas desde entonces incorporaron el discurso de la Atención Primaria, los progresos en esta dirección fueron lentos. Había que crear un modelo distinto a aquél en que se había formado la mayoría de los trabajadores de la salud. Los ejemplos traídos de otras realidades, aplicables a población rural geográficamente dispersa, no eran fácilmente trasladables a la población casi toda urbana de la Isla.

Así surgieron los "Centros Periféricos de Salud" en Río Grande y en Ushuaia, anunciando ya con su denominación que su papel en el sistema no se veía como "central" sino como accesorio. A pesar de la falta de un plan de trabajo para los Centros, estos se constituyeron con el tiempo en la referencia barrial para la demanda espontánea, los controles de salud y para actividades preventivas como la vacunación. En ausencia de un criterio ordenador, la actividad de cada centro dependió en gran medida de la dedicación y el carisma de su personal.

Cuando llegó la provincialización, a comienzos de la década del 90, el panorama era el de un sector de salud pública fuerte, con una recién aprobada Ley

de Carrera Sanitaria. Aunque ya existían diez de los trece Centros de Salud actuales, contando el de Tolhuin, el modelo de atención seguía fuertemente centrado en el hospital.

### **Una década de confusión**

Con los años noventa llegó con fuerza a la Argentina la ideología privatizadora que proponía desarmar las instituciones del "estado de bienestar" para ser reemplazadas por el libre funcionamiento del mercado. Con el argumento de la hipotética eficiencia de la empresa privada sobre la pública, se reemplazaba la ética de la solidaridad por el "sálvese quien pueda" del individualismo. Por detrás de la bonanza económica de la primera mitad de la década se acentuaron las diferencias sociales entre perdedores y ganadores de la nueva situación. Desde la crisis de 1995 y hasta culminar en el derrumbe de 2001-2002, el malestar fue creciente y terminó sumergiendo a la Argentina en una de sus mayores crisis.

Para el sector Salud de Tierra del Fuego la década trajo avances y retrocesos, mezclándose el impulso propio del sistema provincial con las novedades propuestas desde la Nación.

Entre los avances mencionemos la cobertura por concurso de las Direcciones de hospital, la incorporación de profesionales y actualización tecnológica de las distintas áreas de cuidados intensivos, de diagnóstico y tratamiento, la incorporación de diálisis, la obra del nuevo hospital de Río Grande.

En cuanto a la Atención Primaria, la capacitación de agentes sanitarios para desempeñarse en los Centros de Salud fue otro paso en su desarrollo, incorporando un contingente de trabajadores con capacidad para acercar hasta las viviendas la función de relevamiento de las necesidades de salud y de intervención para solucionarlas. Pero la falta de un plan hizo que en muchos casos no se diera la necesaria articulación entre los miembros del equipo de salud de Atención Primaria, y se frustrara de este modo la eficacia del accionar conjunto.

En la lista de retrocesos se cuenta la aplicación del modelo de descentralización propuesto a nivel nacional como "Hospital de Autogestión", que permite cobrar en forma directa al usuario por la atención médica que recibe, salvo que tenga cobertura social o demuestre ser indigente. Esta medida que nos hace retroceder a la "salud pública para pobres" de principios del siglo XX, está todavía operativa en los hospitales de la Provincia.

El funcionamiento de los Consejos de Administración que gerenciaron estos hospitales descentralizados careció de la independencia necesaria. La recaudación a las obras sociales no ingresaba al hospital, sino que pasaba a las cuentas generales de Gobierno, de donde volvía con dificultad. Las previsiones presupuestarias para el funcionamiento de los hospitales no se cubrieron más que en una mínima parte, obligando a administrar la escasa recaudación como única fuente de liquidez.

Después de los concursos de 1994, la carrera sanitaria no volvió a aplicarse. La dificultad para cubrir la escala salarial prevista por la Ley hizo que se optara por no aprovechar los aspectos de concursos, calificaciones, régimen de trabajo, que podrían haber dado un impulso a la organización de los trabajadores del sector. Se derogó finalmente en 1999.

Al finalizar la década la Provincia estaba quebrada. El nuevo gobierno inició su gestión con una reducción de un tercio en el sueldo de los empleados públicos, que se compensó con una reducción equivalente del horario de trabajo, restringiendo así la oferta de servicios sanitarios.

El balance de los noventa para la salud pública fueguina fue claramente negativo. La atención quedó supeditada a la capacidad de pago o demostración de pobreza, el abandono de la responsabilidad estatal se presentó como descentralización, los horarios de trabajo de todo el personal reducidos en una

tercera parte, la carrera sanitaria derogada. El censo 2001 mostró que la población había aumentado un 46% en 10 años, pero sólo se habían incorporado en ese lapso dos nuevos centros de salud.

### **El colapso y sus secuelas**

Menos de dos años después de la crisis provincial de 1999-2000 se produjo el derrumbe del gobierno de la Alianza, seguido por la brusca salida de la convertibilidad. Los dos años subsiguientes marcaron el peor momento de la Argentina contemporánea, en el que toda la sociedad fue alcanzada por la pérdida del poder adquisitivo, con niveles inéditos de pobreza y desempleo. A partir de 2004 comenzó una progresiva recuperación, de la mano de un acelerado crecimiento económico, favorecido por la mejora constante de los precios internacionales de los productos que exporta el país.

En la Provincia, la etapa de estabilización y recuperación estuvo signada por el reclamo gremial para recomponer la caída del poder adquisitivo del salario. En ausencia de un marco legal para la actividad sanitaria, cada sector de la salud negoció por separado sus condiciones laborales, obteniendo tanto mejoras del sueldo como ventajas específicas en su régimen de trabajo. Esta modalidad prolongó los conflictos gremiales, que se extendieron a lo largo de meses, y resultó en beneficios desiguales, fuente de nuevos conflictos. La agenda de políticas sanitarias quedó postergada frente a la recurrente disputa con el personal de salud.

A pesar de algunas idas y vueltas, no se avanzó en la discusión de una nueva carrera sanitaria, quizá porque cada sector privilegió las supuestas ventajas de negociar por separado sus condiciones de trabajo.

La relativa bonanza de los últimos años permitió incorporar nuevos trabajadores al estado provincial, con consecuencias diversas. Por un lado, se suplieron carencias largamente demoradas de personal de salud en ambos hospitales. Por otro lado, el ingreso masivo de agentes sin calificación específica a través de los "Megapases" llevó a la situación actual, donde aún quedan sin resolver necesidades de personal con capacitación específica.

No hubo cambios en el rumbo elegido para la financiación hospitalaria. El cobro directo al público se consolidó como un hecho natural, frente a los mínimos aportes presupuestarios para gastos de funcionamiento.

Ha sido lento y desigual el proceso de informatización hospitalaria. La gestión de turnos, historias clínicas, sistemas de provisión de insumos y de facturación no está acorde a la complejidad de estas instituciones; su mejora es un requisito indispensable para optimizar la calidad de la administración.

La decisión del IPAUSS de tercerizar la administración de los fondos para la atención de la salud en manos de empresas que son a la vez propietarias de los efectores de salud privados de la Provincia, produjo cambios sustanciales en el sector. Los recursos así gestionados permitieron un notable crecimiento de la infraestructura y organización de algunos prestadores privados. Al mismo tiempo, el sistema público de salud vio mediada su relación con el IPAUSS a través del administrador privado de la cápita, en un juego del que siempre salió perdedor. El propio IPAUSS disminuyó su capacidad de supervisión y de gestión, llegando a la encrucijada actual en la que enfrenta la necesidad de revertir la situación alcanzada, pero encuentra debilitada la estructura organizativa que le permita sustentar su menú de opciones.

El desarrollo de la infraestructura sanitaria pública siguió retrasado en relación al continuo aumento de la población provincial.

Este breve repaso del desarrollo del sistema de salud fueguino permite contextualizar la situación actual, que se describe a continuación.

## **La situación actual:**

Para presentar el estado actual de la salud fueguina se describirán brevemente algunos de sus indicadores, seguidos por el análisis de los servicios de salud y de las políticas específicas del sector.

## **Características sociodemográficas:**

En comparación con la media nacional, la Provincia tiene una población joven y en rápido crecimiento. Según estimaciones que realiza el INDEC para el año 2008 a partir de los datos del último censo, la población se distribuirá de la siguiente manera:

| <b>Varones</b> | <b>Mujeres</b> | <b>Total</b> |
|----------------|----------------|--------------|
| 64.233         | 61.979         | 126.212      |

| <b>Grupo de Edad</b> | <b>Porcentaje</b> |
|----------------------|-------------------|
| Menor de 10 años     | 20 %              |
| 10 a 19 años         | 21 %              |
| 20 a 34 años         | 22 %              |
| 35 a 44 años         | 16 %              |
| 45 a 64 años         | 17 %              |
| 65 años y más        | 4 %               |

Es notable el bajo porcentaje de mayores de 65 años en comparación con la media nacional del 10%.

| <b>Indicadores socioeconómicos (INDEC)</b>          | <b>Tierra del Fuego</b> | <b>R.Argentina</b> |
|---|-------------------------|--------------------|
| Alfabetismo en pob. de 10 y más años (2001)         | 99,33%                  | 97,35%             |
| Necesidades Básicas Insatisfechas (2001)            | 15,5%                   | 14,3%              |
| Población por debajo de la línea de pobreza (2006)  | 5,6%                    | 31,4%              |
| Hogares por debajo de la línea de pobreza (2006)    | 4,8%                    | 23,1%              |
| Población por debajo de línea de indigencia (2006)  | 1,6%                    | 11,2%              |
| Hogares por debajo de la línea de indigencia (2006) | 1,6%                    | 8,0%               |

Si bien los datos del censo 2001 ya pueden estar desactualizados, obsérvese el contraste entre el porcentaje de población con necesidades básicas insatisfechas similar a la media nacional y las bajas cifras de pobreza e indigencia, atribuibles a los sueldos comparativamente elevados.

Algunos indicadores de recursos sanitarios muestran lo siguiente:

| <b>Indicador (2000 - INDEC)</b> | <b>Tierra del Fuego</b> |               | <b>R.Argentina</b> |
|---------------------------------|-------------------------|---------------|--------------------|
|                                 | Total                   | Por 1.000 hab | Por 1.000 hab      |
| Médicos                         | 336                     | 3,3           | 3,4                |
| Camas de internación            | 286                     | 2,8           | 4,2                |
| Establecimientos asistenciales  | 37                      |               |                    |



|   |   |
|---|---|
| Establecimientos con internación          | 7 |
| Establecimientos públicos con internación | 3 |

Es de destacar que el número de camas de internación cada mil habitantes en Tierra del Fuego ya era inferior a la media nacional en el año 2000, y no ha aumentado desde entonces en forma proporcional al incremento de la población.

Según el Censo 2001, el 30,1% de la población fueguina carecía de cobertura de obra social o prepago, frente al 48,1 % del total del país.

| <b>Condición de Actividad (1º sem. 2007) – INDEC</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|-------------------|
| Tasa de actividad                                    | 48,2%             |
| Tasa de empleo                                       | 44,2%             |
| Tasa de desocupación                                 | 8,2%              |

La principal rama de actividad de la población ocupada es la de servicios, con franco predominio del empleo público.

### **Indicadores de salud:**

La siguiente tabla resume algunos indicadores seleccionados, comparando la Provincia con el promedio nacional.

| <b>Indicador</b>   | <b>Tierra del Fuego</b> | <b>R. Argentina</b> |
|--|-------------------------|---------------------|
| Mortalidad Infantil 0 a 1 año (por 1.000 nacidos vivos)* | 6,7                     | 14,4                |
| Mortalidad 1 a 4 años (por 1.000 niños de 1 a 4 años)*   | 0,9                     | 0,6                 |
| Mortalidad Materna (por 10.000 nacidos vivos)            | 4,6                     | 4,0                 |
| Esperanza de Vida al nacer Hombres (años)*               | 72,86                   | 70,04               |
| Esperanza de Vida al nacer Mujeres (años)*               | 76,96                   | 76,74               |

\* 2004 – Ministerio de Salud de la Nación

Tierra del Fuego tiene una mortalidad infantil inferior a la media nacional, con frecuencia la más baja entre todas las jurisdicciones provinciales. Esto se atribuye al buen seguimiento del embarazo, el parto y el primer año de vida del niño, un resultado muy ligado al desarrollo y desempeño del sistema de salud.

Las tasas de mortalidad para niños y adolescentes son similares al promedio nacional, y muestran un claro predominio de las causas externas, constituyendo un problema que merece atención prioritaria.

En lo que respecta a la mortalidad general se observa, como en el resto del país, que las principales responsables son las enfermedades cardiovasculares, las neoplasias, las muertes de causa externa y las enfermedades infecciosas. En comparación con la media nacional, las causas externas (incluyendo accidentes, suicidios y homicidios) tienen mayor peso y la mortalidad cardiovascular un impacto menor.

| <b>Principales causas de mortalidad (2004)*</b> | <b>Tierra del Fuego</b> | <b>R. Argentina</b> |
|---|-------------------------|---------------------|
| Enfermedades cardiovasculares                   | 24,6%                   | 30,4%               |
| Tumores   | 22,7%                   | 19,9%               |
| Enfermedades infecciosas                        | 10,6%                   | 9,7%                |
| Causas externas                                 | 8,7%                    | 6,4%                |
| Todas las demás                                 | 33,5%                   | 33,6%               |

\* Ministerio de Salud de la Nación. Calculado sobre tasas ajustadas por edad.

Los factores de riesgo cardiovascular son muy frecuentes en nuestra provincia, como en el resto del país; las acciones de detección y tratamiento de los mismos, junto con las medidas de prevención y diagnóstico precoz de las neoplasias, constituyen un desafío para la estrategia de atención primaria.

La magnitud de las muertes por causas externas requiere profundizar las acciones desarrolladas para la prevención en el ámbito de la escuela, los hogares, el trabajo y la vía pública.

### **Servicios de salud:**

#### **El sector público:**

Como consecuencia del proceso que se describe en la Introducción, la Atención Primaria no ha logrado consolidarse hasta la fecha como eje del sistema público de salud. Por el contrario, el modelo de atención actual está centrado en los hospitales, predominando la demanda espontánea sobre la programada, con alta proporción de consultas a la guardia e insuficiente oferta en la mayoría de las especialidades. A esto se agrega la barrera que genera el cobro directo de los aranceles hospitalarios.

La incorporación de nueva tecnología médica en la Provincia viene siendo liderada por el medio privado, condicionando los pasos del subsector público en la adquisición de su propio equipamiento, en un intento por acotar la suba de precios.

A continuación se reseñan los principales problemas detectados.

- Atención Primaria de la Salud:

Tomando en cuenta las proyecciones poblacionales para el año 2008 y los recursos actualmente dedicados a la Atención Primaria, se obtienen los siguientes datos:

|   | <b>Río Grande</b> | <b>Tolhuin</b> | <b>Ushuaia</b> |
|---|-------------------|----------------|----------------|
| Población estimada 2008 (sobre datos INDEC) | 65.000            | 4.000          | 57.000         |
| Nº de CAPS                                  | 6                 | 1              | 5*             |
| Habitantes por CAPS                         | 11.500            | 4.000          | 11.400         |
| Médicos en CAPS cada 1000 habitantes        | 0,17**            | 1,5            | 0,3**          |

\*El CAPS Nº3 está cerrado por refacciones.

\*\* El valor es aún menor, porque en muchos casos los médicos cubren guardias en el hospital.

Se observa un marcado déficit de profesionales asignados a la Atención Primaria en los CAPS, muy lejos de los estándares usuales.

Los Centros de Atención Primaria de Salud no han acompañado el crecimiento de la población de la isla. En los últimos 10 años sólo se han inaugurado dos nuevos CAPS, ambos en Río Grande. La situación actual por localidad es la siguiente:

| <b>Localidad</b> | <b>CAPS</b> | <b>Observaciones</b>  |
|------------------|-------------|---|
| Río Grande       | 6           | Los CAPS Nº4 y 6 funcionan en instalaciones de centros vecinales.   |
| Tolhuin          | 1           | Incluye laboratorio de análisis clínicos, radiología, cuatro camas de internación para observación y un "shock room". Hace falta optimizar el espacio dedicado a la atención ambulatoria. |
| Ushuaia          | 6           | El CAPS Nº 2 está cerrado por refacciones, funcionando desde 2003 en un local alquilado. El CAPS Nº3 está cerrado por refacciones desde febrero de 2007.                                  |

Resulta prioritario aumentar el número de centros y mejorar las instalaciones de los actuales. Todos los CAPS necesitan modificaciones,

reparaciones y ampliaciones. Es necesario planificar la cobertura territorial de los nuevos barrios.

La mayoría del personal de los CAPS, aun trabajando exclusivamente en los mismos, depende administrativamente de la Dirección de los hospitales.

El personal cuyo lugar de trabajo principal es el Centro de Salud se distribuye de la siguiente manera:

|  | <b>Río Grande</b> | <b>Tolhuin</b> | <b>Ushuaia</b> |
|--|-------------------|----------------|----------------|
| Médicos Generales  | 10                | 5              | 14             |
| Médicos Pediatras  | 1                 | 1              | 5              |
| Enfermeros   | 13                | 7              | 13             |
| Agentes Sanitarios   | 16                | 1              | 16             |
| Administrativos  | 22                | 9              | 22             |
| Personal de Mantenimiento  | 8                 | 8              | 10             |
| Técnicos en Minoridad  | 0                 | 0              | 4              |
| Otros: Psicólogos, kinesiólogos, bioquímicos, técnicos, odontólogos. | 1                 | 6              | 6              |

Además brindan atención en los CAPS con tiempo parcial: pediatras, ginecólogos, obstétricas, odontólogos, trabajadores sociales, fonoaudiólogos.

Hay un desarrollo incipiente de la informatización de los Centros de Salud, tanto en Río Grande como en Ushuaia, generadores de datos estadísticos y epidemiológicos; es necesario sistematizar y generalizar este proceso.

- Consecuencias del insuficiente desarrollo de la APS:

Las acciones comunitarias de promoción y prevención realizadas a partir de los CAPS se ven limitadas por la desproporción existente entre el personal y la población a cargo, lo que impide asimismo avanzar en la adscripción nominalizada de población al Centro.

Al no estar definido el rol del médico de cabecera, la atención se fragmenta, perdiendo su continuidad e integralidad, así como las oportunidades para la prevención.

La dependencia de la mayor parte del personal de los CAPS de la Dirección del hospital hace que a menudo se vean reclamados para cubrir las necesidades de este último.

La marcada limitación de oferta prestacional en la que debería ser la puerta natural de acceso al sistema de salud genera una excesiva presión sobre las guardias y consultorios externos de los hospitales. La evidente limitación que muestran estos para satisfacer la demanda espontánea se origina en la necesidad de asumir gran parte del primer nivel de atención. La situación se acentúa por la carencia de profesionales, de espacio físico, y por la insuficiente organización del recurso humano y de la gestión de turnos.

Por último, la gestión sanitaria en su conjunto ha carecido de una instancia de planificación estratégica global y sectorial, tanto de los servicios asistenciales directos, como de los complementarios o de apoyo.

- Situación edilicia de los hospitales:

La nueva obra del Hospital Regional de Río Grande se comenzó hace 14 años y ha progresado en forma discontinua por falta de financiamiento, al punto que el proyecto original ya no cubre en algunos casos las necesidades actuales de los servicios. Todavía es necesario un importante aporte de capital para completar la obra proyectada.

La población de Ushuaia se ha duplicado en los 20 años transcurridos desde la inauguración del "Hospital Nuevo". A pesar de las refacciones y ampliaciones fragmentarias implementadas a lo largo del tiempo, la falta de espacio para atención ambulatoria y de internación ha llegado a un nivel crítico, que limita la oferta de atención.

- Personal de Salud:

La planta de trabajadores del Ministerio de Salud (2007) se distribuye de la siguiente manera:

| <b>Sector</b>    | <b>Río Grande</b> | <b>Tolhuin</b> | <b>Ushuaia</b> | <b>Total</b> | <b>Porcentaje</b> |
|------------------|-------------------|----------------|----------------|--------------|-------------------|
| Profesional      | 165               | 9              | 190            | 364          | 20%               |
| Enfermero        | 141               | 8              | 168            | 317          | 17%               |
| Técnico          | 56                | 2              | 63             | 118          | 6%                |
| Auxiliar         | 27                | 1              | 25             | 53           | 3%                |
| Agente Sanitario | 16                | 1              | 16             | 33           | 2%                |
| Administrativo   | 225               | 11             | 303            | 539          | 29%               |
| Maestranza       | 200               | 15             | 169            | 384          | 21%               |
| Otro             | 6                 | 0              | 9              | 15           | 1%                |
| <b>TOTAL</b>     | <b>838</b>        | <b>47</b>      | <b>948</b>     | <b>1833</b>  | <b>100%</b>       |

Del total de trabajadores que se desempeñan actualmente en el sector salud, el 53% ingresó a partir de 2004, principalmente personal administrativo y de maestranza incorporado con el Megapase. Esto generó la situación actual, caracterizada por una sobredimensión de la planta de personal sin capacitación específica mientras persisten las necesidades no cubiertas en áreas especializadas.

Los mecanismos de selección de personal han sido poco rigurosos, permitiendo la incorporación de agentes sin la capacitación deseable para el cargo e incluso, en alguna ocasión, sin título habilitante.

En ausencia de un marco legal para realizar concursos, los cargos de conducción de la mayoría de las áreas se han asignado en forma discrecional, con la consecuencia de ser a veces mayor el compromiso hacia la parcialidad política que con las necesidades del servicio. Esto lleva a una profunda desmotivación del recurso humano, sometido a conducciones incoherentes, fragmentadas y a menudo consideradas ilegítimas.

La falta de Carrera Sanitaria y de una política salarial y escalafonaria coherente, ha permitido que las pujas sectoriales llevaran a una evolución anárquica de las condiciones de trabajo y de los conceptos que integran el salario de los distintos sectores del área Salud.

No se ha desarrollado hasta el momento una estrategia de capacitación que abarque al total de los agentes, con planes acordes a las prioridades de desarrollo de los servicios y a las necesidades y preferencias de cada trabajador.

- Producción de servicios:

La actividad de los CAPS y de los hospitales se refleja en sus estadísticas de atención. A continuación se presentan algunos indicadores destacados de la atención ambulatoria y de internación:

| Indicador                             | Río Grande*            | Ushuaia | R. Argentina** |
|---------------------------------------|------------------------|---------|----------------|
| Total consultas ambulatorias (2006)   | 244.922                | 240.996 |                |
| Consultas/habitante/año (2006)        | 3,84                   | 4,38    | 2,7            |
| Distribución de las consultas***      | por Guardia            | 33%     | 28%            |
|                                       | En Consultorio Externo | 43%     | 47%            |
|                                       | en CAPS                | 25%     | 25%            |
| Total de egresos hospitalarios (2005) | 3.634                  | 3.219   |                |
| Egresos/1.000 habitantes/año (2005)   | 58                     | 61      | 63             |

Fuente: Dirección de Epidemiología e Información de la Salud.

\*Incluye las consultas de Tolhuin. \*\* INDEC, 2004. \*\*\*Puede sumar más del 100% por redondeo de cifras.

Obsérvese que los niveles de actividad del sector público son muy parecidos en las dos ciudades, brindando unas 4 consultas anuales por habitante, valor superior al de la media nacional. El índice de egresos hospitalarios en el sector público es similar al promedio del país.

Se destaca el escaso porcentaje de respuesta a la demanda ambulatoria que se canaliza a través de los CAPS, con la consiguiente insatisfacción crónica de la demanda de atención.

- o Situación económico financiera

a) MINISTERIO DE SALUD:

|  |                         |
|--|-------------------------|
| El análisis de la gestión presupuestaria del Ministerio de Salud para el ejercicio 2007 muestra los siguientes resultados: |                         |
| CREDITO VIGENTE (Ley 723 con modificaciones presupuestarias)   | \$ 166.042.753.- (100%) |
| PARTIDA PERSONAL.....  | \$ 131.195.303.- (79 %) |
| RESTO.....   | \$ 34.847.450.- (21%)   |
| <b><i>PRESUPUESTO EJECUTADO AL 17/12/07 - SIN CONTEMPLAR PARTIDA PERSONAL Y S/ TRANSFERENCIAS</i></b>                      |                         |
| CREDITO VIGENTE.....   | \$ 34.847.450.- (100%)  |
| TRAMITADO CONTRATACIONES.....  | \$ 17.391.772.- (50%)   |
| SIN UTILIZAR.....  | \$ 17.455.678.- (50%)   |

*TRAMITACIONES FINALIZADAS AL 17-12-07 CON LA RESPECTIVA  
"CONTRAPRESTACIÓN"*

MONTO TRAMITADO..... \$ 17.455.678.- (100%)

ENTREGADO..... \$ 9.591.554.- (55 %)

**En conclusión:** de un presupuesto de 35 millones de pesos para satisfacer todas las necesidades de la salud pública (sin contemplar el monto que corresponde a salarios y transferencias-ayuda a personas), al 17/12/07, sólo se ha efectivizado la operación en 9,6 millones de pesos, es decir, un 28 %.

Las causas posibles incluyen:

- El circuito de compras vigente es ineficiente, llevando a que tramitaciones normales y habituales, demoren meses.
- El jurisdiccional de compras vigente somete el manejo del presupuesto al Ministerio de Economía, ya que cualquier tramitación tiene que ser aprobada por funcionarios de esa cartera.
- La centralización de todas las compras y contrataciones en la órbita de la Secretaría de Contrataciones y Abastecimiento, deja al libre albedrío del funcionario de turno de esa área la definición de prioridades.
- El aumento de sueldos, sin que la Legislatura haya aprobado un incremento del monto total del presupuesto, llevó a que el Ejecutivo provincial derivara partidas presupuestarias para poder contar con saldos disponibles y utilizarlos en sueldos.
  - El presupuesto aprobado, no se corresponde con los ingresos reales y consecuentemente con la realidad financiera de la Provincia.

b) INCUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVA VIGENTE

- La gran mayoría de las contrataciones que realiza actualmente el Ministerio se aparta de los postulados de la normativa vigente (Ley N° 6), ya que se tramitan gastos ya ejecutados, con imputaciones posteriores a la efectiva prestación del servicio.
- Operaciones normales y habituales se tramitan en su gran mayoría amparadas en razones de urgencia.
- No existen convenios con instituciones o prestadores de servicios de la Provincia, o del orden nacional, para las prestaciones que no se realizan dentro del ámbito público, obligando cotidianamente a tramitaciones azarosas y de mayor costo.

c) CADENA DE PAGOS ROTA

No hay oferentes, las únicas cotizaciones en muchos casos son a precios abusivos. Existen proveedores de insumos importantes (de los cuales en principio somos cautivos ya que el equipamiento fue dejado en comodato por estos), que ni siquiera le venden actualmente a los hospitales, más allá de que tengan los recursos para comprar prácticamente de contado, debido a que como el Ministerio

mantiene deudas (en muchos casos de más de un año) se interrumpió el suministro hasta que se haga efectivo el pago.

d) SISTEMAS DE INFORMACION

Otro grave problema es la falta de información confiable y oportuna. Del cruce de los datos generados desde el Ministerio de Salud con los que brinda el SIGA, surgen notorias diferencias en cuanto a gastos que se encuentran devengados y que aún no han sido registrados en el sistema contable de la Provincia; consecuentemente, existe más deuda de la informada por Economía. Asimismo, no existe información al día en la órbita del Ministerio, ya que para contar con cualquier dato actualizado tienen que rastrear expedientes y estado de los mismos por distintas áreas.

e) DEUDAS RELEVADAS (con las limitaciones señaladas en el punto anterior)

Podemos detallar las deudas ciertas al 20/11/2007 (faltan las correspondientes a ejercicios anteriores y lo que no está registrado):

|  |                |
|--|----------------|
| Del Ministerio de Salud con orden de pago al 01/11/07  | \$ 3.159.357.- |
| BS. AS. según registro de la SRO (sin orden de pago)   | \$ 1.111.500.- |
| Devengado sin orden de pago según SIGA (del ejercicio) | \$ 1.830.000.- |

f) HOSPITALES

Analizando la información disponible desde la óptica de los Hospitales, se observa lo siguiente:

| <b>GESTION PRESUPUESTARIA HOSPITAL REGIONAL USHUAIA – EJERCICIO 2007</b>          |                  |
|---|------------------|
| <i>PROVENIENTE TESORO PROVINCIAL SIN CONTEMPLAR PARTIDA PERSONAL-</i>             |                  |
| CREDITO VIGENTE<br>(100%)   | \$ 8.723.775.- ( |
| SE HAN INICIADO TRAMITACIONES<br>(73%)  | \$ 6.398.859.- ( |
| SIN UTILIZAR<br>(27%)   | \$ 2.324.916.- ( |
| <u>TRAMITACIONES FINALIZADAS AL 17-12-07 CON LA RESPECTIVA "CONTRAPRESTACIÓN"</u> |                  |
| MONTO TRAMITADO<br>(100%)   | \$ 6.398.859-    |
| ENTREGADO<br>(34%)  | \$ 2.182.805.- ( |
| <b>GESTION PRESUPUESTARIA HOSPITAL REGIONAL R. G – EJERCICIO 2007</b>             |                  |
| <i>PROVENIENTE TESORO PROVINCIAL SIN CONTEMPLAR PARTIDA PERSONAL-</i>             |                  |
| CREDITO VIGENTE<br>(100%)   | \$ 7.552.520.- ( |
| SE HAN INICIADO TRAMITACIONES<br>(78%)  | \$ 5.886.388- (  |
| SIN UTILIZAR<br>(22%)   | \$ 1.666.132- (  |

| <u>TRAMITACIONES FINALIZADAS AL 17-12-07 CON LA RESPECTIVA "CONTRAPRESTACIÓN"</u> |                |
|---|----------------|
| MONTO TRAMITADO (100%)  | \$ 5.886.338.- |
| ENTREGADO (53%)   | \$ 3.110.222.- |
| <b>GASTOS EJECUTADOS CON RECURSOS PROPIOS AUTOGENERADOS</b>                       |                |
| HOSPITAL REGIONAL USHUAIA   | \$ 4.332.223.- |
| HOSPITAL REGIONAL RIO GRANDE  | \$ 5.117.756.- |

**En conclusión:** Al 17 de diciembre de 2007, sin contemplar la masa salarial, la inversión realizada para el sostenimiento de los hospitales provinciales alcanzó el monto total de \$14.743.000.- Asimismo, es de destacar, que el 65 % del monto invertido, se corresponde a recursos propios autogenerados por los nosocomios.

Del total de recursos autogenerados por los hospitales, el cobro directo de aranceles por ventanilla representa aproximadamente al 10%.

|  |                 |
|--|-----------------|
| g) <u>TRANSFERENCIAS ( AYUDA A PERSONAS )</u>                    |                 |
| CREDITO VIGENTE (Ley 723 c/modificaciones presupuestarias) ..... | \$ 12.864.587.- |
| MONTO c/CONTRAPRESTACIÓN EFECTIVA .....                          | \$ 7.708.846.-  |

### **El sector privado y la articulación intersectorial**

El sector privado de la salud evolucionó dando respuesta a buena parte de la demanda ambulatoria, con desarrollo de algunas especialidades y de prácticas de alta complejidad ausentes en el sector público, aunque con limitada capacidad de internación.

A partir del gerenciamiento del IPAUSS, las dos principales clínicas de la Provincia crecieron de manera rápida y se encuentran en un proceso acelerado de fusión, aumentando considerablemente su capacidad de determinar el modelo prestacional.

No ha existido hasta la fecha una política de definición de redes de prestación con los distintos efectores públicos y privados, bajo un concepto de desarrollo racional de la capacidad instalada y de la incorporación de nuevas tecnologías.

La articulación de las actividades de promoción y prevención con los municipios tiene un desarrollo incipiente, fundamentalmente a partir de la propuesta nacional de proyectos de municipios saludables. Para que este proceso se consolide es necesario que las autoridades políticas definan las competencias respectivas y acuerden los mecanismos de coordinación.

Con respecto al IPAUSS, el reciente cambio de autoridades ofrece un escenario propicio para acordar políticas conjuntas.

### **Áreas específicas:**



Se revisarán a continuación los aspectos destacados de la situación actual y de las políticas implementadas en diversas áreas específicas de la salud.

### **Salud Mental y Adicciones:**

A pesar de que hay poca información epidemiológica sobre la salud mental (SM) en la Provincia, es notorio el incremento de indicadores de malestar y/o enfermedad psíquica (suicidios, intentos de suicidio, violencia, adicciones, psicopatología, accidentes, crisis familiares, malestar laboral y social, entre otros).

La demanda recibida es a menudo expresión inespecífica de malestar, que traduce la falta de redes de contención social, en parte debida a la condición migratoria de nuestra sociedad.

Por otro lado, la demanda de atención a los servicios de SM de los hospitales supera ampliamente la oferta, contribuyendo al desborde y a la desorganización de los recursos. Entre sus causas podemos citar la falta de desarrollo del primer nivel de atención, así como la peculiar distribución de los efectores de SM (menos del 20% de los psicólogos trabaja en Salud, la mayoría lo hace en Educación).

Hay un déficit de dispositivos adecuados para pacientes con patologías severas, agudas y/o crónicas (psicosis, demencias, etc.), particularmente en Río Grande. En Ushuaia se está desarrollando la modalidad de Hospital de día, con resultados promisorios.

Es deficiente la coordinación entre las instituciones de Salud, Educación y Desarrollo que atienden la salud mental, lo que implica superposición de asistencias de los mismos casos, y/o constantes derivaciones interinstitucionales, sin atención efectiva. Falta también una política de capacitación y supervisión institucional.

Se realizan insuficientes actividades de prevención de problemas psicosociales abordando temas como adicciones, violencia, suicidio, y de promoción de la salud sexual y reproductiva.

En el área de adicciones predomina el paradigma *abstencionista* sobre el de *reducción de daño y riesgo*, quedando sin respuesta sanitaria aquellos que no pueden dejar de consumir, perdiendo así la oportunidad de prevención secundaria. Hay una asimetría importante a favor de Ushuaia en instalaciones y personal especializado, siendo mínimo el desarrollo en Río Grande. Se encuentran en malas condiciones las instalaciones de ambos centros de asistencia.

Hay falta de homogeneidad en la situación de revista del personal que se desempeña en el área de Adicciones, generando situaciones de desigualdad e inestabilidad laboral.

Los jóvenes con adicción a drogas con internaciones prolongadas fuera de la Provincia, tienen además el problema del desarraigo familiar y social, que podría resolverse con el desarrollo local de la capacidad prestacional apropiada.

Aunque existe desarrollo de instituciones del ámbito privado dedicadas a tratar adicciones, sería beneficioso incluirlos en un programa estratégico provincial en este campo.

### **Salud Bucal**

El Programa Provincial informa un alto porcentaje de patología bucodental en niños y embarazadas. La escasa conciencia preventiva en la población general requiere multiplicar las acciones dentro y fuera de los servicios de salud.

La provisión de agua corriente en la Provincia requiere la suplementación con flúor, que no se ha sostenido adecuadamente en los últimos años especialmente en Ushuaia.

### **Saneamiento Ambiental:**

En los últimos años se multiplicaron en la Provincia los asentamientos en condiciones precarias, estimándose en 1800 personas en la Margen Sur de Río Grande y unas 2000 viviendas en Ushuaia, que en general no cuentan con agua corriente, desagües cloacales ni red de gas. Este es un tema prioritario para articular entre los Ministerios de Desarrollo Social y Salud, los municipios y las empresas de servicios sanitarios.

### **Medicamentos y Tecnología:**

La Provincia viene brindando cobertura del 100% para los medicamentos de pacientes sin obra social a través de farmacias convenidas, en base a un listado de fármacos, y autorizaciones a cargo de los servicios sociales hospitalarios. Sin embargo, el sistema tiene muchas deficiencias:

- El padrón de beneficiarios no está actualizado.
- Se prescribe fuera de vademécum, no hay una política de uso racional de medicamentos.
- La auditoría médica es discontinua y no tiene normas establecidas para autorizaciones fuera de vademécum.
- Se autorizan medicamentos que se podrían proveer a través de planes nacionales, tal es el caso del Remediar, desaprovechando recursos.
- No existe auditoría farmacéutica de ningún tipo, detectándose dispensas que no se corresponden con la prescripción.
- La provisión de medicamentos es realizada a través de un convenio con un único prestador de la Provincia. A pesar de incluir un descuento del 22% por pago a 30 días, la imposibilidad sistemática de pagar en término hace que la Provincia pierda este beneficio y termine comprando medicamentos por alrededor de \$5.000.000 anuales al precio que establece el Manual Farmacéutico para la compra individual.
- No hay información relacionada con prescripción, auditoría, provisión y consumo.
- Se proveen los medicamentos oncológicos, las insulinas y otros fármacos de alto costo a través de las farmacias convenidas, cuando los mismos pueden gestionarse con importantes descuentos a través de los efectores propios.

La incorporación de tecnologías no ha respondido hasta la fecha a una política explícita en el ámbito provincial, que contemple el crecimiento del sector público en ambas ciudades y se articule con el del medio privado.

### **Fiscalización Sanitaria**

En el área de Fiscalización Sanitaria se detectan algunos problemas, que se analizan brevemente a continuación.

- Reconocimientos médicos y Medicina ocupacional

En los últimos años dejaron de llevarse a cabo acciones tendientes a priorizar el verdadero rol de la medicina laboral u ocupacional. El Estado no está cuidando de manera adecuada la salud de sus trabajadores. No se hacen controles ambientales en los puestos de trabajo, no hay una investigación adecuada de los accidentes laborales, tendientes a la prevención de futuros siniestros. Esto significa que no hay política de prevención de enfermedades y accidentes laborales.

A pesar del explosivo crecimiento que tuvo la planta de empleados públicos desde el año 2004, el personal de las áreas de Fiscalización Sanitaria disminuyó en

ese lapso. El número de certificados presentados creció desde unos 190 a cerca de 800 por día. Por lo tanto, los agentes que solicitan justificar su ausentismo no alcanzan a ser evaluados en los consultorios de Fiscalización Sanitaria. El horario de atención al público parece ser insuficiente. Hay una sensible carencia de personal administrativo en Río Grande.

Hay una sola Dirección de Fiscalización en la Provincia, en Ushuaia, donde se recibe toda la documentación de las tres ciudades, generando una burocracia innecesaria.

En la actualidad hay numerosos agentes con licencias prolongadas dentro y fuera de la Provincia, en algunos casos desde hace más de un año, cuya situación no está adecuadamente evaluada por juntas médicas periódicas.

- Sanidad de fronteras:

Desde hace 3 años no se realizan las inspecciones sanitarias a buques y aviones debido a la disminución del personal del área. Se autoriza el ingreso a puerto con el certificado de "Libre Plática Cablegráfica", procedimiento que está contemplado por la Organización Marítima Internacional.

- Certificación de Discapacidad – Ley 48

El número de solicitudes de Certificación de discapacidad según la Ley Nº 48 se ha duplicado en los últimos cuatro años.

### **Derivaciones y Evacuaciones**

El parque aeronáutico provincial no está habilitado para uso sanitario y tiene un bajísimo porcentaje de operatividad. Esto obliga a recurrir a empresas de ambulancia aérea, lo que no garantiza su resolución oportuna, encareciendo los costos e incrementado el riesgo de los pacientes.

El equipo asistencial destinado a evacuaciones aéreas fue desarticulado y el equipamiento se encuentra sin mantenimiento ni supervisión.

### **Emergencias y catástrofes**

No se ha logrado concretar en la Provincia un plan de emergencias que contemple las diversas vulnerabilidades a desastres. Los pocos planes con que se cuenta, están muy pobremente ejercitados.

No está adecuadamente organizada la respuesta prehospitalaria para la atención de emergencias con víctimas múltiples.

### **El marco legal:**

Es importante recordar que las normas vigentes contienen indicaciones precisas que atañen a la definición de las políticas de salud. La Constitución Provincial establece con claridad la misión del Estado Provincial en el este tema:

*Art. 53.- El Estado Provincial garantiza el derecho a la salud mediante acciones y prestaciones, promoviendo la participación del individuo y de la comunidad. Establece, regula y fiscaliza el sistema de salud pública, integra todos los recursos y concreta la política sanitaria con el Gobierno Federal, los gobiernos provinciales, municipios e instituciones sociales públicas y privadas.*

A pesar de haber transcurrido más de quince años desde la sanción del texto constitucional, la elaboración de una Ley de Salud Pública todavía está pendiente. Los elementos centrales que debe contener dicha ley están detallados en el artículo 53 de esta manera:

*"La ley de salud pública provincial deberá como mínimo:*

*1 - Compatibilizar y coordinar la atención que brindan los sectores público y privado.*

*2 - Implementar la atención médica con criterio integral: prevención, protección, recuperación, rehabilitación, incluyendo el control de los riesgos biológicos, psicológicos y socioambientales.*

*3 - Dar prioridad a la asistencia materno infantil, sanidad escolar, tercera edad y distintos tipos y grados de discapacidad.*

*4 - Promover acciones que protejan la salud en los ámbitos laborales.*

*5 - Promover acciones de saneamiento ambiental.*

*6 - Implementar la sanidad de fronteras.*

*7 - Garantizar la atención médica a los pobladores rurales.*

*8 - Implementar la elaboración y puesta en vigencia de un vademécum de aplicación en los hospitales y centros de salud públicos, y facilitar su acceso a toda la población.*

*9 - Promover la permanente formación, capacitación y actualización de todos los agentes de la salud.*

*10 - Establecer normas de prevención contra la drogadicción, combatir su origen y consecuencias y atender integralmente la rehabilitación."*

La ley provincial N° 554, sancionada en 2002, establece la existencia de los Fondos de los Hospitales Regionales y de los Consejos Hospitalarios. Su artículo 1º dispone los principios que deben guiar el accionar del hospital público:

- "a) Universalidad: entendida como la extensión de la cobertura de salud a toda la población de la provincia de Tierra del Fuego;*
- b) Equidad: que implica una organización y distribución de las actividades de la salud según las necesidades de los diferentes grupos de población, priorizando la población de menores recursos;*
- c) Eficacia: comprendida como el desarrollo de todas las acciones necesarias para la consecución de los objetivos de salud propuestos; y*
- d) Eficiencia: que implica que en el cumplimiento de los tres principios anteriores se deberá asegurar la optimización y el uso racional de los recursos."*

La misma ley describe la conformación y funciones de los Consejos Hospitalarios, pero estos organismos de conducción colegiada con participación de los trabajadores y la comunidad no están funcionando.

El manejo descentralizado de los Fondos que dispone esta norma está en la práctica limitado por la intervención que realiza el Ministerio de Economía en el circuito administrativo correspondiente. Por último, la Ley es suficientemente ambigua como para permitir el cobro directo de aranceles a los ciudadanos que utilizan los servicios públicos de salud.

Para concluir con el marco legal, ya se ha señalado que la Ley Territorial N°445 de Carrera Sanitaria fue derogada en 1999 y no ha sido reemplazada.

### **Consideraciones finales:**

Luego de haber repasado los aspectos relevantes de la situación actual de la salud en la Provincia, concluimos con algunas reflexiones.

No deja de ser notable el modo en que el diseño original de un sistema de salud público fuerte para Tierra del Fuego ha sobrevivido a las propuestas políticas contrapuestas que marcaron los últimos quince años. Es indispensable reforzar los aspectos positivos y corregir algunos legados francamente desacertados, como el cobro directo a los usuarios.

La saturación de la demanda al hospital refleja en gran medida el retraso en que quedó la atención primaria de la salud en su función de primer nivel de atención, en el que se debería resolver la mayor parte de los problemas de salud de la población. Aquí se hace necesaria una fuerte inversión en infraestructura, personal y programas de trabajo.

Las instituciones públicas deben perfeccionar sus sistemas administrativos, el sostén informático, el mantenimiento edilicio y de equipos. Los trabajadores del área requieren la definición de un régimen legal que establezca los mecanismos de ingreso, permanencia, acceso a cargos jerárquicos y capacitación permanente. La puja salarial, que ha ocupado el grueso de la agenda en los últimos años, debe encauzarse hacia un marco apropiado.

El desarrollo del sector público debe contemplar también la capacidad instalada en el ámbito privado, a fin de articular un plan racional de incorporación de tecnologías que evite las duplicaciones innecesarias.

La Ley de Salud que reclama la Constitución Provincial permitirá sentar las bases del futuro sistema de salud fueguino, atento a las lecciones aprendidas y a las tareas todavía pendientes.

## **Objetivos del Plan de Salud 2008-2011**

- Disminuir la morbimortalidad evitable tomando como eje la estrategia de Atención Primaria de la Salud, con un fuerte impulso a las actividades de promoción y prevención.
- Promover la participación activa de la comunidad para vincular el sistema de salud con las necesidades de la población.
- Generar conciencia de la salud como derecho y promover el cuidado responsable de la propia persona.
- Jerarquizar el Sistema Público de Salud como garante del acceso universal de los ciudadanos.
- Desarrollar acciones específicas para grupos vulnerables en búsqueda de la equidad.
- Organizar una red prestacional por niveles de complejidad, que promueva el crecimiento armónico del sistema de salud en su conjunto, articulando con efectores públicos y privados.
- Administrar los recursos públicos de Salud con eficiencia, honestidad y transparencia.

## **Propuestas específicas**

- 1. Principios generales:** se reformulará la atención de la salud bajo una estrategia de Atención Primaria, que permita garantizar:
  - 1.1. Acceso universal a las prestaciones necesarias.
  - 1.2. Atención integral de la salud que incluya acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.
  - 1.3. Desarrollo de acciones sobre los determinantes biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, en articulación con otras áreas del Estado.
  - 1.4. Participación del individuo y la comunidad.
- 2. Función del Estado Provincial:** establecer, regular y fiscalizar el sistema de salud pública y concretar la política sanitaria en articulación con la Nación, las otras provincias, los municipios, e instituciones sociales públicas y privadas.
- 3. Red prestacional:** se conformará una red prestacional que incluya a todos los efectores públicos y se articule con los otros subsectores, definiendo los niveles de atención y categorizando a los efectores, con mecanismos apropiados de referencia y contrarreferencia.
  - 3.1. Primer nivel de atención:**
    - 3.1.1. La organización y conducción de la Atención Primaria de la Salud estará a cargo de las Direcciones de APS de Río Grande y de Ushuaia. Se transferirá gradualmente la dependencia del personal afectado desde los Hospitales a las Direcciones de APS.

- 3.1.2. Se promoverá la participación de la comunidad en las etapas de diagnóstico de problemas, priorización de las necesidades, diseño y ejecución de intervenciones, y evaluación del proceso.
- 3.1.3. Se conformarán equipos de trabajo en cada CAPS integrados por:
- Un núcleo básico constituido por médicos, enfermeros, agentes sanitarios, administrativos y mucamas.
  - Un equipo ampliado, variable según las necesidades de los CAPS y las posibilidades de los servicios, que puede incluir pediatras, ginecólogos, obstétricas, psicólogos, odontólogos, nutricionistas, fonoaudiólogas, trabajadores sociales, técnicos en minoridad, kinesiólogos, etc.
- 3.1.4. Instalaciones:
- 3.1.4.1. Se priorizarán las tareas de mantenimiento, refacciones y ampliaciones de los centros de salud actualmente operativos.
- 3.1.4.2. Se restablecerá el funcionamiento del Centro de Salud N°3 de Ushuaia en instalaciones transitorias, hasta completar la obra en curso.
- 3.1.4.3. Se aumentará la oferta de centros de atención, contemplando la articulación con los Municipios, el IPV y otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para la cesión o uso conjunto de espacios apropiados.
- 3.1.5. Actividades de los CAPS:
- 3.1.5.1. Los CAPS actuales, y los que se vayan incorporando, definirán su área de responsabilidad y población a cargo.
- 3.1.5.2. Comenzando con las áreas de mayores carencias sanitarias, se avanzará en la nominalización de la población a cargo de cada centro y de cada equipo de cabecera.
- 3.1.5.3. Las acciones a desarrollar incluirán:
- Acciones extramurales:
- Realizar visitas domiciliarias con fines de relevamiento, promoción y prevención.
  - Intensificar las acciones de Salud Escolar: control de salud, vacunación, salud bucodental, prevención del déficit de vitamina D, talleres sobre salud reproductiva, adicciones, violencia, proyecto de vida, etc.
  - Desarrollar la atención domiciliaria en los casos de enfermedades crónicas que así lo requieran.
  - Realizar actividades de promoción con organizaciones comunitarias.
  - Programar actividades regulares de atención de la población rural.
- Acciones en los CAPS:
- Sostener las actividades de prevención y promoción: materno-infantil, crecimiento y desarrollo, vacunaciones, salud reproductiva, patologías prevalentes, salud bucal, hábitos saludables, etc.
  - Atender la consulta espontánea y programada de niños y adultos.
- 3.1.5.4. Se mantendrá la continuidad de los programas nacionales y provinciales que se implementan a través de los CAPS, tales

como: Remediar, Plan Nacer, Programa Primeros Años, entrega de leche, preservativos y anticonceptivos.

- 3.1.6. Los CAPS, en conjunto con Epidemiología y Bioestadística, desarrollarán un sistema de información que permita monitorear la evolución de los indicadores de proceso y de resultado seleccionados.
- 3.1.7. La Dirección de APS, junto con los equipos de atención, definirá el programa anual de capacitación para todo el personal a cargo.
- 3.1.8. La Dirección de APS trabajará en conjunto con la Dirección del Hospital Regional para articular:
  - Los mecanismos de referencia y contrarreferencia, que faciliten el acceso a la atención hospitalaria de los pacientes derivados desde el primer nivel de atención, así como la devolución que garantice la continuidad de la asistencia.
  - La coordinación del personal que desarrolle actividad en ambos niveles.
  - La provisión de servicios de mantenimiento, compras y provisión de insumos, transporte, estadística, etc.
- 3.1.9. La Dirección de APS articulará sus actividades con las áreas de Desarrollo Social, Educación, Municipios y con otras organizaciones para trabajar en red sobre las temáticas de interés común.

### **3.2. Segundo y tercer nivel de atención:**

#### 3.2.1. Hospitales Regionales:

- 3.2.1.1. Se optimizarán los recursos profesionales y el espacio físico disponible para incrementar la atención programada de segundo nivel, con horario de atención extendido.
- 3.2.1.2. Se definirán criterios de derivación para la atención especializada, evitando así la saturación de estos servicios por la demanda de baja complejidad.
- 3.2.1.3. Se agilizará la gestión de los turnos mediante distintas estrategias (descentralización, entrega telefónica, oferta de turnos anticipados).
- 3.2.1.4. Se reorganizará la asignación de camas de internación a fin de obtener un mejor aprovechamiento de dicho recurso.
- 3.2.1.5. Se extenderá el horario quirúrgico y promoverá el desarrollo de modalidades de cirugía ambulatoria.
- 3.2.1.6. Se estudiará la factibilidad de desarrollar un sistema de internación domiciliaria.
- 3.2.1.7. Se desarrollará un programa de mantenimiento edilicio y del equipamiento hospitalario, previendo su actualización.
- 3.2.1.8. Se realizará capacitación y protocolización de la atención prehospitalaria en respuesta a emergencias habituales y en escenarios con víctimas múltiples.
- 3.2.1.9. Se diseñarán y ejercitarán planes de emergencias específicos para la respuesta a situaciones de desastres, con la supervisión de los organismos nacionales competentes, y en coordinación con las demás instituciones locales.



- 3.2.1.10. Se fortalecerán las actividades de auditoría hospitalaria interna y externa, con el doble fin de mejorar la atención brindada a los pacientes y optimizar el recupero de los servicios prestados a beneficiarios de otras coberturas.
- 3.2.2. Se evaluará el desarrollo de policlínicos que permitan agrupar la atención ambulatoria de segundo nivel fuera de los hospitales.
- 3.2.3. Se mejorará la oferta y variedad de atención especializada mediante la incorporación de profesionales o, para las de baja demanda, bajo la modalidad de médicos itinerantes.
- 3.2.4. Se promoverá el desarrollo de polos de complejidad complementarios entre los hospitales.
- 3.2.5. Se definirán las redes prestacionales con alcance provincial, regional y nacional, celebrando los convenios necesarios.
- 3.2.6. Se normatizará el procedimiento de las derivaciones y evacuaciones.
- 3.2.7. Se retomarán las gestiones destinadas a constituir un Servicio de Transporte Aéreo Sanitario que cumpla los requisitos de la normativa nacional.

#### **4. Modelo contable y administrativo:**

- 4.1. Se mejorarán los circuitos administrativos existentes con el fin de optimizar la eficacia y la eficiencia de los recursos disponibles.
- 4.2. Se implementarán mecanismos de seguimiento y control de las actuaciones administrativas.
- 4.3. Se establecerán reglas de juego claras y previsibles con el fin de lograr mayor cantidad de oferentes para las compras y contrataciones.
- 4.4. Se incorporará la opinión técnica especializada previa a la adjudicación de las compras y contrataciones.
- 4.5. Se fortalecerán los mecanismos de facturación y seguimiento del estado de cuenta de las obras sociales, prepagos y otras coberturas.
- 4.6. Se elaborará y pondrá en vigencia el Nomenclador Provincial de Prestaciones Médicas.
- 4.7. Se dejará sin efecto todo tipo de cobro directo a los ciudadanos de aranceles hospitalarios.

#### **5. Modelo de gestión**

- 5.1. **Organización:** se organizarán los servicios en base a la formulación participativa de proyectos de trabajo que incluyan identificación y análisis de problemas, actividades, producto esperado, plazos, responsables, sistema de petición y rendición de cuentas.

##### **5.2. Políticas de personal en el sector Salud**

- 5.2.1. Educación permanente:
  - 5.2.1.1. Se elaborará el plan anual de capacitación del personal en cada unidad de organización.
  - 5.2.1.2. Además de la capacitación en la disciplina específica de cada área, se promoverá la formación en gestión para todos los sectores.
  - 5.2.1.3. Se organizarán cursos para la capacitación del personal sin formación específica, orientada a las necesidades de las instituciones.

- 5.2.2. Se convocará a todos los sectores al debate que culmine en la puesta en marcha de la Carrera Sanitaria.
- 5.2.3. Se realizarán concursos en base a antecedentes y oposición para cubrir los cargos de conducción, al amparo de una Ley de Carrera Sanitaria.
- 5.2.4. Se estudiará el reordenamiento de los adicionales remunerativos de los diferentes sectores, con el fin de alcanzar una normativa coherente y uniforme.
- 5.3. Se desarrollarán sistemas de información orientados a las necesidades de cada nivel de decisión.

## **6. Políticas Específicas:**

- 6.1. **Materno-infantil:** se priorizará la población materno infanto juvenil como destinataria de acciones de salud pública.
  - 6.1.1. Se dará continuidad al Programa Provincial Materno Infanto Juvenil articulando con los Programas Nacionales, organizaciones gubernamentales o de la sociedad civil.
  - 6.1.2. Se estimulará la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, acreditando a todos los efectores públicos de salud de la provincia como "Amigos de la Madre y el Niño".
  - 6.1.3. Se desarrollarán acciones para fortalecer la atención integral del adolescente en coordinación con Desarrollo Social y Educación.
  - 6.1.4. Se trabajará en salud sexual y procreación responsable, incorporando la prevención de ITS/SIDA, acorde a las leyes nacionales y provinciales.

## **6.2. Salud Mental y Adicciones:**

- 6.2.1. Se formularán las Políticas de Salud Mental y Adicciones para los años subsiguientes en base a los lineamientos del Foro Provincial de Salud Mental y Adicciones, generados en el Primer Encuentro en Tolhuin, el 24 de noviembre de 2007.
- 6.2.2. Se fortalecerán los efectores públicos de Salud Mental, desarrollando programas e instituciones para la prevención específica e inespecífica, y el tratamiento de las patologías de salud mental en la Provincia.
- 6.2.3. Se fomentarán los estudios epidemiológicos y la investigación ligada a la clínica en el campo de la salud mental.
- 6.2.4. Se incorporarán actividades del campo de la Salud Mental en atención primaria, trabajando en conjunto con el equipo de APS.
- 6.2.5. Se priorizará la prevención y asistencia de las adicciones, virando gradualmente el enfoque actual hacia uno de reducción de daño y riesgo.
- 6.2.6. Se desarrollarán dispositivos no manicomiales para la atención de pacientes con capacidad reducida de autovalimiento, por ejemplo: talleres protegidos, hospital de día, casas de medio camino, etc.
- 6.2.7. Se desarrollarán dispositivos de atención integral de las adicciones en la Provincia con el fin de limitar la necesidad de derivaciones, articulando con las instituciones privadas que trabajen en Adicciones, de ser necesario.
- 6.2.8. Se promoverán planes de capacitación en servicio y supervisión para los equipos de salud mental.

6.2.9. Se fortalecerá el trabajo en red entre las instituciones públicas de Salud, Educación, Desarrollo Social, Municipalidades y con las organizaciones sociales relacionadas.

6.2.10. Se trabajará en conjunto con pacientes, familiares y comunidad en general en actividades de prevención y concientización social, para promover la comprensión, la solidaridad y la no discriminación de las personas con sufrimiento mental.

6.3. **Accidentes:** se articulará la política de prevención de accidentes en conjunto con otras instituciones con el fin de promover la concientización social e incorporarlo en la agenda de todos los ámbitos de actividad.

#### **6.4. Emergencias y catástrofes**

6.4.1. Se trabajará en la integración del Comité Operativo de Emergencias destinado a coordinar el accionar del conjunto de los efectores con responsabilidades en la respuesta a situaciones de desastres, incluyendo a Bomberos, Defensa Civil, Salud, Fuerzas Armadas, Policía Provincial y otras fuerzas de seguridad.

6.4.2. Asistencia prehospitalaria: se reorganizará la respuesta sanitaria a las emergencias apuntando a profesionalizar las guardias hospitalarias en ese rol. Se protocolizarán y supervisarán los planes de contingencia que la evaluación de las amenazas determine necesarios.

#### **6.5. Medicamentos y Tecnología Médica:**

6.5.1. Se creará la Departamento de Medicamentos y Tecnología Médica cuya misión será gestionar y coordinar la política de medicamentos por parte de la Provincia, instrumentar auditorías de la gestión de medicamentos e insumos y evaluar la incorporación de nueva tecnología de uso sanitario.

6.5.2. La Dirección generará información relativa a prescripción, dispensación y uso de medicamentos.

6.5.3. El Estado garantizará el acceso a los medicamentos a las personas sin cobertura de obra social, en el marco de un programa provincial de uso racional que incluya la prescripción por nombre genérico y la aplicación del vademécum por los efectores públicos de salud.

6.5.4. Se desarrollará un proyecto escalonado de provisión propia para los medicamentos de uso ambulatorio, con el fin de mejorar la accesibilidad a medicamentos de calidad y a menor costo.

6.5.5. Se optimizará la aplicación de los programas nacionales de medicamentos.

6.5.6. Se realizarán convenios con laboratorios de producción pública de medicamentos, debidamente acreditados.

6.6. **Programas Nacionales:** se mantendrá la continuidad de los programas nacionales, optimizando su operación y resultados.

#### **6.7. Epidemiología e Información de la Salud**

6.7.1. Se incorporará un especialista en Epidemiología necesario para el fortalecimiento de la generación y desarrollo de estudios epidemiológicos, con especial atención en aquellos sobre riesgos ambientales.

6.7.2. Se fomentará el desarrollo de sistemas de georreferenciamiento de la información estadística y epidemiológica.

- 6.7.3. Se promoverá la creación y desarrollo del Plan Estratégico para el abordaje de lesiones de causa externa, en forma interdisciplinaria e intersectorial.
- 6.7.4. Se completará la redacción del plan de contingencia para influenza (incluye gripe aviar) y se efectuarán los simulacros correspondientes.
- 6.7.5. Se fortalecerán las acciones del Comité Provincial para la prevención de enfermedades de transmisión por alimentos, con énfasis en los mecanismos de control sanitario.

## **6.8. Fiscalización Sanitaria:**

- 6.8.1. Fiscalización Sanitaria estará a cargo de dos Direcciones, una en Ushuaia y la otra en Río Grande, que tendrán independencia administrativa entre sí.
  - 6.8.2. Se jerarquizará el rol de la medicina ocupacional para los empleados del estado, tendiendo a realizar, entre otros, controles ambientales de los puestos de trabajo, accidentes laborales y trabajando en la prevención de enfermedades profesionales.
  - 6.8.3. Se dotará a las áreas de Fiscalización Sanitaria del personal profesional, administrativo y equipamiento adecuado para la realización de las tareas de control de ausentismo tanto en consultorio como en el domicilio del agente, incluyendo el análisis de situaciones particulares de licencias prolongadas dentro y fuera de la Provincia en el marco del Decreto Reglamentario 3413/79.
  - 6.8.4. Se continuará la matriculación de todos los profesionales de salud que trabajan en la Provincia, manteniendo el registro informatizado de los mismos. Se mantendrán actualizadas las habilitaciones categorizantes de los CAPS, Hospitales Públicos, Clínicas Privadas, Consultorios, Inspecciones y Habilitaciones de farmacias y Cumplimiento de la Ley de Medicamentos 19303/84.
  - 6.8.5. Se efectuarán en forma periódica capacitaciones a manipuladores de alimentos e inspecciones de comedores escolares, asistenciales y cocinas de ambos hospitales, y toda otra institución que brinde servicio de gastronomía. El área de control de alimentos participará activamente en la comisión Provincial de Enfermedades transmitidas por alimentos.
  - 6.8.6. Se continuará con el registro de establecimientos elaboradores de alimentos y registros de los productos que se comercializan. De la misma forma se mantendrá la articulación con el A.N.M.A.T, las tres Municipalidades y los distintos entes Provinciales y Nacionales que interactúan en la elaboración de alimentos inocuos.
  - 6.8.7. Se continuará con la tarea que efectúa el área de Sanidad de Frontera, de acuerdo a lo previsto en la Reglamentación Marítima Internacional (OMI).
  - 6.8.8. Se dará cumplimiento a lo dispuesto por la Ley Provincial Nº 48, gestionándose desde la Dirección de Fiscalización los Certificados de Discapacidad.
- 6.9. **Discapacidad:** los efectores de Salud brindarán el respaldo sanitario a las acciones desarrolladas por las áreas específicas del Ministerio de Desarrollo Social para la atención de las personas con discapacidad. Los CAPS tendrán identificadas a las personas con discapacidad que pertenezcan a la población a su cargo, con la finalidad de optimizar la atención de su salud.

- 6.10. **Tercera Edad:** los efectores de Salud priorizarán las acciones de salud destinadas a los adultos mayores, con la finalidad de promover una óptima calidad de vida y prevenir la morbimortalidad en esta población vulnerable. Los CAPS tendrán identificados los adultos mayores a su cargo. Se coordinarán las acciones con las áreas específicas del Ministerio de Desarrollo Social.
7. **IPAUSS:** se explorarán, en conjunto con las autoridades del IPAUSS, las alternativas de colaboración en el área de atención de la salud.
8. **Marco legal:**
- 8.1. **Ley Provincial de Salud:** se promoverá su debate y sanción, siguiendo los lineamientos de la Constitución Provincial.
- 8.2. **Carrera Sanitaria:** se promoverá el debate e implementación de la Carrera Sanitaria que regule las condiciones de trabajo del personal del sector público de Salud.