

Plan Provincial de Salud

2024 | 2028



MENDOZA

Contenidos

▪ Introducción.....	pág. 1
▪ Principios rectores	pág. 2
▪ Análisis del entorno.....	pág. 3
▪ Identificación de problemas del sector Salud.....	pág. 37
▪ Objetivos generales del plan.....	pág. 39
▪ Conclusiones.....	pág. 63
▪ Fuentes	pág. 64

1 Introducción

El Ministerio de Salud y Deportes, como órgano del Poder Ejecutivo a cargo de la salud pública, tiene como obligación el diseño, coordinación, implementación y evaluación de las políticas públicas en salud destinadas a fomentar y fortalecer el Sistema Sanitario de la provincia de Mendoza. La rectoría del sistema involucra a los sectores público y el privado y al accionar de las obras sociales en el territorio provincial. Desarrollar una planificación a largo plazo permitirá que cada gestión de gobierno adecue y ajuste los lineamientos estratégicos a las realidades del momento y ponga foco en aquellas intervenciones que se consideren prioritarias, sin perder de vista los pilares esenciales de una política pública.

El principal objetivo de la planificación es ser el mapa de navegación para dar cumplimiento al compromiso que tiene la provincia de proteger la dignidad de las personas, garantizar el derecho a la salud, el acceso a los servicios y asegurar que se brinde una atención integral, oportuna y de calidad a todas las personas, con el fin de contribuir al ejercicio pleno de su derecho a la protección de la salud.

El Estado debe fijar las políticas públicas sanitarias adecuadas, implementarlas y, por último, evaluarlas, para corregirlas en caso de ser necesario. La sociedad, por su parte, debe asumir que todos estos derechos sociales se basan en la realización de un esfuerzo colectivo para atender necesidades individuales y, por lo tanto, implican aceptar la solidaridad y la cooperación como valores fundamentales de su estructuración y funcionamiento.

El Ministerio de Salud y Deportes ha emprendido un desafío mayúsculo: reunir evidencia, convocar expertos y aunar voluntades para diseñar una política pública sanitaria para los próximos años, estableciendo estrategias con el objetivo de: (I) reforzar el sistema público de salud, (II) mejorar las condiciones del capital humano en salud, (III) promover y potenciar la atención primaria, (IV) mejorar el acceso a la atención de salud de las personas y brindar a la población acceso a medicamentos de calidad, (V) articular con obras sociales y con el sector privado las políticas para hacer un uso eficiente de los recursos, lograr equidad y asegurar un servicio sanitario de calidad entre las principales estrategias.

En estas condiciones, la única forma de avanzar hacia un sistema de salud más justo, equitativo y eficiente es que el Estado provincial lleve a cabo una planificación a largo plazo y asuma el rol de articulador de los tres subsectores, los rijan y controle. Es fundamental, en este sentido, cambiar la óptica con la que se mira normalmente el sistema

de salud, es decir solamente desde la oferta, y repensarlo desde la perspectiva de las personas y sus necesidades (la demanda), como principio, fundamento y fin.

El Plan Provincial de Salud hace un profundo análisis del Sistema Sanitario provincial y de las principales variables epidemiológicas y socio-demográficas de Mendoza que condicionan el estado de salud de la población. Fija las principales líneas estratégicas y define las medidas prioritarias a tomar en los próximos seis años en las áreas específicamente seleccionadas y su correspondiente evaluación.

Este texto es un resumen del plan, atendiendo la necesidad de compactar la información para su presentación pública.

El plan es de naturaleza dinámica, lo que exigirá una constante revisión, a fin de que se adapte a los nuevos problemas o situaciones que pudieran surgir, siendo el desafío de cada gestión realizar los ajustes indispensables para lograr los objetivos que se persiguen. Es un instrumento de gestión que servirá como guía para la implementación de políticas públicas.

Principios rectores

Empoderar a las personas para mejorar el autocuidado.

Desde una perspectiva amplia, tanto los ciudadanos como las administraciones tienen que fomentar la responsabilidad del propio cuerpo y de la propia salud, adquiriendo y manteniendo hábitos saludables.

Solidaridad y equidad

El sistema de salud debe basarse en mecanismos solidarios de financiación. La atención médica de las personas no puede depender de su capacidad adquisitiva.

Respeto por las personas

El Plan de Salud busca ser respetuoso con los principios en que se sustenta nuestra sociedad plural, promoviendo la autonomía personal y el respeto de los valores y preferencias de cada persona.

Se intenta garantizar la humanización en el trato, lo que debe materializarse en el derecho a consentir o desestimar las actuaciones preventivas o asistenciales que se proponen. También, promover un especial respeto con las personas que forman parte de colectivos más vulnerables, como son los niños, las personas que sufren problemas de salud mental o deterioro cognitivo, las que tienen algún tipo de discapacidad o grado de dependencia o las que se encuentran en la última etapa de la vida.

Gobernabilidad

El Plan de Salud, a través de sus líneas estratégicas, debe colaborar con la gobernabilidad del sistema de salud y la coordinación entre subsectores.

Eficiencia y sostenibilidad

La correcta utilización de los recursos permite mejorar los objetivos de salud que se plantea la sociedad en su conjunto y de las personas en forma individual. Ser eficiente es entonces una exigencia ética. No solo se trata de conseguir los resultados asistenciales con el menor costo posible, sino que requiere trabajar arduamente en la priorización de las diferentes intervenciones preventivas y asistenciales. La responsabilidad profesional mediante la utilización de guías de práctica basadas en un conocimiento riguroso e interpretadas de acuerdo con las necesidades de cada persona evita la realización de actuaciones dudosas o innecesarias que pueden producir iatrogenia.

De igual forma, la evaluación continua de los resultados de las intervenciones también contribuye a mejorar la eficiencia, lo que requiere la responsabilidad de los ciudadanos en la utilización de los recursos de manera cuidadosa y adecuada.

Análisis del entorno

El abordaje de los retos que orientan el Plan Estratégico sanitario (en adelante, PE) se estructura a partir del análisis del estado de salud de la población, de los servicios sanitarios necesarios y en la consideración del contexto social y económico donde se desarrollarán las políticas públicas definidas.

En este sentido, el conocimiento del entorno es uno de los elementos de referencia del PE y constituye, junto con el análisis interno, el punto de partida para proponer líneas estratégicas orientadas a la transformación y a la mejora del sector sanitario.

El análisis del entorno incluye:

1. Estado de salud poblacional: mediante el estudio de las características demográficas, socioeconómicas, geográficas, culturales y ambientales, se podrá conocer la composición y características de la población objetivo, los cambios que la afectan, los riesgos a que está expuesta y las necesidades que presenta, así como los problemas de salud que aquejan a los individuos, a las familias, a los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su abordaje.
2. Subsector de obras sociales: se analizan las características que asumen en Mendoza las organizaciones de seguro de salud que son obligatorias, como PAMI, OSEP y las obras sociales sindicales. Se describe la población bajo cobertura, el número de organizaciones, las modalidades de prestación de servicios y la cobertura que brindan, entre otras.

3. Subsector privado de seguros y provisión de servicios de salud: este subsector está constituido por las llamadas “empresas de medicina prepaga”, que ofrecen seguros voluntarios de libre contratación, y los sanatorios, clínicas y hospitales privados que brindan servicios a las obras sociales (OSEP, PAMI y sindicales) y a las prepagas.

En este documento resumen, se presentan algunos indicadores del análisis del entorno, manteniendo el objetivo de la extensión deseada.

1. Principales indicadores del estado de salud poblacional (ESP)

Los indicadores que se utilizan para medir el ESP se agrupan de la siguiente manera:

- a. Demográficos.
- b. Socioeconómicos.
- c. Mortalidad y morbilidad.
- d. Estilo de vida y la salud en las etapas de la vida.

A. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

La población de la provincia de Mendoza, según el censo 2022, es de 2.043.540 personas, de las cuales, y según se sexo registrado al nacer, 1.053.938 son femeninas, y 966.819, masculinos.

El porcentaje de población menor de 15 años ha disminuido 7,6 puntos porcentuales entre el censo de 1991 y el de 2022, lo que evidencia un **descenso paulatino de la natalidad**. Por el contrario, el porcentaje de las personas mayores de 65 años ha aumentado 2,8 puntos porcentuales en el mismo período, lo que **demuestra un envejecimiento de la población**.

Grupo etario	1991		2001		2010		2022	
	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%
0 - 14 años	451.129	31,9	458.379	29	446.011	25,6	472.057	23,1
15 - 64 años	852.938	60,4	972.868	61,6	1.114.540	64,1	1.320.126	64,6
> 65 años	108.414	7,7	148.404	9,4	178.378	10,3	251.355	12,3
Total	1.412.481	100	1.579.651	100	1.738.929	100	2.043.540	100

La distribución geográfica de la población por región muestra que la parte Metropolitana Norte (Capital, Las Heras, Guaymallén y Lavalle) agrupa el 36% de la población de la provincia, mientras que Metropolitana Sur (Godoy Cruz, Maipú y Luján de Cuyo), el 29%, lo que significa una concentración del **65%** de la población en esas regiones. Se evidencia un **mayor crecimiento poblacional en la región Metropolitana Sur**, que se manifiesta en los desarrollos inmobiliarios y comerciales de los departamentos de Godoy Cruz, Maipú y Luján.

Región	1980	1991	2001	2010	2022
Valle de Uco	67.303	82.232	99.005	114.613	141.320
Este	177.941	195.995	221.438	238.838	281.588
M. Sur	301.754	384.871	441.047	484.123	589.617
M. Norte	445.800	527.036	577.423	639.248	730.694
Sur	203.430	222.347	240.738	262.107	300.321
Total Pcial.	1.196.228	1.412.481	1.579.651	1.738.929	2.043.540

Existe también una **desigual distribución de la población** en el ámbito territorial de la provincia, reflejada en una elevada densidad poblacional en los departamentos de Godoy Cruz (2.607 hab/km²) y Capital (2.274 hab/km²) y baja densidad en los departamentos como La Paz (1,6 hab/km²), Santa Rosa (2,2 hab/km²), San Carlos (3,4 hab/km²), General Alvear (3,4 hab/km²) y Malargüe (0,8 hab/km²), por nombrar algunos.

La pirámide poblacional de la provincia tiene un carácter transicional, con una base en disminución en relación con la composición demográfica de censos anteriores, reflejo de una población infantil todavía importante, **pero con disminución de la tasa de natalidad**. Los estratos intermedios anchos evidencian una población activa numerosa, pero con tendencia al envejecimiento, todo esto producto de la disminución de las tasas de natalidad y del **alargamiento de la esperanza de vida**.

Índice de envejecimiento: El valor más alto se da en el departamento de Capital, con casi 81,8 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 14 años, valor que duplica la media provincial de 39,9. Los valores más bajos se dan en los departamentos de Lavalle, Tupungato y Malargüe.

La paridez media es una medida que da cuenta de la fecundidad. Se calcula a partir del total de hijos/as nacidos/as vivos/as en relación con el total de mujeres. Se obtiene a partir de la información de fecundidad retrospectiva o acumulada y expresa el número promedio de hijos/as tenidos/as efectivamente por las distintas generaciones hasta el momento de la encuesta.

Paridez media de mujeres de 14 años y más según zona. Mendoza 2022.¹

Zona	Paridez media
Total	1,8
Urbana	1,7
Rural	2,2

¹ Fuente: Encuesta de Condiciones de Vida. Mendoza, 2022. DEIE.

B. INDICADORES SOCIOECONÓMICOS

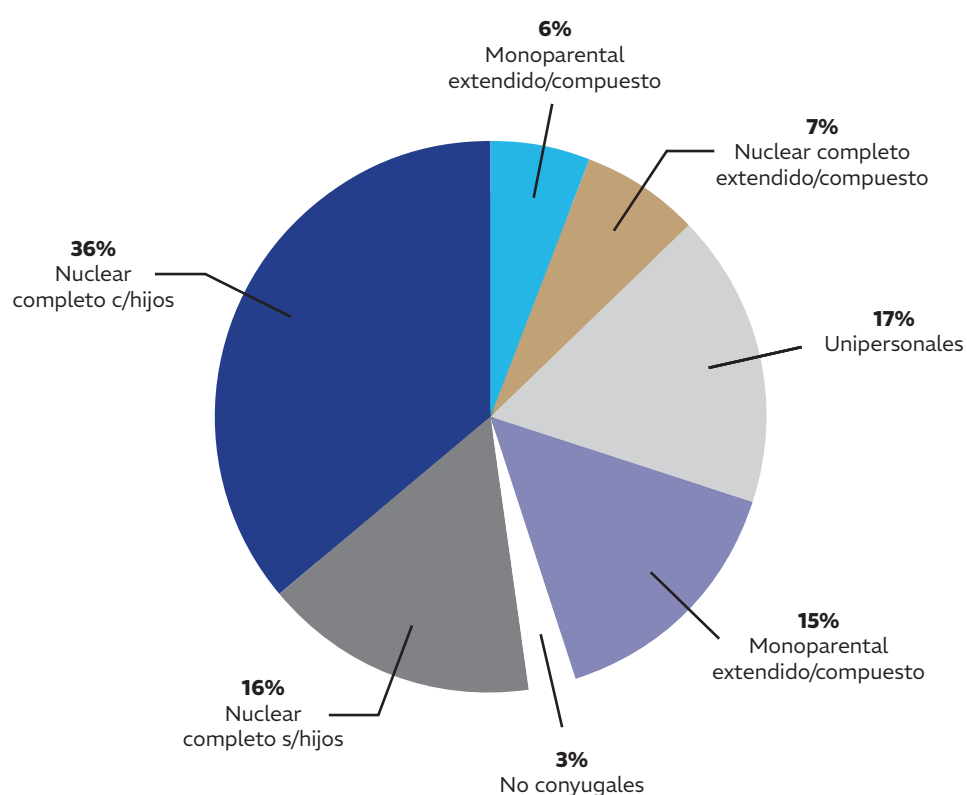
Mendoza tiene valores elevados de alfabetización (98,4 %), siendo en las zonas urbanas del 98,9 %, y en las zonas rurales, del 96,6 %.

Estructura familiar

Los hogares de la provincia de Mendoza están conformados en promedio por 3,2 personas, siendo en la zona urbana de 3,0, y en la zona rural, de 3,6 personas.

Los hogares monoparentales en el caso de la provincia de Mendoza se caracterizan por tener en su mayoría jefatura femenina (casi el 86,2 %).

Porcentaje de hogares según tipo de hogar. Mendoza. Año 2022.



Características de la vivienda

La disponibilidad de agua potable y el adecuado manejo de las excretas son determinantes en el estado sanitario de la población. La variable INCALSERV se refiere al tipo de instalaciones con que cuentan las viviendas para su saneamiento. Para este indicador, se utilizan las variables procedencia del agua y tipo de desagüe del inodoro. *Calidad satisfactoria*: incluye las viviendas cuya procedencia del agua es la red pública y el desagüe del inodoro a la cloaca. *Calidad básica*: describe la situación de aquellas viviendas que disponen de agua de red pública y el desagüe del inodoro a pozo con cámara séptica. *Calidad insuficiente*: engloba a las viviendas que no cumplen ninguna de las dos condiciones anteriores, o sea, cuya agua

procede de pozo con o sin bomba, transporte por cisterna, ríos, canales, acequias, lluvia, etc., y el desagüe del inodoro es solamente a pozo ciego, excavación en la tierra o planta de tratamiento de efluentes.

El 30% de las viviendas de Mendoza carece de servicios básicos necesarios para vivir en condiciones de salubridad. En general, tanto a nivel provincial como regional, se observan grandes diferencias en las zonas urbanas y rurales, puesto que las viviendas urbanas concentran los mayores porcentajes en conexiones a servicios de calidad satisfactoria y básica, mientras en las zonas rurales hay mayores porcentajes de viviendas con servicios de calidad insuficiente y básica (87 % de las viviendas tienen deficiencias).

Porcentaje de viviendas con diversos problemas según región y zona.

Mendoza. Año 2022.²

Los problemas difieren entre las zonas urbana y rural. **En la zona rural, en primer lugar, se encuentran los problemas relacionados con el suministro de agua, como por ejemplo baja presión, turbidez y cortes recurrentes. A ello le siguen otros problemas, como la presencia de roedores, cucarachas, hormigas, langostas, etc.;** los problemas de aislamiento por condiciones climáticas o terrenos o calles inundables; y, por último, la contaminación ambiental, ya sea por cercanía a basurales o a industrias contaminantes. **En la zona urbana predominan los problemas de presencia de animales y/o insectos, sucedidos por los problemas relacionados con suministro de agua, terrenos inundables y, por último, la contaminación.**

Departamento	Problemas de contaminación ambiental	Problemas de aislamiento. Terrenos inundables	Problemas de suministro de agua	Problemas de ratas, cucarachas, hormigas, etc.
Total	21,5 %	19,3%	31,2%	39,8%
Urbana	20,6%	14,8%	28,9%	40,5%
Rural	24,5%	34,5%	39,2%	37,3%
Gran Mendoza	18,9%	20,6%	36,3%	41,3%
Este	21%	19%	35,6%	37,3%
Noreste	10,1%	13%	61%	24,6%
Valle de Uco	2,8%	9,4%	12,5%	2,6%
Sur	9,8%	4,4%	23,3%	9,9%

Línea de pobreza y línea de indigencia: Los datos al cierre de 2022 muestran que se encuentran por debajo de la línea de pobreza 27,9 % de los hogares y 40,1 % de la población. Dentro de este conjunto, 4,9 % de la población se encuentra debajo de la línea de indigencia.

El elevado nivel de pobreza afecta seriamente la salud de la población.

Conducta sanitaria: Las conductas de salud son los comportamientos que pueden influir en el mantenimiento y promoción de la salud, ya sean espontáneos o inducidos. El propósito de estos indicadores es generar evidencia sobre el estado y tendencias de la situación de salud

² Encuesta de Condiciones de Vida. Mendoza, 2022. DEIE.

en la población, con el fin de proveer la materia prima para el análisis y establecimiento de prioridades.

Necesidad de consulta en los últimos seis meses

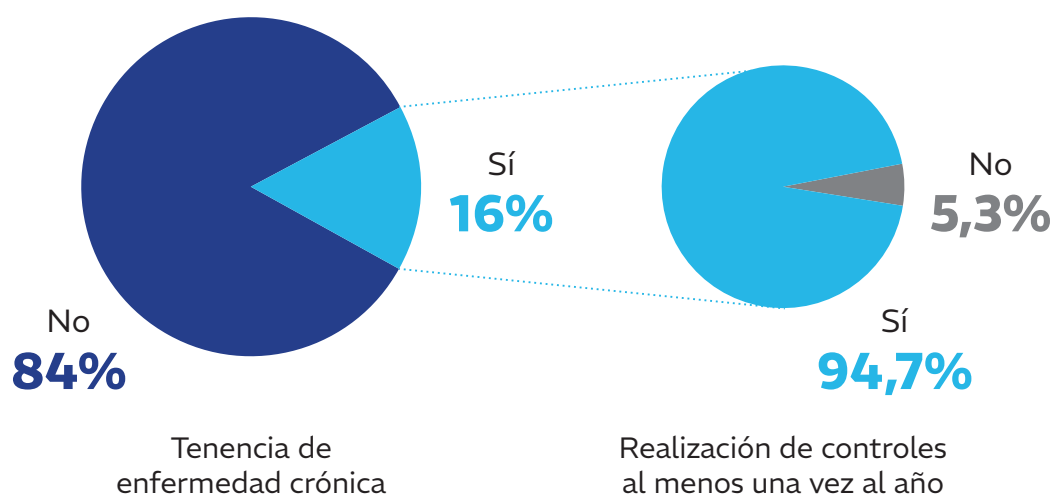
Sí	47,4%
No	52,6%
Total	100%

Realización de consulta en los últimos seis meses

Sí	98,2%
No	1,8%
Total	100%

El 47,4% de la población provincial tuvo necesidad de realizar una consulta médica en 2022. **De este porcentaje de población que por alguna razón necesitó consultar al sistema de salud, el 98,2 % efectivamente lo hizo. Esto muestra niveles de acceso altos.**

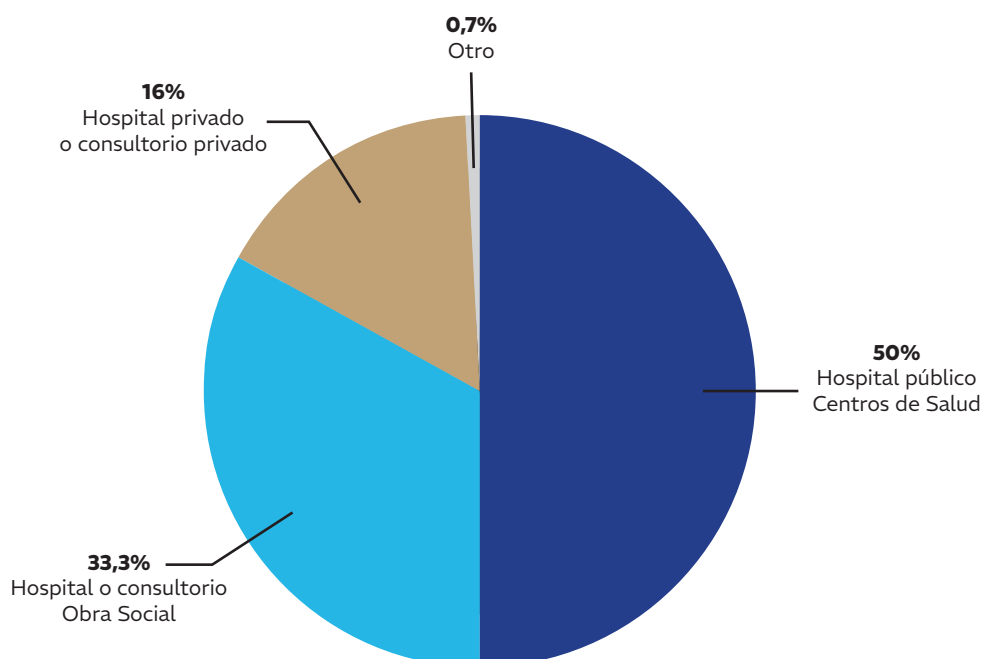
Tenencia de enfermedad crónica y realización de controles una vez al año. Mendoza. Año 2022.³



El 16% de la población declaró tener una enfermedad crónica. De este porcentaje, 94,7% se realiza controles por esa patología al menos una vez al año. **En general, existe conciencia en los pacientes crónicos de la necesidad de consultar periódicamente, lo que permite al sistema llevar a cabo acciones directas para evitar complicaciones.**

³ Encuesta de Condiciones de Vida. Mendoza, 2022. DEIE.

Población según lugar de atención. Mendoza. Año 2022.⁴

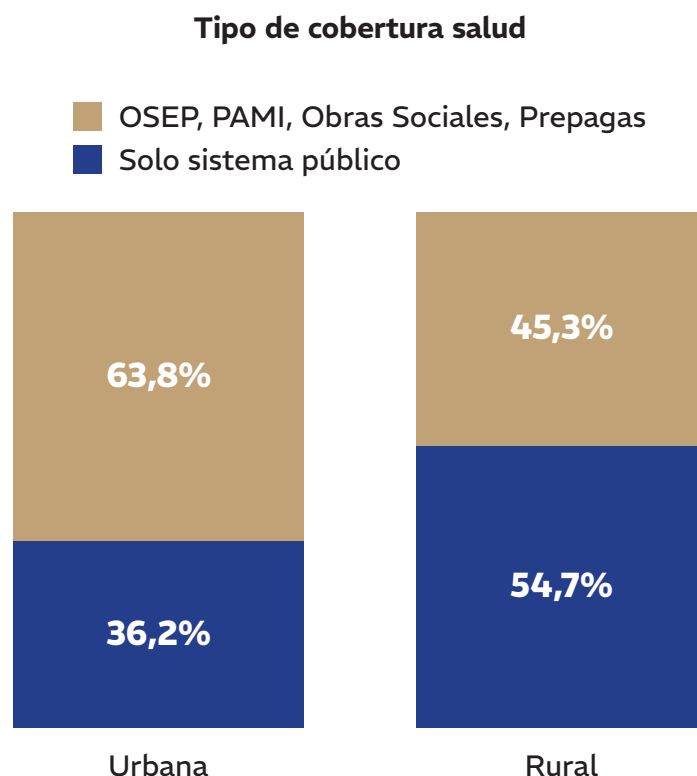


Respecto de los lugares de atención, casi 50% de la población de la provincia se atiende en hospitales públicos o centros de salud. En segundo lugar, figuran quienes lo hacen en hospital o consultorio de obra social, con 33,3%. En tercer lugar, con un porcentaje muy por debajo de los anteriores, se encuentran quienes son atendidos en hospitales o consultorios privados con un 16%. **En muchos departamentos de la provincia, el sector público resuelve más del 70% de la atención médica requerida, debido al bajo desarrollo del sector privado. Eso muestra la importancia del sistema público para llevar equidad en salud.**

–Cobertura de servicios de salud: A nivel provincial, 59,2% de la población posee OSEP, PAMI u otra obra social o prepaga. Encontramos algunas diferencias entre los departamentos: Capital presentó en 2022 el porcentaje más alto de población con OSEP, PAMI u otra obra social o prepaga (73,9%); mientras que San Carlos tiene el porcentaje más bajo de población con este tipo de cobertura (42,5%). **Es decir que, si bien el 40% de la población tiene únicamente cobertura pública, en el sistema de salud se atiende más de 50% de la población. En los departamentos alejados esta diferencia es aún mayor. Esto revela que una porción de las personas que cuentan con cobertura de una obra social o prepaga utiliza el sistema público,** normalmente porque no encuentra respuesta en el sector privado. Cuando el Estado no cobra adecuadamente a las obras sociales los servicios que les presta a sus afiliados, se producen los llamados “subsídios cruzados”, es decir que el sector público (o sea los ciudadanos con sus impuestos) financia a las obras sociales sindicales o prepagas.

⁴ Encuesta de Condiciones de Vida. Mendoza, 2022. DEIE.

**Porcentaje de población por cobertura de salud según zona de residencia.
Mendoza. Año 2022.⁵**



Respecto del análisis de la cobertura de salud por zona de residencia, se observa que en las zonas urbanas es mayor el porcentaje de población afiliada a OSEP, PAMI u otra obra social o prepaga, que en las zonas rurales. **En este último caso, más de la mitad de la población (54,7%) solamente tiene cobertura pública de salud o cuenta solo con servicios de emergencia.** Este porcentaje cae drásticamente en las zonas urbanas, ya que la población que está cubierta solamente por el sistema público representa un porcentaje menor, el 36,2%.

C. INDICADORES DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Mortalidad general por grandes grupos de diagnóstico año.

Se observa que las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen los primeros capítulos de causas de muerte en nuestra provincia, ocupando los primeros cuatro lugares según causas agrupadas en capítulo por CIE -10.

⁵ Elaboración propia a partir de DEIE en base a la Encuesta de Condiciones de Vida. Mendoza. Año 2022.

Causas de muerte	Porcentaje
Enfermedades del sistema circulatorio	29,40%
Tumores	20,40%
Enfermedades del sistema respiratorio	12,70%
Trastornos mentales y comportamiento	6,10%
Enfermedades del sistema digestivo	5,90%
Resto	25,50%

Enfermedades no transmisibles (ENT)

Dentro de las ENT se engloba un conjunto heterogéneo de enfermedades que comparten la misma etiología en los estilos de vida. Contiene dos grupos:

1. Grupo de enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), dentro de las cuales se encuentran:

- a. Cardiovasculares.
- b. Cáncer.
- c. Respiratorias crónicas.
- d. Diabetes.

2. Grupo de causas externas, las cuales se clasifican por tipo de intencionalidad:

- e. no intencionales (accidentes).
- f. intencionales (agresiones y suicidios).

Entre las causas que explican el incremento de las ENT se encuentra la mayor expectativa de vida y el **agravamiento de varios factores de riesgo (FR) para estas enfermedades, principalmente el sedentarismo, la alimentación inadecuada y el consumo de tabaco y alcohol**. Estos factores han aumentado debido a los profundos cambios en los ambientes físicos y sociales que han modificado nuestra forma de trabajar, recrearnos y movilizarnos, generando modos de vida que incrementan las probabilidades de presentar estas enfermedades.

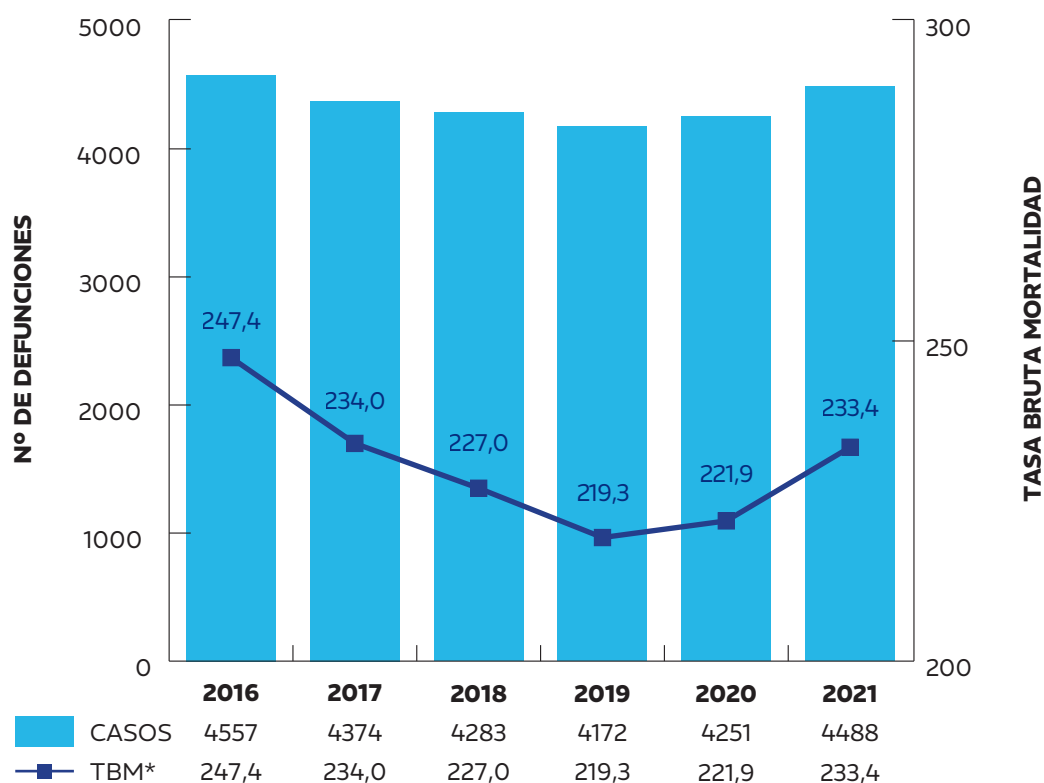
Enfermedades Crónicas No transmisibles (ECNT)

Según la OMS, muchos hogares caen en la pobreza o no pueden salir de ella cuando un miembro padece una ECNT porque, al tratarse de enfermedades de larga duración, supone un gran costo para el grupo familiar en gastos médicos y la imposibilidad de generar nuevos ingresos.

a. Enfermedades cardio-cerebro-vasculares: Representa en el mundo, así como en nuestro país, la principal causa de muerte. Gran parte de ellas son causadas por factores de

riesgos conocidos, factibles de ser modificados con programas de educación y mediante la promoción de hábitos saludables de vida.

Enfermedades cardiovasculares (I00 - I99): Mortalidad según casos y tasa bruta de mortalidad (TBM) por 100.000 habitantes. Mendoza 2016-2021.⁶



b. Cáncer: El cáncer, históricamente, representa la segunda causa de muerte en Argentina y en Mendoza, principalmente debido a cáncer de mama, bronquio y pulmón, colon, próstata y cérvix. Se espera para el futuro un aumento importante de incidencia por este grupo de enfermedades, por ejemplo, por el envejecimiento de la población, entre otras causas. Alrededor de un tercio de todos los casos de cáncer podrían prevenirse evitando factores de riesgo como el tabaco, el consumo abusivo de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física. Los programas de tamizaje y vacunación representan intervenciones efectivas para reducir la carga de determinados tipos de cáncer. Muchos cánceres tienen una probabilidad de curación elevada si se detectan temprano y se tratan adecuadamente. El conocimiento de las tendencias temporales de la incidencia de cáncer es de interés para la vigilancia y control del cáncer en la población, aportando información desde dos puntos de vista: la prevención primaria y la planificación de los servicios asistenciales.

c. Diabetes mellitus (DM):⁷ El incremento de la diabetes mellitus (DM) a nivel mundial está relacionado con el rápido aumento del sobrepeso y la obesidad, favorecidos por la ali-

6 Fuente: Departamento de Bioestadística. Informe estadístico de defunción. Elaboración: Departamento de Coordinación, Procesamiento y Análisis de Datos.

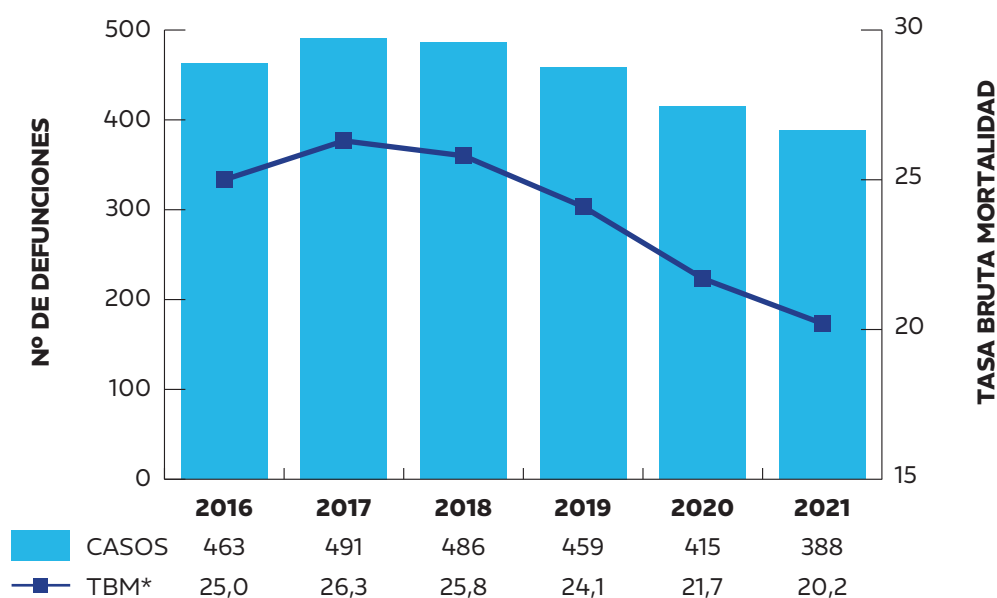
7 Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos, octubre de 2019. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.

mentación inadecuada, el sedentarismo y la actividad física insuficiente. Se estima que entre 20 y 40 % de las personas con DM tienen algún grado de enfermedad renal crónica, siendo la nefropatía diabética la principal causa de ingreso a diálisis. El 25 % de las personas con DM desarrollará una úlcera de pie diabético (UPD) durante su vida. El 40 a 60 % de las amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores se practican a personas con DM. Las complicaciones crónicas de la DM provocan un aumento significativo del ausentismo laboral y ubican a la enfermedad entre las primeras cinco causas de jubilaciones prematuras por discapacidad.

d. Obesidad:⁸ Se estima que gran parte de la carga de ENT es atribuible al exceso de peso principalmente en el caso de la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y diversos tipos de cánceres. Se calcula que en el mundo la obesidad es causa de 4 millones de muertes al año. La prevalencia nacional de sobrepeso fue de 36,3 %, en los varones fue mayor que en las mujeres (41,9 % y 30,9 %, respectivamente). Hay un gradiente ascendente de la prevalencia según grupos de edad a partir de los 18 años. En Mendoza la prevalencia fue de 40,4 %.

e. Enfermedades Respiratorias Crónicas (ERC): Constituyen una de las principales causas de mortalidad en la población adulta en la Argentina, alcanzando a nivel nacional 9 % de los decesos anuales. En Mendoza, históricamente, han sido la tercera causa de defunción después de los tumores. Principalmente, las defunciones son por neumonía, EPOC o enfisema.

Enfermedades Respiratorias (J41-J47): Mortalidad según casos y tasa bruta de mortalidad por 100.000 habitantes. Mendoza. Período 2016-2021.⁹



⁸ Cuarta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos, octubre de 2019. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.

⁹ Fuente: Departamento de Bioestadística. Informe estadístico de defunción. Elaboración: Departamento de Coordinación, Procesamiento y Análisis de Datos.

f. Causas externas: Las causas externas que tienen mayor peso en la mortalidad son los incidentes viales, agresiones y lesiones autoinfligidas. Representan la primera causa de muerte en la población de 4 a 44 años y la cuarta causa de muerte de la población general. Las causas externas de mortalidad en el periodo 2016-2021 representaron 5,7 % del total de causas de mortalidad. Tuvieron un descenso importante durante los años pandémicos 2020 y 2021, y bajaron al 4 % en el total de causas de mortalidad.

Enfermedades de notificación obligatoria (ENO):¹⁰ Enfermedades de transmisión por alimentos, infecciones de transmisión sexual y vertical, inmunoprevenibles, intoxicaciones, infecciones respiratorias, zoonóticas y vectoriales, lesiones por causas externas, hepatitis virales, gastroentéricas (diarreas), virus emergente (SARS-CoV-2), entre otras. El sistema de notificación incluye a 345 centros de atención primaria de la salud (CAPS) y 25 establecimientos con internación en hospitales, centros de salud, postas sanitarias ministeriales, centros de salud municipales y centros de integración comunitaria (CIC) con atención médica. También se encuentran integrados al sistema los efectores de Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) y algunos efectores privados que reportan especialmente emergencias que requieren acciones de control en la población.

a. Infecciones respiratorias agudas. Las infecciones respiratorias agudas representan una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en las edades extremas de la vida. Se analiza enfermedad tipo influenza (ETI), neumonía y bronquiolitis en menores de 2 años. Debido a la pandemia de SARS-CoV-2 ocurrida en 2020 y 2021, no corresponde tomar esos años para evaluación de afecciones respiratorias agudas de origen infeccioso.

Durante el año 2022 hubo un importante incremento de casos de enfermedad tipo influenza alcanzando más de 48.000 casos anuales notificados. Neumonía se mantuvo dentro de lo esperado y la bronquiolitis en menores de 2 años presentó un descenso. Durante el año 2023 la bronquiolitis se ha adelantado temporalmente.

Años	Porcentaje	Neumonía	ETI
2018	11.199	13.696	20.280
2019	13.258	15.556	19.174
2022	8.852	15.616	48.033

b. Enfermedades inmunoprevenibles:¹¹ Se presentan casos anuales notificados al SNVS 2.0 de algunas de las enfermedades inmunoprevenibles en la infancia y adolescencia. Durante 2022 se incrementó la notificación de casos de las inmunoprevenibles.

c. Tuberculosis:¹² La tuberculosis en Argentina continúa siendo un problema de salud pública, aun cuando se trata de una enfermedad que se puede prevenir y curar. La mayoría de las personas que contraen tuberculosis (TB) en nuestro país son adultos jóvenes. En 2021, el 54

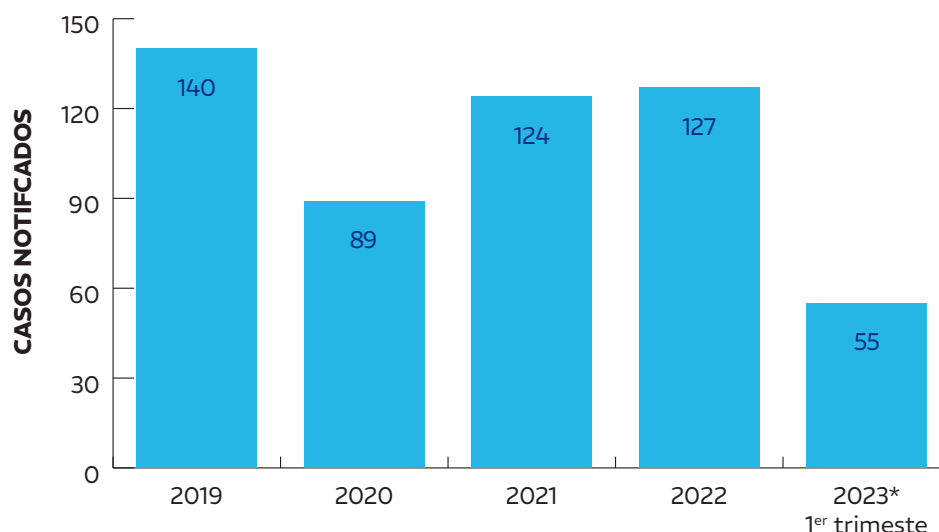
¹⁰ Eventos de notificación obligatoria. Boletín Epidemiológico.

¹¹ Fuente: SNVS 2.0. Elaboración: Departamento de Coordinación, Procesamiento y Análisis de Datos.

¹² Boletín N° 6 Tuberculosis y Lepra en la Argentina. Coordinación de Tuberculosis y Lepra. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud. Argentina, 2023.

% de los casos notificados corresponden a varones, mientras que las mujeres adultas y los niños y niñas representaron el 33 % y el 13 %, respectivamente. En 2021, la tasa de tuberculosis por 100 mil habitantes (casos nuevos y recaídas) fue de 25,9, y la tasa de mortalidad, de 1,49 por 100 mil habitantes. En Mendoza, la tasa de tuberculosis por 100 mil habitantes (casos nuevos y recaídas) fue de 6,5, y la tasa de mortalidad, de 0,9 por 100 mil habitantes.

TBC: Casos notificados por año. Periodo 2019-2023



D. ENFERMEDADES ZONÓTICAS Y VECTORIALES

Chagas: Dentro de las vías de transmisión del *Trypanosoma cruzi*, una de las formas que se produce es a través de insectos hematófagos conocidos en Argentina como “vinchucas” (*triatoma infestans*), si están infectados con el parásito. Actualmente, esta vía de transmisión está en descenso en nuestro país, a expensas del control vectorial que se realiza, siendo la principal vía de transmisión la vertical: de persona gestante a hijo/a durante el embarazo y/o parto.

Rabia: En Mendoza no se registran casos de rabia. Las acciones deben estar destinadas a la prevención de manera permanente para que no existan casos. Es fundamental la vacunación contra la rabia, ya que se debe tener presente que somos una zona enzoótica, por lo cual hay una prevalencia en animales silvestre y un gran tránsito de personas y animales domésticos entre provincias y países, por lo cual la prevención de la enfermedad es una situación a atender.

Enfermedades gastroentéricas: Las enfermedades diarreicas agudas constituyen una de las causas principales de enfermedad y de consulta ambulatoria. Representan entre el 60 y el 80 % del motivo de consulta pediátrica en los servicios de salud en América Latina. Los niños y los adultos de la tercera edad son los más susceptibles. La mayoría de los casos se originan a partir de la ingesta de agua (de consumo o recreacionales), de alimentos contaminados, o por vía fecal oral (persona-persona; animal-persona).

Síndrome urémico hemolítico (SUH):¹³ El síndrome urémico hemolítico (SUH) es un problema importante de salud en la Argentina. Se produce en el 90 % de los casos por la infección de la bacteria *Escherichia coli*, variedad enterohemorrágica productora de toxina Shiga (Shiga toxin-producing *Escherichia coli*; STEC, por su sigla en inglés). Afecta en su mayoría a personas de entre 1 y 5 años de edad. La tasa de incidencia en nuestro país es de entre 10 y 12 casos cada 100.000 menores de 5 años de edad. La incidencia anual en Europa y Norte América es entre 2,5 por 100.000 menores de 6 años.

En nuestra Provincia la Tasa de Incidencia, fluctúa alrededor de 1 caso, por 100.000 habitantes.

E. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

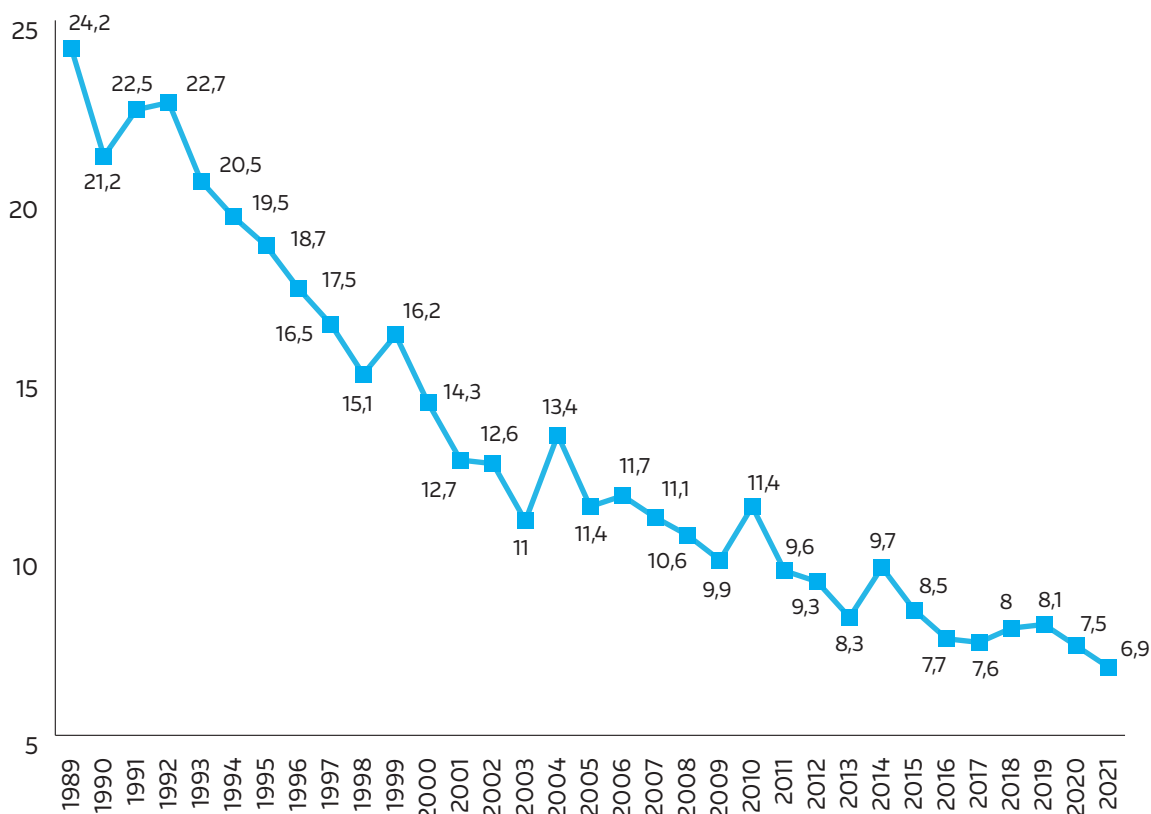
Infección por VIH: Las personas mayores de 15 años, al momento del diagnóstico, representan 99 % de personas infectadas. El grupo comprendido entre 0 y 14 años corresponde, en su totalidad, a niños/as infectados por transmisión vertical. A pesar de la efectividad de los protocolos de profilaxis, aún se siguen diagnosticando a niños/as con VIH. Esto se debe básicamente a un acceso tardío al diagnóstico de la embarazada, ya que el inicio de tratamiento antirretroviral a tiempo reduce esta posibilidad a cero. Es por ello que debe insistirse en la obligatoriedad para médicos y obstetras de ofrecer el test a toda embarazada en el primer, segundo y tercer trimestre de gestación en cualquier tipo de institución de salud. La principal vía de transmisión en la población entre 15 y 59 años es la práctica sexual desprotegida.

F. MORTALIDAD INFANTIL

Unos de los indicadores más utilizados para evidenciar el estado de salud global de una población son la esperanza de vida al nacer y la mortalidad infantil, dado que están íntimamente relacionadas con los determinantes sociales. En Mendoza, la tasa de mortalidad infantil (TMI) viene descendiendo desde hace varios años, y desde 2011 está por debajo de 10 por mil nacidos vivos. Si observamos los objetivos de desarrollo del milenio, nuestra provincia los alcanzó en este indicador, y en 2021 tiene una tasa de 6,9 cada mil nacidos vivos, por debajo de la media nacional.

¹³ <https://www.sap.org.ar/novedades/301/dia-nacional-de-la-lucha-contr-el-sindrome-uremico-hemolitico-suh.html>

Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil. Mendoza. Período 1989-2021

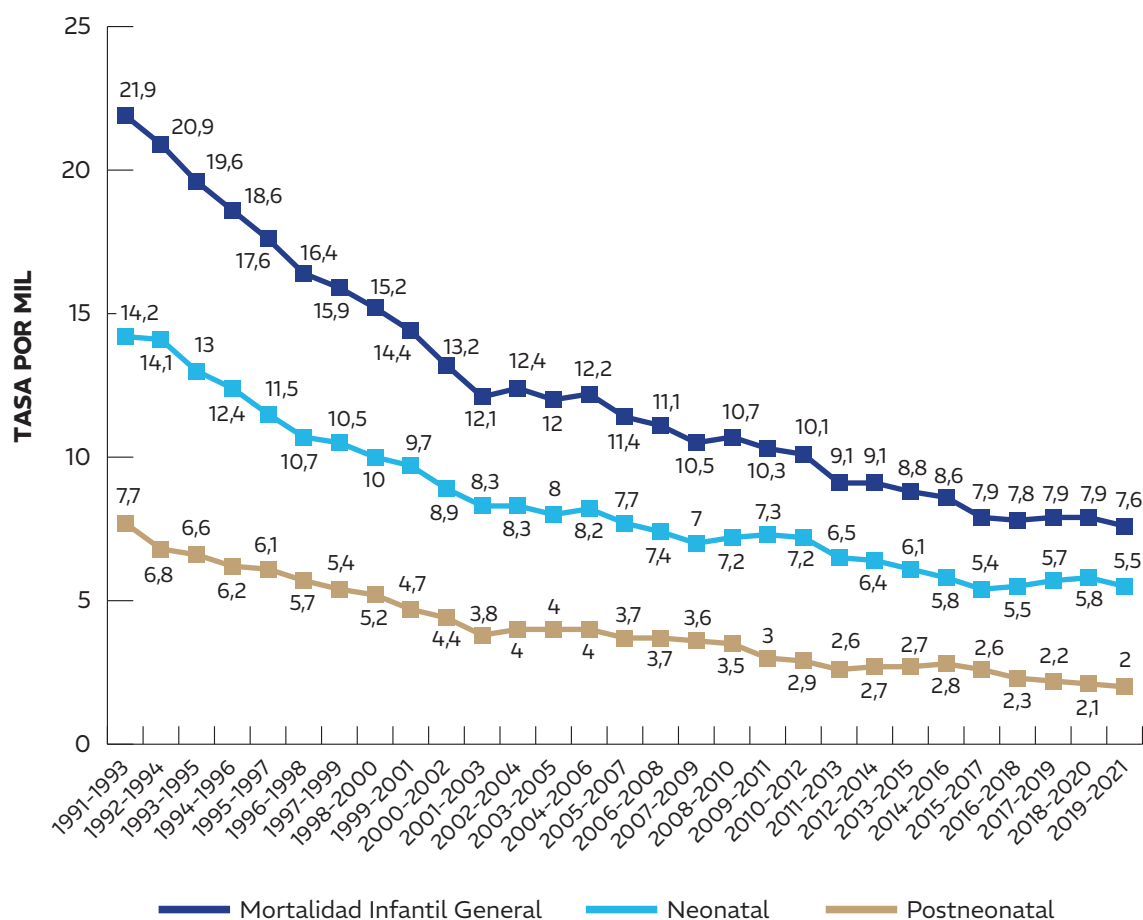


G. MORTALIDAD NEONATAL Y POSNEONATAL

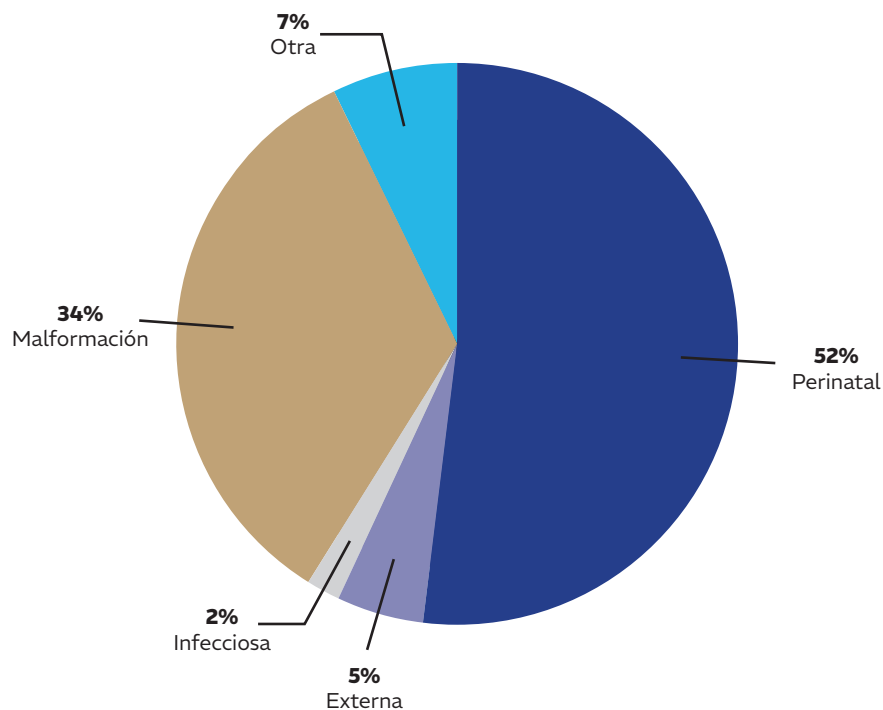
La MI se divide, de acuerdo con una clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la edad del fallecimiento de los niños, porque las causas que producen esas muertes son diferentes y, por lo tanto, las acciones que deben implementarse para reducirlas también son distintas.

Hay dos grandes componentes:

1. Mortalidad neonatal (MN): es la que se produce desde el nacimiento hasta cumplir los 27 días de vida. Este se subdivide a su vez en dos:
 - 1.1. Mortalidad neonatal precoz: desde el nacimiento hasta cumplir 6 días de vida.
 - 1.2. Mortalidad neonatal tardía: desde los 7 a los 27 días de vida
2. Mortalidad posneonatal (MPN): expresa la muerte de los niños desde los 28 a los 364 días.

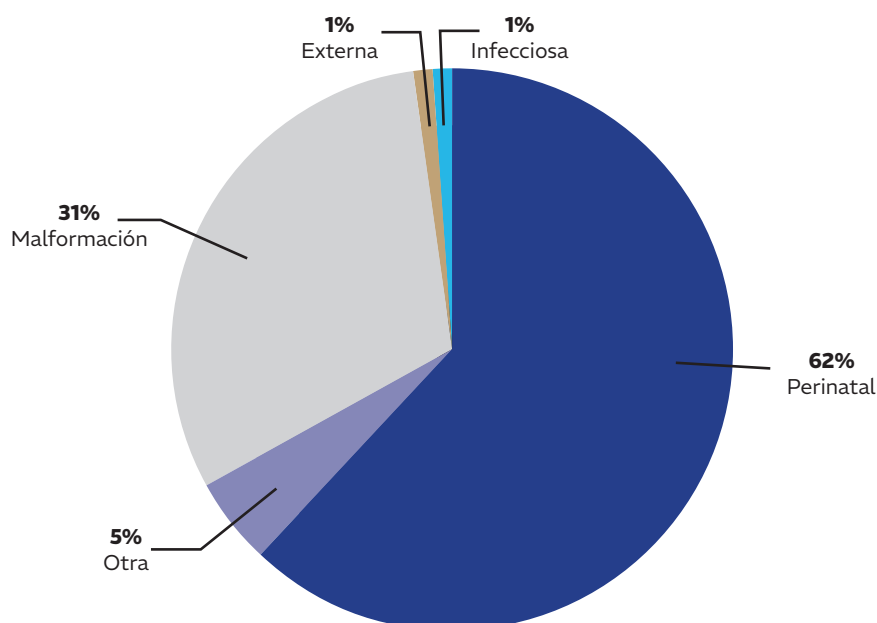


Mortalidad infantil según causa agrupada. Mendoza. Período 2019-2021¹⁴



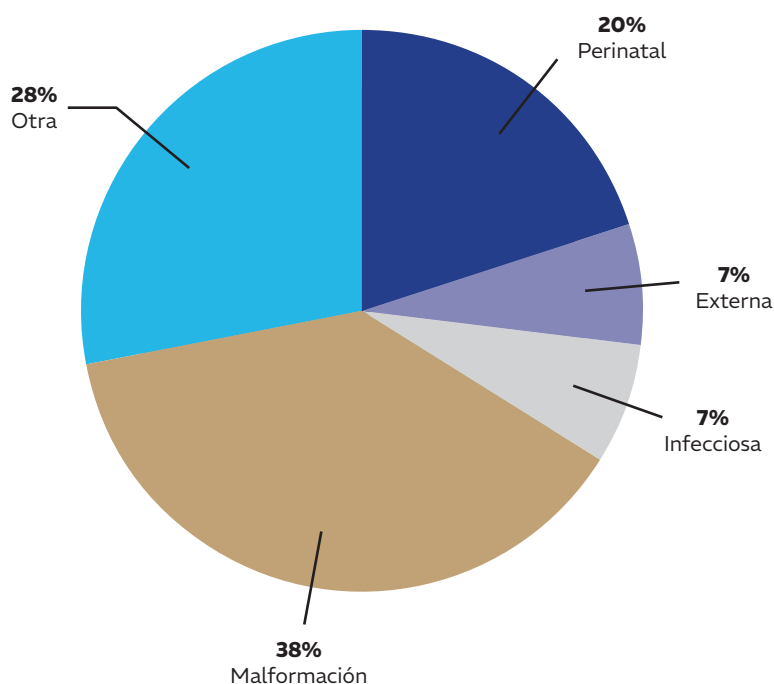
¹⁴ Fuente: Dirección Provincial de Maternidad e Infancia MSDSyD. Mendoza.

Mortalidad infantil neonatal según causa agrupada. Mendoza. Año 2021.



La mortalidad neonatal (MN) es la fracción de mayor peso relativo en el indicador de la mortalidad infantil. La mayoría de las causas de muerte son de origen perinatal (embarazo, parto, período neonatal). Tradicionalmente, se relaciona la MN con las condiciones biológicas del recién nacido, la atención médica y de enfermería recibida y la concomitante aplicación de tecnologías y, en menor grado, con condiciones sociales como la mortalidad posneonatal (MPN). La evidencia internacional muestra que la MN es mayor cuando los niños de riesgo nacen en maternidades de baja complejidad. Asimismo, el riesgo de muerte es tres veces superior cuando, además de baja complejidad, el censo diario de la “terapia intensiva neonatal” es inferior a los 15 pacientes/día.

Mortalidad infantil posneonatal según causa agrupada. Mendoza. Año 2021.¹⁵



La mortalidad posneonatal (MP) también se ve influenciada por las condiciones de vida y el nivel socioeconómico, especialmente de las madres. La MP se vincula cada vez más con eventos acaecidos en el período neonatal (bajo y muy bajo peso al nacer) y con la morbilidad crónica derivada de la patología neonatal. Por estas razones, es necesario mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de neonatología con cuidados intensivos neonatales, a fin de lograr estándares mínimos que permitan un cuidado efectivo y una producción que genere una disminución de la MN y de la mortalidad en la terapia intensiva.

H. MORTALIDAD MATERNA

La muerte materna (MM) es considerada uno de los indicadores clave para evaluar el nivel de equidad y desarrollo humano. Es un hecho poco frecuente, pero de alto impacto en las políticas sanitarias y sociales. La MM es altamente evitable (95%), como se ha fundamentado ampliamente en la bibliografía internacional, y su peso en el entramado social de las comunidades es relevante. Por lo tanto, dilucidar los mecanismos de su ocurrencia en vistas a su prevención es aconsejable.

El acceso universal a los métodos anticonceptivos es fundamental para disminuir la ocurrencia de muertes maternas. La atención prenatal adecuada, la detección del alto riesgo obstétrico y la oportuna derivación a servicios de mayor complejidad son cruciales para evitar demoras en la asistencia. Asimismo la atención del nacimiento en maternidades donde se cumplan las condiciones obstétrico y neonatales esenciales para brindar atención de calidad y respuesta adecuada a las emergencias obstétricas y neonatales.

¹⁵ Fuente: Dirección Provincial de Maternidad e Infancia MSDSyD. Mendoza

I. SALUD MENTAL

Los informes sobre la salud mental de la población de Mendoza son coincidentes con las estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que determinan la gravedad de la situación de este aspecto de la salud en Latinoamérica. Las problemáticas de consumo, los trastornos mentales relacionados con conflictos socioeconómicos, el suicidio, entre otros factores, son identificadas como elementos problemáticos potenciales en las edades infanto-juveniles. Asimismo, los problemas de salud pública vinculados a esta problemática experimentan un crecimiento a nivel mundial. En el modelo actual, muchos problemas son consecuencia directa de la marcada fragmentación que existe entre la salud mental y el resto del sistema de salud. Esta se atiende mayormente en los efectores monovalentes, significando ello un verdadero obstáculo para el abordaje integral de la salud de los usuarios en todos sus aspectos. El presupuesto que se destina a la salud mental del sistema provincial está aplicado principalmente a los dos hospitales monovalentes, que se encuentran ubicados en el Gran Mendoza, quedando el territorio provincial con escasos recursos para aplicar a esta materia (o con acceso muy dificultoso en todos los niveles de atención de la salud). La salud mental de los adolescentes requiere una atención especial, más aún en la etapa pospandemia, que provocó un aumento significativo de casos de intentos de suicidio y autolesiones, constituyendo estas el 60 % de las atenciones de urgencia en salud mental adolescente. Se considera que, para dar respuesta a esta problemática en creciente ascenso en nuestra provincia, es fundamental desarrollar estrategias que involucren un abordaje intersectorial que incluya infancia, adolescencia, escuelas, cultura y deportes. Una de las principales tareas consiste en fortalecer la red de información, es decir establecer vínculos con los efectores y actores proveedores de información o datos, motivándolos a participar en la generación de información de manera óptima.

J. DISCAPACIDAD

La atención de la discapacidad comienza con la promoción de la salud en la persona sana. Tanto la prevención como la promoción de la salud, trabajadas en la atención a la discapacidad, quedan englobadas dentro de la prevención de discapacidades, que a su vez también incorpora, con el proceso de restitución de la salud, la prevención de las complicaciones, limitando en consecuencia la pérdida de la función de las personas o, dicho de otro modo, deficiencias instaladas, imbricando sus acciones tempranamente con rehabilitación. Ello comprende las acciones necesarias para el logro de la integración o reintegración de las personas con deficiencias y discapacidades a las actividades que les corresponden como ciudadanas en una comunidad.

A grandes rasgos, la Dirección de Atención a la Discapacidad tiene tres microhogares propios que devinieron del ex Jorba, uno en capital, uno en Godoy Cruz y uno en Las Heras. También contrata por subsidio a 15 hogares y, mediante convenio, a otros 8 hogares. La Dirección también contrata cuidadores domiciliarios en determinadas ocasiones y paga prestaciones de rehabilitación, transporte y elementos ortopédicos. Lleva a cabo procesos de inserción laboral y capacitación.

Personas con discapacidad (PCD) por departamento. Mendoza.¹⁶

Departamento	Física Motora	Física Visceral	Intelectual	Múltiple	Mental	Sensorial Auditiva	Sensorial Visual	Total general
General Alvear (Mendoza)	561	105	612	296	265	137	82	2.058
Godoy Cruz (Mendoza)	2.391	529	1.189	1.950	1.811	721	394	8.985
Guaymallén (Mendoza)	2.713	893	1.436	2.263	3.038	1.141	581	12.065
Junín (Mendoza)	508	145	231	200	397	121	143	1.745
La Paz (Mendoza)	241	88	58	125	87	32	52	683
Las Heras (Mendoza)	2.614	681	1.328	1.623	1.878	867	497	9.488
Lavalle (Mendoza)	824	188	436	480	234	139	124	2.425
Luján De Cuyo (Mendoza)	1.928	398	781	809	1.230	622	235	6.003
Maipú (Mendoza)	1.896	462	729	1.338	1.276	682	316	6.699
Malargüe (Mendoza)	251	65	385	235	208	130	72	1.346
Mendoza (Capital)	1.357	296	511	1.177	1.260	619	214	5.434
Rivadavia (Mendoza)	619	157	342	347	329	138	154	2.086
San Carlos (Mendoza)	568	95	173	196	263	123	65	1.483
San Martín (Mendoza)	1.054	238	931	547	638	360	290	4.058
San Rafael (Mendoza)	2.104	370	2.051	1.321	1.073	627	400	7.946
Santa Rosa (Mendoza)	341	68	151	180	117	50	77	984
Tunuyán (Mendoza)	808	138	571	239	282	246	162	2.446
Tupungato (Mendoza)	484	86	291	197	200	145	72	1.475
Total general	21.262	5.002	12.206	13.523	14.586	6.900	3.930	77.409

¹⁶ Fuente: Dirección de Atención a la Discapacidad. Datos al 10/07/2023.

Personas con discapacidad (PCD) por rango etario. Mendoza.

Grupo Etario	CUD Activos
0 - 4 años	3.471
5 - 9 años	6.602
10 - 14 años	6.484
15 - 19 años	4.605
20 - 24 años	3.786
25 - 29 años	3.425
30 - 34 años	3.250
35 - 39 años	3.589
40 - 44 años	3.845
45 - 49 años	4.118
50 - 54 años	4.900
55 - 59 años	5.580
60 - 64 años	5.871
65 - 69 años	5.416
70 - 74 años	4.776
75 - 79 años	3.777
80 - 84 años	2.352
85 - 89 años	1.140
90 - 94 años	355
95 y más	67
Total General	77.409

2. Subsector de obras sociales

En virtud de que las OOS sindicales están vinculadas a la actividad económica y al nivel de empleo, su tamaño, capacidad de prestación de servicios y responsabilidad sobre la cobertura de sus afiliados es diferente, existiendo obras sociales “pobres” y “ricas”. Incluso existen diferencias de accesibilidad a los servicios de los beneficiarios dentro de una misma obra social. Por lo tanto, no está asegurada la solidaridad entre las OOS ni tampoco dentro de una misma obra social. Al igual que a nivel nacional, las OOS sindicales que actúan en la provincia de Mendoza son cerca de 290. El Estado provincial tiene poca injerencia sobre su funcionamiento y prestaciones. La atomización, los elevados costos de intermediación, la inequidad geográfica y la gestión muchas veces ineficientes de los recursos se han traducido en muchas de ellas en disminución de la cantidad y/o la calidad de los servicios.

OSEP: En 1953 se creó la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP), concebida como una organización aseguradora para dar protección de salud y social a los empleados públicos y a sus familiares directos. Desde el comienzo tuvo una estructura de prestación mixta, constituida por establecimientos propios y contratados. Los empleados públicos están obligados

a ser afiliados de OSEP y no pueden llevarse sus aportes (población cautiva). OSEP puede recibir afiliados voluntarios. Actualmente tiene alrededor de 400.000 afiliados, de los cuales solo 180.000 realizan aportes. El 20 % de la población de Mendoza tiene OSEP y el 70 % de sus gastos se destinan a medicamentos y prestaciones asistenciales. Tiene el mismo problema que muchas OOS: un grupo reducido de afiliados consumen una parte importante de los recursos: oncología, discapacidad, enfermedades catastróficas como esclerosis, etc. Pero, a diferencia de las OOS sindicales, no cuenta con los aportes nacionales del fondo solidario de redistribución para cubrir parte de estos costos. Otra diferencia sustantiva es que los jubilados se mantienen dentro de OSEP (en las OOS sindicales pasan a PAMI), siendo esta población demandante en cuanto a recursos. Como muchas obras sociales, los aportes promedio no cubren el costo del Programa Médico Obligatorio (PMO), lo que dificulta la sostenibilidad, y si comparamos los ingresos por afiliado de OSEP con el ingreso de las prepagas, es aproximadamente 3 veces inferior: por cada peso que recibe OSEP, las prepagan reciben 3.

PAMI: En 1970 se crea en el ámbito nacional una obra social exclusiva para jubilados (INSS-JP o PAMI), mediante la Ley 19032. Sus afiliados son todas personas que, siendo activas, pertenecían a las obras sociales sindicales. El PAMI se rige por legislación y administración nacional. En Mendoza no posee proveedores propios y su administración está a cargo de una Delegación que se ocupa de gestiones administrativas, pagos a profesionales, auditoría de prestaciones, fiscalización de proveedores, análisis de la satisfacción del usuario, etc. Las decisiones de gestión se mantienen en la administración central y el Estado provincial no tiene injerencia sobre la gestión o política de servicios de PAMI para los afiliados provinciales. El PAMI tiene en Mendoza alrededor de 200.000 beneficiarios. Uno de los rasgos históricos característicos de este modelo de organización de la seguridad social de gestión estatal (OSEP y PAMI) es la escasa convergencia con el Estado para mejorar las condiciones de salud del conjunto social. El constante cambio en la forma de pago (cápita, módulo, prestación, etc.) genera incertidumbre y falta de previsibilidad en los prestadores, lo que a su vez lleva a niveles de prestación inadecuados y muchas veces de mala calidad para los afiliados.

3. Subsector de sector privado

Clínicas, sanatorios y hospitales privados: A partir de 1970, junto con el desarrollo e institucionalización de las obras sociales, el sector privado de provisión de servicios (hospitales privados, clínicas y sanatorios), con o sin fines de lucro, inició su expansión de servicios incorporando equipamiento de alta complejidad en diagnóstico y tratamiento, estableciendo una ventaja con respecto al hospital público en este segmento de la oferta debido a los problemas de gestión y desinversión de este último. El sector privado está orientado especialmente a la atención ambulatoria e internación de complejidad intermedia, así como a la alta complejidad de mejor relación inversión-rentabilidad. Predominan los establecimientos pequeños o medianos (46 camas en promedio) dedicados a las especialidades de mayor aceptación entre la población (partos, cirugías de corta estancia) y mayor rentabilidad económica.

Empresas de seguros privados: En los años 90 se produjo la aparición y crecimiento de las empresas privadas de seguros de salud (medicina prepaga), encuadradas como sociedades con fines de lucro que estaban reguladas por la Ley 26682, la legislación societaria y el Código Civil y Comercial de la Nación (CCCN), pero no poseían normas reguladoras respecto de las prestaciones de salud. Actualmente, con la entrada en vigencia del DNU 70/2023, pasan a estar en la misma órbita que las OOS nacionales y bajo las mismas condiciones. En Mendoza, por el momento, no tienen servicios de internación propios, razón por la cual utilizan, principalmente, el sector privado y secundariamente el subsector público. La atención ambulatoria es de libre elección para el asegurado, dentro de una cartilla definida de profesionales. Existen coseguros variables según la empresa y el plan contratado.

2 Análisis Interno

Una de las etapas más importante de todo el proceso de planificación estratégica es el análisis interno. Este permite conocer los principales recursos, capacidades, potencialidades y limitaciones con los que cuenta el **Ministerio de Salud y Deportes**. Realizar un análisis interno permite identificar las fortalezas y debilidades para establecer objetivos y formular estrategias que permitan potenciar los puntos fuertes, y reducir o superar dichas vulnerabilidades.

El Sistema Sanitario

El modelo sanitario provincial actual es el resultado de un proceso de conformación del sector que comienza en los años 40. La evolución del modelo provincial no ha sido ajena al proceso ocurrido en el nivel nacional, donde coexisten tres sectores: público, seguridad social y privado. Desde el punto de vista de la financiación, estos tres grandes subsectores están totalmente desarticulados. Las instituciones no se encuentran integradas ni coordinadas, lo que caracteriza al sector salud como segmentado, fragmentado y heterogéneo, tanto por su organización como por su financiamiento y su accesibilidad.

El sistema es inequitativo en todos sus sentidos. Las posibilidades de cobertura son muy distintas para las personas que solamente son cubiertas por el sector público y las que tienen cobertura por alguna obra social, y también hay diferencias significativas entre estas últimas y quienes tienen seguros privados.

Hasta el momento, no se ha planteado una reforma del sector en el marco de una política de Estado, asentada sobre el más amplio consenso, que establezca reglas claras y garantice a toda la población el acceso a los servicios esenciales, cuya aplicación y continuidad en el tiempo sea responsabilidad del conjunto de los actores políticos, sociales y sectoriales, independientemente del sector político del gobierno.

Se analizará:

1. **Estructura del gasto.**
2. La **estructura organizativa** del subsector público de salud.
3. Evaluación de los **activos materiales** con los que se cuenta para realizar la actividad asistencial, así como su idoneidad: infraestructura, equipamiento, tecnología, etc., del subsector público.
4. Los **productos/servicios**: evolución de la producción de la oferta de servicios del subsector público.
5. Evaluación de los **recursos humanos** del sector público.
6. **Sistema de gestión** utilizado, su eficacia, evaluación y alcance.

Estructura del gasto

Estimación de los recursos asignados a la salud por sectores financiadores en la Provincia de Mendoza (2023) ¹⁷			
Jurisdicción	Monto en millones de \$	% del total	% del PBG
Presupuesto público (provincial y municipal)	160.200	22%	3,7%
OSEP	90.900	12,5%	2,1%
PAMI	107.600	14,8%	2,5%
Otras obras sociales	149.800	20,6%	3,5%
Empresas de medicina prepaga	77.090	10,6%	1,8%
Gasto directo de usuarios	141.850	19,5%	2,1%
TOTAL	727.272	100%	15,7%

El sector más importante del sistema de salud en Mendoza es el público, que posee un desarrollo y gobierno autónomo respecto del nivel nacional. La autoridad es el **Ministerio de Salud y Deportes** y no posee órganos de gobierno descentralizados en las distintas regiones o departamentos de la provincia. Durante los últimos diez años, el presupuesto de salud ha representado alrededor de 10 % del presupuesto provincial total. Para 2023, el presupuesto ejecutado en salud fue cercano a 150.000 millones: el 85% del mismo fue asignado a los hospitales; 12 %, a centros de salud, y el restante 3 %, a medicina preventiva.

La estructura organizativa del subsector público de salud.

El modelo de organización del sistema de financiamiento y prestación de servicios en la provincia de Mendoza corresponde a un “modelo público integrado”, en el cual se da la concurrencia del Estado como prestador y financiador de servicios, sin diferenciación de las funciones de financiación, compra y provisión en términos de responsabilidad, que recaen todas en la misma figura jurídica.

¹⁷ Fuente: Elaboración propia en base a datos de distintas publicaciones oficiales y privadas

En Mendoza se puede observar que en el sector público existe una fusión de las tres grandes funciones de todo sistema de salud que recaen bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y Deportes de la Provincia, que conforma el presupuesto anual a partir de fondos recaudados a través de impuestos (función de financiación) y lo asigna a los establecimientos (función de compra), que prestan los servicios bajo la responsabilidad del primero (función de provisión).

En este caso, el dinero no sigue al paciente, ya que los prestadores de servicios son pagados con presupuestos globales. Esto implica que los incentivos a los prestadores no son adecuados, ya que aquellos que son un poco más eficientes son recompensados con más trabajo, pero no con mayores recursos; mientras que los prestadores ineficientes son recompensados con menos trabajo y recursos ociosos o subutilizados. Tampoco existen incentivos a los prestadores para minimizar los costos unitarios. Las colas o listas de espera para atención son frecuentes y los pacientes tienden a tener poco poder de elección. El presupuesto de salud se estructura sobre una base histórica sin tener en cuenta la actividad o costos de producción de los establecimientos.

Una parte significativa de las prácticas médicas que se realizan en hospitales públicos de nuestra provincia tienen como beneficiarios a “pacientes con cobertura médica”. Se entiende por tales a aquellas personas que cuentan con planes que cubren total o parcialmente la atención, de cualquier nivel, que este o su grupo familiar requieren: sistemas de obra social, prepaga, seguro médico, aseguradoras de riesgos del trabajo, seguro de responsabilidad civil, beneficiarios de planes naciones, sujetos residentes en otras provincias o países, entre otros.

Si bien la salud pública es de libre acceso, ello no significa que sea gratuita. En ese sentido, la Ley 5578 de la Provincia de Mendoza dispone que “Cuando en los centros sanitarios asistenciales de la Provincia de Mendoza se prestare cobertura de salud a pacientes pertenecientes de obras sociales, mutuales, sistemas de medicina prepaga, compañías de seguros o terceros obligados a resarcirlos cualquiera sea la causa que origine dicha obligación, deberán abonar los gastos que hubiera ocasionado la atención del mismo”.

En ese sentido, la referida ley dispone que “los fondos que se recauden constituirán recursos propios de cada hospital o centro asistencial sanitario, y estarán afectados a la adquisición de insumos, equipamientos, mantenimiento y servicios necesarios para mejorar la calidad de atención de los enfermos”. Cabe agregar a ello que, en muchos casos, los fondos dejados de percibir por prácticas médicas no cobradas representan un porcentaje considerable en relación con el presupuesto del efector, tomando mayor dimensión el perjuicio para el subsistema público de salud.

En la actualidad, muchos hospitales y centros de salud de la Provincia experimentan múltiples dificultades para gestionar la cobranza de las prestaciones brindadas a “pacientes con cobertura”, lo que impacta severamente en sus presupuestos y, en consecuencia, en las cuentas del Ministerio de Salud de la provincia.

Además, el precio cobrado por los servicios hospitalarios a las OOSS es bajo y está relacionado con lo que fija la normativa nacional. El costo de los mismos en los hospitales es muy

superior a lo que cobran. Esto no es percibido como un problema, debido a que el dinero recaudado funciona como de disponibilidad inmediata para los hospitales. Sin embargo, consolida el subsidio de los sectores de menores recursos a los de mayores recursos (subsídios cruzados). Algunos hospitales han avanzado en salir del camino de la Superintendencia de Salud judicializando las facturas para conseguir mejores valores. Pero las demoras y los costos de esa judicialización afectan negativamente el patrimonio del Estado.

FUNCIÓN DE PROVISIÓN

Actividades asistenciales

La provisión de servicios en el sector público se lleva a cabo por medio de distintos mecanismos:

Promoción de la salud: se define como “el proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (OMS, Carta de Ottawa de 1986). La promoción de la salud está centrada en la persona y pone su acento en los determinantes de la salud y en sus determinantes sociales. Existen diversos programas en el Ministerio, como el Programa Provincial de Control del Tabaco, el Programa Provincial de Salud Reproductiva, el Programa Sumar, el Programa de seguimiento del recién nacido de riesgo, etc.

Prevención de enfermedades: La prevención se refiere al control de las enfermedades poniendo énfasis en los factores de riesgo, y poblaciones de riesgo; cuando se hace referencia a prevención, se centra en la enfermedad. **Prevención primaria:** Son “medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes” (OMS, 1998; Colimón, 1978). El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad. Programas provinciales destinados a la Prevención primaria: Programa Provincial de Inmunizaciones, Programa Provincial de Prevención de Accidentes, Programa Provincial de Rabia, Programa Provincial de Vigilancia y Control del Mosquito Vector del Dengue, Programa Provincial de Lucha y Control de Hidatidosis, Programa Provincial de Chagas, entre otros. **Prevención secundaria:** Está destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad incipiente (sin manifestaciones clínicas). Significa la búsqueda en sujetos “aparentemente sanos” de enfermedades lo más precozmente (tempranamente) posible. Comprende acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Estos objetivos se pueden lograr a través del examen médico periódico y la búsqueda de casos (pruebas de screening). El diagnóstico temprano, la captación oportuna y el tratamiento adecuado son esenciales para el control de la enfermedad, y así pretende reducir la prevalencia de la enfermedad” (OMS, 1998, Colimón, 1978). Programas Provinciales destinados a la Prevención secundaria: Programa Provincial de Detección Precoz de Hipoacusia, Programa Provincial de Detección de Enfermedad Celíaca, Programa Provincial de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino y Mama, Programa Provincial de Detección Precoz de Cáncer de Colon y Recto, Programa de Prevención, Asistencia y Tratamiento de Personas Diabéticas, Programa de Prevención y Tratamiento de Enfermedades Cardiovasculares, entre otros. **Prevención terciaria:** se refiere a acciones

relativas a la recuperación ad integrum de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico y tratamiento y la rehabilitación física, psicológica y social en caso de invalidez o secuelas buscando reducir de este modo las mismas. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad. Programas Provinciales destinados a la Prevención Terciaria: Programa Provincial de Obesidad, Programa Provincial de Enfermedades Respiratorias Crónicas, Programa de Oxigenoterapia Domiciliaria en Adultos, Programa Provincial de Tuberculosis, Programa Provincial de VIH, Programa de Fibrosis Quística y oxigenoterapia en niños, Programa de Esclerosis Múltiple, Programa Provincial de Diálisis, Programa de Apoyo al Paciente Oncológico.

La promoción y la prevención están casi exclusivamente a cargo del sector público. La mayor parte de las actividades están a cargo de la administración provincial, con mínima participación municipal. Se observa que los programas desarrollan sus actividades con poca articulación entre sí y con los establecimientos de salud que componen la red asistencial, por lo cual no logran una transversalidad en su misión.

Recuperación de la salud: La atención de los problemas de salud de la población no tienen en nuestra provincia un ordenamiento en las acciones sanitarias que permita garantizar homogeneidad en su abordaje. Cada nivel institucional, desde la macro y hasta la microgestión, aplica de manera anárquica y poco sistematizada acciones que se basan fundamentalmente en el conocimiento particular. La inexistencia de guías de práctica clínica homologadas y adaptadas, para estandarizar los procesos (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las patologías) que intervienen en las principales causas de morbilidad y mortalidad de la provincia de Mendoza conlleva a que los problemas de salud importantes sean gestionados de manera disímil en los establecimientos.

Rehabilitación: La rehabilitación es el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al paciente con discapacidad la mayor capacidad e independencia posible.

NIVELES DE ATENCIÓN

Los niveles de atención se refieren a la organización de recursos de forma escalonada y en orden ascendente en relación con la complejidad de la atención de la salud. Para que los niveles de atención funcionen adecuada e ininterrumpidamente, debe existir una referencia y contrarreferencia, y para esto es fundamental la coordinación entre los diferentes niveles. La continencia o capacidad operativa de cada nivel debe adaptarse para dar respuesta a las necesidades de la población. La entrada del usuario al sistema debe darse siempre desde el primer nivel de atención.

El primer nivel es el más cercano a la población y debe constituirse como puerta de entrada al sistema, o sea, el primer contacto. Está formado por aquellos centros asistenciales más

accesibles, como Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) hospitales departamentales y hospitales regionales.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales, donde se prestan servicios relacionados con medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, cirugía general y salud mental. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95 % de problemas de salud de la población.

El tercer nivel se reserva para la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Se brinda en hospitales de referencia provinciales. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de la provincia. Solo corresponde tratar en este nivel aproximadamente el 5 % de los problemas de salud.

A la atención en el primer nivel le falta capacidad de resolución. A veces es ineficaz y por lo general no está integrado formalmente con la red hospitalaria. Como consecuencia, las actividades promocionales y preventivas están poco desarrolladas, la red de atención primaria de la salud no contiene la demanda asistencial, y se produce la autoderivación del paciente y el bloqueo de los servicios de guardia y la consulta externa de los hospitales.

Comúnmente, la población, que tiene la libertad de solicitar atención donde lo considere, muchas veces lo hace en un nivel de atención que no corresponde (por ejemplo, en las guardias de hospitales). Esto genera distribución irregular de las cargas de trabajo, sobreocupación de algunas unidades médicas con subutilización de otras, inconformidad de usuarios y prestadores de servicios y dispendio innecesario de recursos humanos y materiales.

Resulta más costoso atender problemas de salud simples en una unidad médica que cuenta con alta tecnología, que atenderlos en el nivel de atención que le corresponde. Esto lleva a gran congestión en los hospitales del tercer nivel con patologías banales y simples que pueden ser diagnosticadas y tratadas en establecimientos del primer nivel.

El modelo de atención en los CAPS es a demanda. Estos efectores no tienen población a cargo, atienden a toda la población que demanda asistencia y lo hacen de forma gratuita, pero la mayoría solo prestan servicios en horario matutino.

Hospitales: Son los establecimientos de salud donde se resuelve el segundo y el tercer nivel de atención. La provincia de Mendoza cuenta con 22 hospitales públicos. dotados en conjunto de 2.338 camas.

Clasificación: Se clasifican, según el Registro Federal de Establecimientos Sanitarios (RE-FES), en:

1. ESCIG: Establecimientos Sanitarios Con Internación General.
2. ESCIE: Establecimientos Sanitarios Con Internación Especializada.
3. ESCIEP: Establecimientos Sanitarios Con Internación Especializada en Pediatría.
4. ESCIETE: Establecimientos Sanitarios Con Internación Especializada en Tercera Edad.
5. ESCIESM: Establecimientos Sanitarios Con Internación Especializada en Salud Mental.

1. ESCIG (Establecimientos Sanitarios Con Internación General): se han clasificado históricamente en hospitales departamentales, regionales y de referencia provincial.

Hospitales departamentales: son los hospitales generales de menor complejidad, situados en las villas cabeceras departamentales. Se caracterizan básicamente porque realizan atención de la demanda espontánea de morbilidad percibida, control de la población, diagnóstico temprano de daño e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo y guardia general. Sin embargo, la oferta sanitaria es dispar y con diferentes niveles de resolución de problemas. Son los siguientes:

- Hospital Enfermeros Argentinos: General Alvear.
- Hospital Regional Malargüe: Malargüe
- Hospital General Las Heras: Tupungato.
- Hospital Victorino Tagarelli: San Carlos.
- Hospital Saporiti: Rivadavia.
- Hospital Arenas Raffo: Santa Rosa.
- Hospital Arturo Illia: La Paz.
- Hospital Ramón Carrillo: Las Heras.
- Hospital Chrabalowski: Uspallata, Las Heras.
- Hospital Domingo Sicoli: Lavalle.

Hospitales regionales: son hospitales generales de agudos de mediana complejidad. Se sitúan en ciudades cabeceras de región y se constituyen como hospitales de referencia de los hospitales departamentales de su región. Realizan las mismas acciones que en el bajo riesgo, a los que se agrega un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo. Son:

- Hospital Teodoro Schestakow: Región Sur.
- Hospital Antonio Scaravelli: Región Valle de Uco.
- Hospital Perrupato: Región Este.
- Hospital Diego Paroissien: Región Metropolitana Sur.

Hospitales de referencia provincial: corresponde a hospitales de alta complejidad destinados a atender pacientes agudos. Son de referencia para el conjunto de la red en sus respectivas competencias. Pueden realizar acciones de bajo y mediano riesgo, pero están en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad, por el recurso humano capacitado como también por el recurso tecnológico disponible. Son:

- Hospital Central.
- Hospital Luis Lagomaggiore.

2. ESCIEP (Establecimientos Sanitarios Con Internación Especializada en Pediatría): corresponde a un hospital de alta complejidad destinado a atender pacientes pediátricos agudos y es de referencia para el conjunto de la red. Está en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente en la actualidad, por el recurso humano capacitado como también por el recurso tecnológico disponible:

- Hospital Humberto Notti.

3. ESCIETE (Establecimientos Sanitarios Con Internación Especializada en Tercera Edad): son hospitales básicamente monovalentes, en general para pacientes crónicos con internación especializada en la tercera edad. Estos son:

- Hospital Héctor Gailhac.
- Hospital Eva Perón.

4. ESCIESM (Establecimientos Sanitarios Con Internación Especializada en Salud Mental): son instituciones que implican internación, aunque sea breve, por algún trastorno psíquico que no puede ser contenido ambulatoriamente:

- Hospital El Sauce
- Hospital Carlos Pereyra

5. ESCIE (Establecimientos Sanitarios Con Internación Especializada): hospital básicamente monovalente en general para pacientes crónicos con internación especializada en patologías infecciosas:

- Hospital José Néstor Lencinas.

Características

Los hospitales no han cambiado su estructura organizativa en los últimos 20 años y, muchas veces, esta organización responde a intereses corporativos, no observándose que los procesos se orienten al paciente (horarios, oferta, confort, etc.).

La jornada laboral de la gran mayoría de los profesionales médicos es insuficiente (24 hs/semana) para los requerimientos de la medicina asistencial contemporánea. Como consecuencia de ello, en la mayoría de los establecimientos el número de profesionales es excesivo y no se ajusta a la actividad realizada, por lo que se registra capacidad residual tanto de las infraestructuras como de las horas contratadas y, además, servicios en hospitales de alta complejidad con profesionales médicos que asisten solo de mañana. El régimen de relación laboral y organización de los servicios de guardia de los hospitales es prestado en general por profesionales diferentes de los que atienden hospitalización y consultas externas. Esto supone la existencia virtual de “dos hospitales dentro de uno”: el de la mañana y el de la

tarde noche, lo que ocasiona atención de pacientes con diferentes criterios. En síntesis: la actividad es menor que la inversión en recursos humanos.

Salud mental y adicciones

El objetivo general de la Dirección de Salud mental y Adicciones es desarrollar políticas integrales de protección, promoción, prevención y asistencia a través de abordajes interdisciplinarios, intersectoriales y territoriales que fortalezcan las articulaciones de gestión entre salud mental y salud integral en las distintas regiones de la provincia de Mendoza. En la actualidad, la articulación de los efectores e instancias de APS con las necesidades poblacionales (sectores que requieren de mayores ofertas sanitaria en materia de salud mental) son aún limitadas. A pesar del arduo trabajo llevado a cabo los últimos ocho años y de que se han incrementado la cantidad de camas exclusivas de salud mental en hospitales generales y las intervenciones conjuntas de estos equipos con el resto de los servicios, todavía sucede que los abordajes y tratamientos a la población con padecimientos mentales o referidos a problemáticas de adicción son considerados como líneas de acción asistencial específica y selectiva de los efectores de salud mental y hospitales monovalentes, concibiendo la atención de pacientes con determinadas problemáticas de manera aislada o retirada de la salud en general de las personas. Esta concepción conduce a una política pública sanitaria fragmentada. La debilidad de articulación entre efectores de atención primaria y la red de complejidad creciente en hospitales monovalentes limita los proyectos comunitarios con impacto social y actividades comunitarias en terreno, en conjunto con el núcleo familiar y territorial de los afectados. Por otro lado, la escasez de espacios de articulación con organismos de la sociedad civil o instituciones deportivas, culturales, etc., que sirvan como referencia de inclusión social, produce una carencia de servicios de salud mental y adicciones que canalicen las demandas de personas con ciertas dificultades y no sean derivadas de manera inmediata a efectores de mayor complejidad.

Salud sexual y reproductiva

Las prácticas que conforman la línea de cuidado de salud sexual y reproductiva están priorizadas de manera de brindar acceso en todo el territorio provincial, reforzando las redes en atención primaria y su articulación con efectores de mayor complejidad para determinadas prácticas. Los resultados esperados se enfocan en indicadores claros, como la tasa de embarazo adolescente, tasa de embarazo no intencional/acceso a interrupción voluntaria y legal de embarazo, tasa de cobertura anticonceptiva con métodos de larga duración en población sexualmente activa, acceso a servicios de reproducción asistida e incidencia de infecciones de transmisión sexual.

Servicio de Emergencias Coordinado (SEC)

El SEC cuenta con 22 ambulancias de alta complejidad para toda la provincia, dos en el Sur, tres en el Valle de Uco, cuatro en el Este y 13 en el Área Metropolitana. Existe mayor incidencia de accidentes de tránsito, de eventos de violencia, emergencias cardiovasculares y psiquiátricas, lo que ha llevado a un incremento notable de la tasa de uso de este sistema por

parte de la población de referencia. Por otro lado, el cambio en las condiciones de tránsito en estos años hace que la accesibilidad sea menor en cuanto al tiempo de llegada al lugar requerido, que en promedio se considera no debe superar los 15 minutos. El SEC recibe los requerimientos por el sistema de número único (911). Las solicitudes de atención ingresan al 911, atendido en primer lugar por personal policial, y luego son derivadas al área de Salud. La Central Radiotelefónica del SEC recibe el pedido y el médico en jefe decide la respuesta y los recursos a asignar. Se generan entonces las condiciones de despacho y luego la Central se comunica con las ambulancias a través del sistema TETRA.

Sistemas de información

Según la OMS, el sistema de información es un “mecanismo que permite la recogida, proceso, análisis y transmisión de la información requerida para la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios”. Es un conjunto de elementos orientados al tratamiento y administración de datos e información, organizados y listos para su uso posterior, generados para cubrir una necesidad o un objetivo. Se trata de reunir información crítica para la gestión de los sistemas de salud, razón por la cual a estos se los denomina “sistema de información sanitario para el control de la gestión SIS-CG”, y no solo datos. Es un sistema cuya finalidad es producir información relevante y definida como necesaria para la gestión. Se dirige a referenciar la operativa diaria, permitir el control y seguimiento de los resultados y ser soporte de la toma de decisiones. Básicamente, la información sirve para diagnosticar el estado del Sistema Sanitario. Este diagnóstico es la base para las actividades a desarrollar según los lineamientos políticos; sirve también para monitorizar nuestra actividad y, finalmente, para evaluar si las acciones implementadas conllevaron los objetivos propuestos. Con un adecuado sistema de información, es fácil conocer y monitorizar nuestra realidad, así como el grado de avance o de impacto de las decisiones. El sistema de información sanitario contempla al menos cuatro grandes entornos:

1. Asistencial (de naturaleza estadística-epidemiológica).
2. Recursos físicos (RRHH, camas, quirófanos, consultorios, equipamiento).
3. Económico (contabilidad financiera-analítica).
4. Calidad (procesos, satisfacción interna y externa).

Evaluación de los recursos humanos en el subsistema público

Existen dos regímenes laborales: el de los enfermeros, técnicos y personal administrativo, y el de los profesionales de la salud. Los instrumentos jurídicos respectivos fueron sancionados hace muchos años y están desactualizados. Las normas que regulan el área de recursos humanos en el subsector público se limitan a la administración de personal. La planificación sobre tipo, número y calidad de los recursos humanos requeridos es deficiente. La gestión de recursos humanos mediante la aplicación de procedimientos de reclutamiento, selección, evaluación de desempeño, incentivos y capacitación en servicio es casi inexistente. No existe un programa sistemático de formación continua de recursos humanos que contemple las necesidades de los pacientes y servicios y las aspiraciones de las personas que trabajan. Existe una oferta excesiva de algunas especialidades médicas y déficit de médicos generalistas, médicos de familia, pediatras, anatomopatólogos y especialistas en gestión de instituciones. También hay déficit de enfermería, tanto en el número de profesionales titulados como en el nivel de capacitación técnica, independencia y jerarquía de la profesión. La dedicación de los profesionales a los establecimientos públicos de salud es insuficiente. Cerca del 80 % de los profesionales tienen una dedicación de 24 hs/semana, mientras que las características de la tarea profesional para los requerimientos de un ejercicio responsable de la medicina asistencial moderna en determinadas áreas de un hospital requieren al menos 40 hs/semana. Como consecuencia de la limitada dedicación, se generan diferentes situaciones laborales anómalas, como pluriempleo, sobreempleo, dedicación parcial e insatisfacción de la totalidad de los RRHH de salud. Otro efecto adverso de la escasa dedicación profesional es que, en la mayoría de los establecimientos, el número de profesionales excede la actividad realizada. El servicio de guardia de los hospitales es prestado, en general, por profesionales diferentes de los que atienden hospitalización y consultas externas. Esto supone la existencia virtual de “dos hospitales dentro de uno”: el de la mañana y el de la tarde noche, lo que ocasiona atención de pacientes con diferentes criterios, repetición de exámenes complementarios, conflictos entre profesionales, y entre estos y los pacientes y sus familiares. En los subsectores privado y de obras sociales, el esquema de relación entre las empresas u organizaciones y el personal profesional sigue líneas similares. En general, la gran mayoría de los profesionales médicos no tienen una relación de dependencia, su dedicación es parcial (en general, compartida con dedicación parcial en el subsector público) y su retribución no es fija sino por actividad realizada. Las enfermeras/os trabajan en relación de dependencia, en general jornadas de 40 hs/semana.

Infraestructura de establecimientos asistenciales

Categorizar establecimientos en la actualidad adquiere un sentido, ya que la oferta de servicios se ha desarrollado sin una programación adecuada, siendo necesario adecuar y ordenar esta oferta en concordancia con los requerimientos de la población. En la provincia de Mendoza, la categorización de establecimientos está relacionada con las normas legales que se han dictado sobre habilitación de establecimientos, Ley 5532 y su Decreto Reglamentario 3016. Se entiende a la **categorización** de establecimientos asistenciales como “el mecanismo que procura ordenar la oferta de efectores de salud en categorías, según el criterio de

estratificación establecido, y que permite, por lo tanto, definir niveles, concentrar actividades, clasificar las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización y configurar una red de servicios" (Aguirre Luzi, Economía y Gestión de Servicio de Salud). La **acreditación** es el procedimiento de evaluación de los establecimientos asistenciales (hospitales, clínicas, otros) voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados. Podría decirse que un establecimiento asistencial "acredita" o "es acreditado" cuando el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad. La **habilitación** es un procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria jurisdiccional (en nuestra provincia, el Registro Provincial de Salud), que implica la posesión de un conjunto de requisitos mínimos de cumplimiento necesario para que un efector asistencial público, privado o de la seguridad social pueda funcionar. Se efectúa habitualmente por una vez, previo a la puesta en funcionamiento, y define las condiciones mínimas estructurales que deben poseer dichos establecimientos.

Identificación de problemas del sector Salud

En efecto, el análisis del entorno y de la situación interna del subsector público tiene como finalidad identificar y caracterizar los problemas del sector salud con el objetivo de proponer líneas estratégicas para avanzar hacia un sistema de salud más justo y eficiente, en el que el Estado provincial articule los tres subsectores.

El Ministerio de Salud y Deportes es garante en la accesibilidad de los pacientes a los servicios sanitarios y debe procurar los mecanismos que lleven a asegurarla, como también administrar de manera eficiente y eficaz los recursos del Estado para obtener objetivos sanitarios específicos.

Existe un amplio consenso en que la accesibilidad y la longitudinalidad son características fundamentales de la atención primaria. La gestión de pacientes es una herramienta de integración en un sistema que actualmente está planteado de manera fragmentada y segmentada, sin que las personas sean el centro de la planificación.

Uno de los principales desafíos, tanto a nivel mundial, nacional como provincial sobre el que debemos trabajar es el carácter central que poseen los hospitales, lo que conlleva a que se les deba asignar una parte muy significativa de los presupuestos de Salud.

El crecimiento o acentuación de un sistema "hospitalcentrista" genera aumentos en la demanda de los servicios prestados por tales instituciones, de manera tal que, a medida que se va incrementado la oferta hospitalaria, el Estado se ve forzado a asignar una proporción mayor de su presupuesto sanitario al mantenimiento de estos, generalmente en detrimento de la inversión en la atención primaria de salud. Por este motivo, se registra una fuerte tendencia mundial a evitar la expansión de la oferta de infraestructura hospitalaria pública.

La falta de una adecuada planificación de las redes de atención ha generado que, en nuestro país y en nuestra provincia en particular, se desvirtúen los perfiles asistenciales de los esta-

blecimientos. Por un lado, se ha diluido el sistema de referencia y contrarreferencia, y por otro, aquellos establecimientos de menor nivel de complejidad han perdido su capacidad de contener pacientes provenientes de los establecimientos de niveles superiores.

Ante la ausencia de un sistema integrado de gestión, los pacientes transitan por el sistema de salud sin que medie un direccionamiento previo. Esto induce a situaciones de saturación en hospitales de mayor complejidad, donde, ante requerimientos específicos más graves, se ven con altas cargas laborales, fatiga de personal y mal uso de recursos. Un ejemplo claro de esto se da en los servicios de guardia, los cuales muchas veces se ven saturados de pacientes que asisten por cuadros que no son pertinentes a las emergencias o urgencias, los que deberían ser resueltos en otros niveles de menor complejidad.

La provincia de Mendoza tiene un sistema de salud fragmentado, diversificado, descentralizado y atravesado por inequidades, pero la mayor debilidad está dada por la baja potencia en materia de rectoría y gobernanza. La manera de gobernar sistemas complejos y diversos, como lo es un sistema de salud público, es a través de una planificación en base a sistemas de información que nos brinden datos certeros y que nos permitan realizar los cambios estructurales para mejorar la atención sanitaria a las personas.

Tomando como punto de partida el análisis de la situación, se han agrupado los problemas identificados en diferentes ámbitos, que son los siguientes:

1. Problemas generales del sistema de salud: es decir, aquellos problemas de nivel macro que afectan al conjunto del sistema de salud.
2. Problemas del entorno, que incluye aquellos problemas que se han identificado en dos grandes ámbitos:
 - Población usuaria del sistema de salud: demográficos, socioeconómicos, mortalidad, morbilidad, estilos de vida.
 - Subsector de obras sociales y seguros privados: OSEP, PAMI, proveedores privados, obras sociales sindicales, municipios.
3. Problemas internos: agrupa los problemas identificados en las instituciones del subsector público (estructuras del nivel central, centros de salud, hospitales, programas) expresando debilidades, "cosas que se hacen mal" o falta de aprovechamiento de oportunidades.

Objetivos generales del plan

- Mejorar las condiciones de salud y garantizar el acceso al sistema de toda la población de la provincia.
- Promover cambios culturales en favor de estilos de vida más saludables y la reducción de la exposición a factores de riesgo.
- Mejorar la calidad institucional y de organización del Ministerio.
- Fortalecer la gestión de gobierno.
- Facilitar la participación y el control social y legislativo de las gestiones de gobierno.
- Mejorar la eficiencia y eficacia del gasto público.
- Definir y consensuar metas y objetivos concretos en la acción de gobierno, relacionándolos con los recursos disponibles.
- Estimular al personal de la administración pública para el cumplimiento de los objetivos establecidos en el plan, lo que le dará más sentido a la labor de los trabajadores involucrados.
- Rescatar y poner en valor, dando continuidad a las experiencias positivas y programas que se vienen desarrollando en el Ministerio específico por esta y anteriores gestiones.

3 Estrategias Generales del Plan

1. Línea estratégica N° 1: Salud como política de Estado

A. Cuando se tratan políticas de salud, existe bastante consenso general en su necesidad, efectividad y oportunidad. Es posible trabajar con los técnicos de los distintos sectores para lograr acuerdos que se trasladen a compromisos de los diferentes partidos políticos. El objetivo es tener continuidad en diferentes ciclos de gobierno en aquellas políticas e intervenciones sanitarias que hayan demostrado impacto favorable en la salud poblacional. Esta estrategia es condición necesaria para todas las que seguirán en este plan. Sin esto, será difícil lograr avances significativos en el sistema de salud, ya que su transformación requerirá más años que un ciclo de gobierno.

B. Una condición fundamental para organizar y lograr mayor eficiencia en el sistema es mejorar la gobernanza. Para ello, es imprescindible trabajar de modo integrado entre los distintos sectores de salud pública, ya sea de gestión pública, gestión privada o mixta. Los financiadores (OSEP, PAMI, obras sociales sindicales, prepagas, etc.), los prestadores públicos y privados, los colegios profesionales, los gremios y otros actores del sector deben generar espacios de diálogo y articular estrategias y programas. El Ministerio de Salud y Deportes debe asumir la gobernanza del sistema y liderar la coordinación. En el ámbito del Ministerio, crear el Consejo Provincial de Salud, cuyos objetivos principales serán asesorar a las autoridades del grado de cumplimiento de los objetivos del plan estratégico, articular con los distintos sectores de salud y abrir espacios de participación y de discusión de ideas para mejorar el sistema. Una de las funciones fundamentales del Consejo debe ser desarrollar procesos concretos de integración del sistema de salud provincial (MSAL, OSEP, PAMI, prestadores privados, etc.) en servicios (especialidades), sistemas de información, recurso humano y físico, modelos de atención y mecanismos de financiamiento. Integración en servicios hace referencia a establecer mecanismos de colaboración y coordinación entre los diferentes sistemas de salud para garantizar el acceso equitativo a los servicios ofrecidos por diferentes especialidades. Esta estrategia busca establecer redes de referencia y contrarreferencia, acuerdos de cooperación y protocolos de atención compartidos para facilitar la continuidad del cuidado, entre otros. Integración de sistemas de información: implica permitir el inter-

cambio de datos clínicos y administrativos entre los diferentes sistemas de salud facilitando la coordinación del cuidado, entre otros. Integración en recurso humano y físico: implica fomentar la colaboración y la movilidad de profesionales de la salud entre los diferentes sistemas de salud. Esto puede incluir programas de intercambio, capacitación conjunta y establecimiento de políticas de contratación flexibles, entre otros. Además, implica coordinar la planificación y distribución de los recursos físicos, como infraestructura hospitalaria, equipamiento médico y suministros, entre otros. Integración modelos de atención: implementación de modelos de atención integrada, centralizada en el paciente. Integración mecanismos de financiamiento: buscar fórmulas de colaboración y coordinación en la asignación de recursos económicos.

C. Profesionalización de la gestión de los hospitales y áreas departamentales. Los directores ejecutivos deben trabajar por objetivos, con metas e indicadores y poder trascender gestiones de gobierno si funcionan en sus lugares de trabajo. La selección y evaluación de los mismos debe hacerse en una unidad dirigida por el director de hospitales y conformada por especialistas en gestión sanitaria.

2. Línea estratégica N° 2:

Transformación digital y sistemas de información integrados

Impulsar la transformación digital del sistema de salud, incluyendo la creación de registros nominalizados y longitudinales, como la historia clínica electrónica, sistema digital de turnos, sistemas de telesalud, prescripción electrónica, entre otros. El objetivo es hacer llegar información precisa a las personas adecuadas en el momento oportuno. Así, el paciente, al disponer de su información, mejorará su autocuidado y su estado de salud. El profesional tomará mejores decisiones en el tratamiento del paciente con la información clínica actualizada y completa del mismo, procurando así menos errores médicos y un proceso de atención continuo. Se evitará la "atención a ciegas", y de esta forma se mejorará la calidad de los servicios y la salud de la población. El director del hospital gestionará mejor, ya que el sistema le permitirá mejorar los procesos clínicos, conocer las deficiencias de atención, saber cómo y en qué gastar, evitar la duplicación de gastos, etc. En definitiva, podrá mejorar los procesos, la atención médica, la seguridad del paciente y la calidad del servicio. El ministro adoptará las políticas de salud que mayor valor agreguen (en su relación costo/beneficio) y así mejorará la eficiencia y la equidad del sistema.

En consecuencia, mejorará la seguridad y la confiabilidad de la información y de los datos clínicos al mismo tiempo que aportará transparencia al Sistema Sanitario, tanto en lo relativo a las actuaciones realizadas como a su impacto en la salud de la población. La implementación contribuirá a la sostenibilidad, ya que ello posibilitará prescindir de millones de toneladas de papel y placas radiográficas.

Permitirá recuperar y mejorar el valor de las prestaciones a las obras sociales y evitar así subsidios cruzados (del estado a las obra social), procurando más recursos aplicables al sistema de salud. Mejorará el manejo de los insumos hospitalarios y de los medicamentos, evitando mermas y errores de medicación. Ayudará a la gestión del RRHH, conociendo con exactitud las brechas de atención de personas, las necesidades de profesionales priorizadas y los problemas del personal, entre otros.

También se debe extender el uso de estrategias de telesalud o telemedicina, para reducir brechas de atención. Permite brindar servicios de atención sanitaria a distancia, utilizando tecnologías de la información y las comunicaciones y mejorando el acceso. Facilita también su continuidad, a la vez que reduce costos, y permite mayor colaboración interprofesional.

Se deben utilizar tecnologías de información y comunicación para informar condiciones específicas, recordatorios clínicos, tamizaje y cancelaciones de turnos. Mediante el uso de tecnologías de información y comunicación, los profesionales de salud pueden enviar información específica a los pacientes sobre condiciones de salud particulares: mensajes, correos electrónicos o notificaciones electrónicas, etc.

Recordatorios clínicos: son recordatorios automáticos a los pacientes para turnos médicos, turnos de laboratorio o procedimientos, ayudando a reducir la tasa de ausencias y a mejorar la adherencia a los tratamientos o seguimientos médicos.

Tamizaje: las herramientas digitales pueden ser utilizadas para realizar tamizajes de manera más efectiva. Por ejemplo, se pueden desarrollar cuestionarios en línea o aplicaciones móviles que permitan a los pacientes responder preguntas sobre sus síntomas o factores de riesgo, y recibir recomendaciones.

3. Línea estratégica N° 3: **Política de personal coherente y adecuada**

Modernizar los convenios colectivos de trabajo de forma conjunta con los sindicatos representativos del régimen 27 y del régimen 15. La realidad actual obliga a repensar las formas de contratación, los horarios de prestación de servicio y de las guardias, los niveles de remuneración de los profesionales y la necesaria flexibilización de dichos honorarios para adaptarlas a la necesidad del sistema.

La política de RRHH debe adaptar los incentivos al cumplimiento de los objetivos. También es necesario remunerar mejor la residencia y la especialidad de los médicos que el sistema necesita: terapeutas, neonatólogos, pediatras, etc.

Debatir y trabajar con las universidades sobre la carrera universitaria y las residencias de primer y segundo nivel, reduciendo su duración en al menos un año. La formación profesional extendida en un plazo de 10 o 12 años complica sustancialmente los nuevos ingresos.

Redefinir modelos de hospitales en función de las necesidades de cada uno. De esa manera se podrá garantizar el correcto funcionamiento de los servicios importantes, mejorando la remuneración y estableciendo una extensión de la jornada de trabajo, en los casos que así lo requieran. De esta forma se posibilitará que los profesionales no deban asumir múltiples empleos para procurarse salarios dignos y acordes con su función, lo que generará mayor compromiso y dedicación de los profesionales con el efector.

Cambiar las guardias a 12 horas de prestación y no de 24 horas, considerando que el sistema vigente no es saludable ni eficiente.

Analizar los bloqueos de título automáticos para algunas especialidades, en el entendimiento de que no corresponde que tengan privilegios frente a otros profesionales.

Modificar la ley que regula la actividad de los técnicos en imágenes, considerando que dicha legislación fue sancionada hace varias décadas. Debemos contar con un régimen que recepte las nuevas prácticas en la materia, los avances tecnológicos en equipamiento y protección y la realidad laboral del sector en general.

Reformular la junta médica, para que efectivamente cumpla su rol dentro del sistema. Trabajar para reducir considerablemente los partes de enfermedad del RRHH del sistema.

Intercambiar horas profesionales entre los diferentes niveles de atención (rotaciones) para lograr su integración. El intercambio de horas profesionales en los distintos niveles de atención hace referencia a la oportunidad de que estos brinden servicios en diferentes niveles de atención (primario, secundario y terciario), promoviendo la integración y el trabajo colaborativo. Esto incluye, por ejemplo, rotaciones de los profesionales de la salud preestablecidas anualmente durante un período en los distintos niveles de atención.

Elaborar un programa de rotación de cirujías en la provincia.

Implementar incentivos económicos y no económicos basados en el desempeño profesional en el primer nivel de atención para asegurar una oferta prestacional de calidad, mejorar el rendimiento y poder retener al personal. Los incentivos económicos pueden incluir bonificaciones, premios o pagos adicionales basados en el desempeño individual o colectivo de los profesionales de la salud. Estos se otorgan en función de criterios previamente establecidos, como el logro de metas, la calidad de la atención brindada, la eficiencia en el uso de recursos o la participación en proyectos de mejora. Por otro lado, los incentivos no económicos se refieren a reconocimientos, oportunidades de desarrollo profesional, programas de capacitación especializada, ascensos o mejoras en las condiciones laborales que no están relacionados directamente con aspectos económicos. Estos incentivos buscan motivar a los profesionales de la salud a mejorar su desempeño y a seguir desarrollándose en su carrera. El objetivo es lograr implementar estos incentivos en el primer nivel de atención para asegurar una oferta prestacional de calidad, mejorar el rendimiento y retener al personal.

4. Línea estratégica N° 4: Mejorar la eficiencia del sistema

A. Iniciar la separación de las funciones de financiamiento y rectoría, compra y provisión de servicios.

A1. Financiación y rectoría:

- Administrar fondos provenientes del presupuesto provincial o nacional.
- Definir y explicitar el alcance y tipo de prestaciones que se garantizará como cobertura de salud.
- Habilitar y acreditar proveedores.
- Controlar accesibilidad a los servicios y su calidad.
- Evaluar resultados mediante la gestión del sistema de información.
- Definir los procedimientos de retribución.

A2, Compra de servicios:

- Contratar servicios en contraprestación a la asignación de recursos.
- Seleccionar los proveedores más adecuados.
- Establecer contratos con la red de provisión de servicios (pública y privada).

A3. Provisión de servicios:

- Prestar servicios de calidad e integrados en red de complejidad creciente, garantizando la continuidad asistencial.
- Aceptar el riesgo en el ejercicio de la función de proveedor.
- Brindar la información establecida en un soporte y formato accesible a todos los actores del sistema.

En los inicios, la oficina de compra de servicios debería encargarse de redefinir las carteras de servicios de acuerdo con las necesidades del sistema sin duplicar los mismos. De esta manera también se pueden extender horarios.

B. Reforzar el desarrollo de políticas de salud a partir de evidencia científica relevante y de datos provinciales. Significa tomar decisiones informadas y fundamentadas con la mejor evidencia disponible, así como en los datos específicos de Mendoza. Esta estrategia busca garantizar que las políticas de salud sean eficaces, eficientes y adecuadas para abordar los desafíos y las necesidades particulares del contexto local.

C. Reorganizar la territorialidad de los centros de atención primaria para dar respuesta efectiva a la población. La idea es potenciar fuertemente la APS, pero necesitamos agrupar ser-

vicios y recursos, darles escala a los CAPS actuales y que la gente confíe en ellos y asista. La salud mejora haciendo que los centros que tenemos den mejores respuestas. Algunos centros pueden reconvertirse a centros saludables promotores de la salud.

D. Adecuar la asignación de recursos económicos en base a la necesidad poblacional (satisfecha e insatisfecha), impacto y costo/efectividad. Implica realizar una distribución equitativa y eficiente de los recursos disponibles en el sistema de salud, priorizando las intervenciones y servicios que generan mayor impacto en la salud de la población y maximizando el beneficio de los recursos disponibles. Para ello es necesario: evaluar e identificar necesidades poblacionales, realizar un análisis de impacto, realizar análisis de costo/efectividad de las intervenciones y servicios de salud, establecer criterios de asignación de recursos y, finalmente, monitorear y evaluar continuamente las intervenciones realizadas.

E. Estandarizar procesos de priorización de intervenciones en el primer nivel de atención. Establecer criterios y protocolos claros para determinar qué intervenciones o servicios deben recibir prioridad en este nivel de atención. Al estandarizar los procesos de priorización de intervenciones en este nivel, se busca asegurar una asignación equitativa y eficiente de recursos limitados, optimizando así la atención por parte del equipo de salud. Algunos aspectos importantes de la estandarización de procesos de priorización pueden incluir: evaluación de necesidades, desarrollo de criterios de priorización (impacto en la salud de la población, gravedad de la enfermedad, costo/efectividad, disponibilidad de recursos y capacidad del sistema de salud), protocolos de atención estandarizados, y capacitación.

F. Optimizar los procesos de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención, así como entre especialistas, profesionales y pacientes, con el fin de mejorar la coordinación y continuidad de la atención sanitaria. La referencia y contrarreferencia se refiere a la comunicación y coordinación entre los profesionales de la salud que derivan a los pacientes a servicios especializados y aquellos que reciben a los pacientes derivados y brindan seguimiento, respectivamente. Esta estrategia busca establecer criterios claros para mejorar la comunicación y el intercambio de información, capacitar a los profesionales de la salud, implementar sistemas de seguimiento y retroalimentación y realizar evaluaciones periódicas para mejorar continuamente. Al fortalecer estos procesos, se puede lograr una atención sanitaria más coordinada y continua, brindando beneficios tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

G. Desarrollar modelos de priorización de acceso al segundo y tercer nivel. El concepto de "modelos de priorización" significa desarrollar patrones que determinen el modo de asignar los recursos disponibles y establecer una secuencia de atención a los pacientes en función de sus necesidades y de la disponibilidad de servicios de salud. Estos modelos buscan garantizar una distribución equitativa y eficiente de los recursos, priorizando a aquellos pacientes que tienen mayor urgencia o gravedad en la condición médica. Se logra mediante una articulación integral, coordinada y centralizada en el paciente de los distintos niveles de atención. Por ejemplo, para poder acceder a servicios de alta complejidad (tercer nivel de atención) será necesario contar con una derivación o referencia de un profesional del primer o segundo nivel de atención.

H. Asegurar el recupero de fondos por parte del sector público por los servicios prestados a los afiliados a obras sociales, prepagas y seguros. Esto es muy importante para mantener la sostenibilidad financiera del sector público de salud y asegurar que los recursos destinados a la atención sean recuperados de manera justa y oportuna. Para ello es necesario establecer regulaciones y acuerdos claros, monitorear y auditar los servicios prestados, agilizar los procesos de facturación y reembolso, fortalecer la supervisión y el control, y promover la transparencia y la rendición de cuentas.

I. Invertir una proporción del mencionado recupero en mejorar la hotelería del hospital público para mejorar la calidad.

J. Analizar la contratación de mantenimiento que asegure el estado de los edificios.

K. Utilizar recursos del sector privado para brindar servicios a asegurados del sector público cuando sea explícita la necesidad. Quiere decir garantizar que todos los asegurados del sistema de salud, tanto sector público como obras sociales y prepagas, reciban una atención sanitaria necesaria y oportuna, incluso si esto implica recurrir a servicios proporcionados por entidades privadas. Al referirse a una necesidad como explícita se hace referencia a que sea específica y evidente. La colaboración entre sectores será de manera transparente, asegurando que los servicios prestados cumplan con los estándares de calidad y se ajusten a las necesidades de los asegurados del sector público. Esto ayuda a evitar la duplicación de servicios y costos.

L. Reformular el Departamento de Higiene de los Alimentos, que funciona en el ámbito del Ministerio de Salud y Deportes, con el objetivo de promover la inocuidad alimentaria como aspecto preventivo fundamental de la salud pública. Se cumpliría un rol integrador con todos aquellos actores públicos y privados que participan en cada uno de los eslabones de la cadena agroalimentaria, acompañando el desarrollo productivo, desde los productores, elaboradores, expendedores y hasta los consumidores, con la información necesaria para que puedan adoptar decisiones conscientes y reflexivas de su rol en la construcción de la salud. De esta manera, se podría:

- a. Realizar con frecuencia auditorías bromatológicas a establecimientos elaboradores de alimentos de alto riesgo, con la finalidad de hacer un seguimiento efectivo de las mismas.
- b. Mejorar los plazos de respuesta ante incidentes alimentarios y requerimientos nacionales respecto de productos elaborados en Mendoza.
- c. Capacitar intensivamente a los responsables de solicitar autorizaciones sanitarias de alimentos, de manera de disminuir la cantidad de evaluaciones necesarias para su aprobación.
- d. Mejorar fuertemente la fiscalización de la Ley 26687, que regula la publicidad, promoción y consumo de los productos elaborados con tabaco.
- e. Dotar al laboratorio con más profesionales y con un moderno equipamiento analítico, aumentando de esta manera la calidad y cantidad de los análisis realizados,

transformándonos en el Laboratorio Bromatológico de referencia, además de otros beneficios.

- f. Realizar campañas de concientización, como prevención de enfermedades transmitidas por alimentos como el síndrome urémico hemolítico, el botulismo y la triquinosis.
- g. Hacerse cargo de nuevas leyes que están por ser promulgadas y que se han impulsado desde el Departamento, como son la Ley de Alérgenos, Ley de Food Trucks, Ley de Elaboradores de alimentos de bajo riesgo a baja escala y Ley de Inocuidad Alimentaria.

M. OSEP debe cambiar su forma de pago de prestaciones para que la categorización del efector tenga impacto sobre el valor de la prestación cobrada. Es decir, si el prestador tiene mejor hotelería, mejor equipamiento, mejor calidad de atención, etc., el valor de la prestación es mayor.

5. Línea estratégica N° 5: Mejorar la calidad

Una atención de calidad debe ser accesible, integral, equitativa, eficiente, eficaz, oportuna, segura y centrada en las personas. Los objetivos de desarrollo sostenible subrayan que la calidad es un elemento clave de la cobertura sanitaria universal.

A. Estandarizar procesos de atención de salud basados en la alta evidencia científica disponible. Esto implica seguir las mejores prácticas y recomendaciones respaldadas por investigaciones científicas rigurosas. La estandarización tiene como objetivo garantizar una atención de alta calidad, segura y consistente a los pacientes, independientemente del proveedor de salud o lugar donde se brinde el servicio.

Al utilizar la mejor evidencia disponible, se busca optimizar los resultados de salud, minimizar los riesgos, mejorar la eficiencia de los servicios de atención y promover la equidad.

La implementación de buenas prácticas para mejorar la calidad y seguridad en los servicios de salud permite medir y evaluar los procesos y sus resultados, disminuir costos, minimizar el daño asociado a la atención sanitaria y promover una atención centrada en las personas, su familia y la comunidad.

Algunos ejemplos de estandarización de procesos de atención incluyen la implementación de protocolos para el manejo de enfermedades crónicas y agudas, la adopción de checklists, tales como el destinado a una atención quirúrgica segura, el uso de paquetes de medidas para disminuir infecciones asociadas al cuidado de la salud, el desarrollo de procedimientos, el uso de algoritmos y guías de práctica clínica.

B. Relacionado con lo anterior, es necesaria la implementación de guías de práctica clínica estandarizadas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles. La adhesión a las mejores prácticas basadas en la evidencia promueve el uso adecuado y oportuno

de pruebas diagnósticas, se evitan las innecesarias o inapropiadas, se reducen los costos de atención y se mejora la eficiencia del sistema de salud.

Además, se garantiza una continuidad efectiva en el ciclo de atención, permitiendo que sea integral y coordinada para los pacientes. Al implementar guías de práctica clínica para enfermedades no transmisibles, se busca lograr los siguientes beneficios: mejorar la calidad de la atención, reducir la variabilidad no deseada en la atención de salud, optimizar la utilización de los recursos disponibles y facilitar y respaldar la toma de decisiones clínicas a profesionales y pacientes sobre la atención sanitaria más apropiada de un problema de salud o condición específica.

C. Promover mecanismos de participación de usuarios en el diseño y provisión de cuidados del sistema de salud y de opinión ciudadana, con el fin de obtener la perspectiva de los usuarios. Esto significa fomentar la colaboración y la toma de decisiones conjuntas entre los usuarios y los proveedores de atención sanitaria.

El objetivo es garantizar que las necesidades y preferencias de los usuarios sean tenidas en cuenta en el diseño de los servicios de salud y en la toma de decisiones relacionadas con su atención. Un ejemplo de formas existentes para promover la participación es la realización de encuestas a los usuarios sobre su experiencia y satisfacción, a través de grupos focales

para recopilar opiniones y perspectivas más detalladas sobre temas específicos. Además, la ejecución de comités de usuarios; buzón de sugerencias y quejas; entrevistas individuales y plataformas en línea, y redes sociales.

A esto se le suma, la implementación de un sistema estandarizado de auditorías periódicas en los centros de atención sanitaria que promueva el monitoreo y la mejora continua de la calidad de los servicios sanitarios.

D. Desarrollar un Sistema Provincial de Reporte, Análisis y Aprendizaje de Eventos Adversos que contemple integrar sistemas de información activos y pasivos: Global Trigger Tool (GGT); rondas de seguridad; investigación descriptiva epidemiológica; notificación obligatoria de eventos centinelas; informe voluntario y anónimo de eventos adversos, y reclamos y sugerencias de los pacientes junto a sus familias. Esto significa desarrollar un mecanismo estructurado y sistemático para registrar, analizar y aprender de los eventos adversos ocurridos en el contexto de la atención sanitaria.

Su implementación en los establecimientos de salud de todos los niveles de atención busca promover una cultura de seguridad, facilitar la identificación de áreas de mejora y prevenir la recurrencia de eventos adversos, garantizando una atención de calidad y seguridad a los pacientes y una gestión de riesgos en el sistema de salud.

E. Eficientizar la gestión y oferta de turnos específicos para pacientes con enfermedades no transmisibles. Esto implica desarrollar mecanismos que mejoren el acceso y la calidad de la atención de este grupo vulnerable que requiere un abordaje especializado y continuo.

La estrategia busca identificar y clasificar a los pacientes con enfermedades no transmisibles, para determinar su nivel de complejidad y necesidades de atención. Para esto, se necesita desplegar sistemas de programación y recordatorios; establecer centros en el primer nivel de atención especializados y con horarios específicos, para la continuidad de cuidado de esta población, usar tecnología y telesalud para gestión de turnos y promover la coordinación interprofesional.

F. Desarrollar especificaciones de oferta de servicios según pautas poblacionales (medición de brechas). Establecer los estándares y criterios necesarios para determinar qué servicios de atención en salud son requeridos por una determinada población, teniendo en cuenta las características demográficas, epidemiológicas y de salud de esa población en particular.

Esto implica realizar una medición de brechas. Es decir, identificar las discrepancias entre la demanda y la oferta de servicios existentes.

El objetivo es asegurar que los servicios de atención sanitaria se ajusten a las necesidades reales de la población y que estén disponibles de manera adecuada y oportuna.

G. Capacitar y entrenar a los líderes y a los equipos de salud en la adquisición de herramientas para la gestión de la mejora de la calidad, la implementación y sostenibilidad de las iniciativas y el monitoreo continuo de los procesos mediante el uso de indicadores. Para esto, se busca generar una cultura de seguridad del paciente positiva, no punitiva y abierta al aprendizaje.

Además, apunta a fortalecer a los equipos de salud, a fin de facilitar la gestión del cambio, la incorporación de nuevas prácticas en un ámbito de trabajo colaborativo mediante espacios de aprendizaje e intercambio de experiencias.

6. Línea estratégica N° 6:

Centrar la atención en las personas, implementando un nuevo modelo de gestión integral del paciente

El desarrollo de la presente línea estratégica implica llevar adelante un cambio estructural del sistema de salud provincial. Esto significa pensar un modelo de gestión integral que tenga como protagonista a la persona y así poder garantizar las cualidades esenciales de los distintos niveles de atención en relación con la complejidad de cada uno, construyendo redes entre ellos y poder lograr la accesibilidad, longitudinalidad, la coordinación y la integralidad del Sistema Sanitario provincial.

Para lograr un sistema de gestión integral, debemos enfocarnos en el desarrollo de los principales temas, como son: el modelo de gestión sanitaria, las redes integradas de servicios de salud (RISS) y la gestión de la demanda. Trabajar sobre estas temáticas que son parte estructurales del sistema nos permitirá ir desarrollando subsistemas como: estrategias de cuidados progresivos, gestión de pacientes, gestión de riesgos, procesos de referencia y con-

trarroferencia entre los establecimientos asistenciales de los distintos niveles de atención, optimizar los recursos disponibles en base a sistemas de información y análisis de datos.

Un modelo de gestión sanitaria es aquel en el cual se diseña la forma óptima en que se organizan los recursos materiales y humanos en un sistema de salud; los niveles de atención; los perfiles de competencias, la estructura, el funcionamiento y coordinación de los establecimientos asistenciales y de sus servicios, la financiación del sistema, tipo de prestaciones, etc., con el objeto de contribuir al mejoramiento del Sistema Sanitario.

El desarrollo de un modelo de atención debe centrarse en las necesidades de las personas y de las comunidades, reforzando y aumentando la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y articulando en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

Lograr un sistema de salud integral implica que la gestión de los servicios está orientada a sostener una continua promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas.

Las integraciones pueden seguir diversas dimensiones:

- Integración horizontal: La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en la misma fase del proceso de producción de servicios.
- Integración vertical: La coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que están en distintas fases del proceso de producción de servicios.
- Integración real: Es la integración mediante el control y la propiedad directa de todas las partes del sistema (propiedad unificada de los activos).
- Integración virtual: Integración a través de relaciones, y no la propiedad de los activos, como medio para colaborar dentro de los componentes de un sistema.

En relación con las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), la OPS las define como "un conjunto de organizaciones que brindan servicios de salud de manera coordinada, integral y equitativa a una población definida, dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos, financieros y por el estado de salud de la población a la que sirve".

En lo que se refiere a la posibilidad de operativizar la atención primaria de la salud, las RISS resultan ser herramientas fundamentales, sobre todo en estructuras sistemáticas divergentes como nuestro Sistema Sanitario. Bien configuradas, tienden a asegurar la cobertura y el acceso universal; el primer contacto; la atención integral, integrada y continua; evitan la duplicación/repetición innecesaria de historias clínicas; el cuidado apropiado; la organización y gestión óptima; la orientación familiar y comunitaria, y facilitan la implementación de estrategias de autocuidado y seguimiento de enfermedades crónicas.

Las RISS se caracterizan por brindar una atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad/territorio. Es decir, el cuidado considera las dimensiones físicas, mentales, emocionales y sociales de la persona a lo largo de todo su ciclo vital. Además de facultar a las personas para que gestionen mejor su salud mediante estrategias como la educación para la salud, el autocuidado y la autogestión de la enfermedad.

En una RISS, el primer nivel no se limita a la provisión de los servicios de salud en los centros de salud. Por el contrario, este debiera ser la puerta de ingreso al sistema que, a través de la articulación vía RISS, ha de conducir al paciente entre lógicas de complejidades pertinentes y entre los efectores que corresponda. La conducción de estas redes resulta marcadamente compleja en un escenario de alta fragmentación, por lo que ha de requerir de un sistema de gobernanza único.

En nuestra provincia, la estrategia de RISS no logra romper de manera efectiva las históricas barreras entre efectores, sean de distintos niveles, o entre actores de un mismo nivel de jerarquía. La conformación de las redes es altamente dependiente de un recurso humano capacitado en esta lógica asistencial, en el abordaje centrado en el paciente, la labor interdisciplinaria y demás dimensiones de la APS. Un determinante de peso es que la mayor parte del recurso humano no se forma en el primer nivel y tiene su origen en ámbitos hospitalarios poco habituados a participar en respuestas con estas características.

Por último, se debe trabajar sobre el modelo de gestión de la demanda. En nuestra provincia se accede a la atención sanitaria, principalmente, por presencialidad directa. En los últimos años se ha desarrollado un sistema de asignación de turnos a cargo de las multiplataforma, el cual ha permitido tener información sobre la dinámica de solicitud, asistencia, servicio, inasistencia etc.

Los modelos de gestión de la demanda de pacientes son determinantes en la accesibilidad a los servicios de salud. La agenda, por sí sola, no sirve para gestionar la demanda, sino solo para distribuir los tiempos de asistencia. Para gestionar la demanda mejorando la accesibilidad, además de organizar bien los tiempos de trabajo mediante una agenda racional, es necesario modificar la forma de trabajar como profesionales y como equipo. Existen distintos tipos de gestión de la demanda: sin cita previa, con cita previa, con cita previa compartimentada.

Si un sistema sanitario quiere ser eficiente, debe tener eficacia de nivel, es decir que los problemas que puedan resolverse en el primer nivel sanitario deben ser resueltos allí. Agotada esta instancia por competencia, se debe dirigir la demanda a niveles superiores de complejidad. Pero para que esta capacidad de resolución se produzca, se debe sustentar sobre dos elementos clave: la accesibilidad organizativa y la competencia profesional.

7. Línea estratégica N° 7: Mejorar la prevención y el autocuidado

A. Impulsar la promoción del autocuidado en los usuarios mediante la educación, brindando información sobre el funcionamiento del sistema de salud como parte esencial e integrada de la atención sanitaria. Realizar actividades educativas sobre la importancia del autocuidado y la prevención de enfermedades proporcionándoles información sobre hábitos de vida saludables, como una dieta equilibrada, actividad física regular, manejo del estrés y el sueño adecuado. Enfatiza la importancia de realizar exámenes de detección y chequeos periódicos

para la prevención y detección temprana de enfermedades. Además, se les brinda a los usuarios información clara y comprensible sobre cómo funciona el sistema de salud, incluyendo aspectos como la cobertura de seguros, los derechos y responsabilidades del paciente, los procedimientos para acceder a los servicios de salud y las opciones de atención disponibles.

B. Concientizar a la población acerca de las enfermedades no transmisibles, por medio de herramientas de difusión definidas. Utilizar herramientas de difusión definidas en hacer uso de distintos medios o canales específicos para comunicar información relevante y educativa a la población. Estas herramientas se seleccionan en función de su alcance, efectividad y capacidad para llegar a diferentes segmentos de la población. Pueden incluir medios de comunicación, publicidad, redes sociales y medios digitales, charlas y conferencias comunitarias, o materiales educativos.

C. Establecer mecanismos de identificación y seguimiento de pacientes con enfermedades no transmisibles en base a niveles de riesgo. Identificar a las personas que tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas y brindarles seguimiento adecuado. Esto se puede hacer mediante la evaluación de factores de riesgo como el historial familiar, el estilo de vida, la edad, el género y la presencia de factores de riesgo modificables, como el tabaquismo, la inactividad física, la mala alimentación y la obesidad. Una vez identificados los pacientes con mayor riesgo, se establecen mecanismos de seguimiento adecuados, que pueden incluir evaluaciones periódicas de salud, planes de tratamiento, educación y apoyo, y coordinación de la atención

D. Llevar a cabo medidas de alto impacto que transmitan el mensaje de cuidado nutricional de nuestros niños.

E. Profundizar medidas contra el hábito de fumar.

F. Establecer cambios en la ley de tránsito que permitan reducir los accidentes.

G. Desarrollar una app de adolescentes para la promoción de estilos de vida saludables.

8. Línea estratégica N° 8:

Mejorar la infraestructura y el equipamiento

A. Estandarizar, articular y simplificar los procesos de implementación de mejoras de infraestructura y de adquisición de equipamiento. Se trata de acciones fundamentales para optimizar la eficiencia y efectividad de estos procesos. Estandarizar: implica establecer pautas y normas comunes. Articular: establecer una coordinación y comunicación efectiva entre todas las partes involucradas. Simplificar: identificar y eliminar complejidades innecesarias o procesos redundantes.

B. Sostener los procesos de relevamiento periódico de estructura física y de equipamiento de los centros de salud para la definición de prioridades de inversión. La sostenibilidad de los procesos de relevamiento periódico de estructura física y de equipamiento de los centros de

salud significa llevar a cabo evaluaciones regulares de las instalaciones y los recursos sanitarios disponibles en esos centros. Estos relevamientos tienen como objetivo identificar las necesidades y deficiencias, y utilizar esa información para establecer prioridades de inversión y asignación de recursos analizando factores como la seguridad del paciente, la calidad de la atención, la capacidad de respuesta ante emergencias, la demanda de servicios y las áreas con mayores deficiencias.

C. Garantizar la infraestructura tecnológica específica para operar sistemas digitales en los diferentes centros de atención primaria y de otros niveles. Implica asegurar los recursos necesarios para implementar y utilizar de manera efectiva las herramientas y tecnologías digitales en el ámbito de la atención sanitaria. Asimismo, requiere garantizar la disponibilidad de recursos tecnológicos esenciales, como hardware, software, redes de comunicación y sistemas de información, como también la instalación de equipos informáticos, servidores, dispositivos móviles, sistemas de conectividad a internet, entre otros, que permitan mejorar la eficiencia operativa, facilitar la comunicación entre profesionales de la salud, promover el seguimiento y la continuidad de la atención, así como hacer posible el intercambio seguro de información clínica entre diferentes centros y niveles de atención.

D. Establecer oportunidades y recursos para incrementar la oferta de transporte hacia centros de salud para usuarios. Hace referencia a la implementación de medidas y programas específicos a través de los cuales los usuarios cuenten con opciones de transporte confiables y accesibles que les permitan trasladarse de manera segura y eficiente hacia los centros de salud. Estas oportunidades y recursos pueden incluir la implementación de servicios de transporte especializado para personas con necesidades de atención especiales, la promoción de la movilidad activa como caminar o andar en bicicleta, y el fomento de la colaboración con entidades y organizaciones locales para ofrecer soluciones de transporte adaptadas a las necesidades de la comunidad. El objetivo final de establecer estas oportunidades y recursos es eliminar o reducir las barreras de acceso al sistema de salud, especialmente para aquellos usuarios que pueden enfrentar dificultades para desplazarse debido a limitaciones físicas, económicas o geográficas. Los recursos deben estar centrados en mejorar la infraestructura existente y la hotelería de los hospitales públicos.

E. Establecer mecanismos de habilitación y categorización de establecimientos.

F. Dada la crisis actual se plantea adquirir recursos para mejorar y optimizar la infraestructura existente y hotelería de hospitales públicos.

9. Línea estratégica N° 9:

Política de medicamentos e insumos sanitarios utilizados en salud humana

A. Disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad:

- Garantizar la disponibilidad y el acceso de medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias en toda la red de atención que conforman los establecimientos de salud pertenecientes al subsector estatal.
- Definir vademécums o listados de medicamentos esenciales para el tratamiento de los problemas prioritarios de salud, según el nivel de atención y el perfil de las instituciones sanitarias, basados en evidencia disponible y que posean la mejor relación riesgo/beneficio/costo para la institución y beneficiarios.
- Elaborar reglamentación que avale y respalde la selección realizada, y establecer su cumplimiento obligatorio.
- Establecer la incorporación/desinversión de tecnologías sanitarias a través de recomendaciones del Comité Provincial de Tecnologías Sanitarias (CoPTeS), las cuales deberán ser vinculantes, de acuerdo con los criterios definidos para la evaluación: alto costo, eficacia y seguridad; problemas de salud desatendidos, como las enfermedades poco frecuentes; tecnologías emergentes de probable alto impacto, tecnologías obsoletas.
- Incrementar el grado en que se aplican los principios de la medicina basada en la evidencia y medicina basada en valor (valor terapéutico añadido y valor social), sin dejar de considerar los costos (marginal y costo oportunidad) en la decisión sobre la incorporación de una tecnología.

B. Adquisición:

- Promover la eficiencia en la compra de insumos.
- Promover la compra conjunta del Ministerio de Salud y la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) a fin de incrementar el poder de negociación y lograr mejores acuerdos.
- Profundizar la compra centralizada de insumos de uso habitual y común a fin de utilizar la concentración de compra como medida para la eficientización del gasto e igualdad en la calidad de atención.
- Priorizar y/o mejorar los procesos/procedimientos administrativos de adquisición de medicamentos e insumos sanitarios, tomando en consideración la problemática nacional respecto a la importación.

C. Almacenamiento:

- Evaluar la tercerización del almacenamiento y distribución de insumos de los efectos de salud centralizados.
- Promover criterios de almacenamiento basados en las buenas prácticas de almacenamiento (BPA) respecto de las instalaciones, equipamiento y procedimientos operativos, manteniendo la calidad e integridad de los insumos hasta su llegada al paciente.

D. Distribución: Droguería Provincial:

- Disponer de un sistema de logística para la distribución de medicamentos e insumos a fin de realizar: la entrega en tiempo y forma de acuerdo a las necesidades de aprovisionamiento, el traslado en condiciones adecuadas y disminuir la existencia de depósitos secundarios y sobrestock de insumos.
- Permitir la trazabilidad de los insumos desde la recepción hasta la entrega para su utilización.
- Garantizar el control de la cadena de distribución para evitar pérdidas en alguna de las etapas.

E. Prescripción:

- Definir los algoritmos/protocolos/guías de práctica clínica de tratamiento para las principales patologías atendidas en los establecimientos sanitarios.
- Implementar la prescripción electrónica para favorecer entre otras cosas la disminución de la variabilidad en la práctica clínica, la toma de decisión y el tratamiento oportuno de las personas.
- Implementar indicadores de proceso, estructura y resultados.
- Crear y promover el funcionamiento de los Comité de Farmacia y Terapéutica dentro de los establecimientos sanitarios, bajo la coordinación de las autoridades ministeriales.

F. Dispensación:

- Avanzar en la integración público-privada de la dispensa de medicamentos especiales, a fin de ampliar la prestación del servicio farmacéutico a través de la red de farmacias privadas de la provincia de Mendoza.
- Avanzar en sistemas informáticos que reduzcan la burocracia y faciliten las actividades de mejora de la calidad de atención (libros de contralor y recetarios).
- Jerarquizar y promover todas aquellas acciones que incluyan servicios farmacéuticos en atención primaria de la salud, coordinadamente entre los diferentes subsectores del sistema de salud.

- Incrementar la participación del farmacéutico en la optimización de la farmacoterapia individualizada, bajo la premisa del uso racional y seguro.
- Fortalecer los servicios de farmacia hospitalaria con sistemas de fraccionamiento por dosis unitaria, para mejorar la calidad de atención y seguridad de los pacientes; disminuir las pérdidas de dosis no identificadas y facilitar el recupero de tratamientos no administrados.
- Unificar criterios de dispensa por dosis unitaria a pacientes internados y ambulatorios.
- Establecer un programa de atención farmacéutica a pacientes que requieren especial seguimiento.

G. Uso racional y seguro:

- Aumentar el conocimiento de la población sobre los medicamentos e insumos sanitarios para mejorar la seguridad y aumentar la adherencia terapéutica.
- Diseñar campañas educativas para la población sobre almacenamiento, administración, uso seguro y disposición final de medicamentos tanto para patologías crónicas como agudas.
- Elaborar documentos que recopilen la evidencia científica acerca de la utilización más adecuada de los grupos de medicamentos e insumos de mayor impacto sanitario o económico, en los que exista mayor grado de variabilidad en la práctica clínica o que tengan problemas relacionados con su seguridad.
- Diseñar indicadores para evaluar la utilización y consumo de medicamentos e insumos sanitarios.
- Reducir la sobre medicalización, generando consensos y concientización respecto al daño que causa en la población. Implementar estrategias que colaboren en su reducción.
- Unificar procesos de gestión de medicamentos e insumos provenientes de programas nacionales, coordinando con los programas provinciales y establecimientos de salud.
- Fomentar la notificación de reacciones adversas y de errores de medicación por parte del equipo de salud.

H. Droguería Provincial:

Incorporar nuevas tecnologías que permitan optimizar las condiciones de almacenamiento, el control de los insumos, y la correcta trazabilidad hasta la etapa de distribución: sistema informático para almacén, RFID (identificación por radiofrecuencia) u otro sistema para identificación de unidades, sistema de almacenamiento automatizado, etc.

I. Trabajar fuertemente en la resistencia antimicrobiana, ya que supone una amenaza cada vez mayor para la salud pública mundial, requiriendo medidas multisectoriales urgentes.

10. Línea estratégica N° 10: Fortalecimiento del SEC y Sistema integral de emergencias y catástrofes provincial

- Incorporar paulatinamente la red de ambulancias de traslado al SEC, para centralizar la organización y gestión del sistema de traslados de pacientes, comunes, urgencias y emergencias.
- Transferir al SEC, todo el personal, las ambulancias y los créditos correspondientes (carga de combustible, seguros y reparaciones), a fin de lograr una unidad administrativa y operativa.
- Completar la dotación de personal para que la ambulancia de traslados neonatales funcione 24 horas todos los días.
- Incorporar a la red una ambulancia equipada para el traslado de pacientes obesos mórbidos.
- Protocolizar la intervención de los helicópteros de la provincia cuando se trate de traslados sanitarios.
- Generar bases operativas en todos los departamentos que dependerán funcionalmente del SEC para fortalecer la conformación de la red de emergencia y traslado en el territorio, aumentando así el radio de cobertura y asegurando mayor celeridad en la prestación de este servicio:
 - Zona Este: Ambulancias de alta complejidad en La Paz y Santa Rosa.
 - Zona Sur: Incorporación de ambulancias en Malargüe y General Alvear y una más en San Rafael, para la atención de la zona turística de este departamento.
 - Corredor Andino: Mantener durante todo el año una ambulancia más en Puente del Inca y otra en Potrerillos.
 - Fortalecer el Centro Estratégico de Operaciones (CEO) regional y los CEO en las zonas sanitarias.
 - Reforzar el CEO regional con personal de enfermería capacitado en emergencias y urgencias prehospitales.
 - Incorporar personal de salud en los CEO de Valle de Uco y zona Este, quienes responderán siempre a un solo nivel central (CEO regional).

- Incorporar en cada CEO de personal administrativo necesario para su funcionamiento.
- Mejorar el sistema de comunicación.
- La red de ambulancias de traslado deberán contar con sistema TETRA, a fin de poder localizarlas por GPS y mantener comunicación permanente con la central radiotelefónica.
- Provisión de los métodos tecnológicos adecuados para que se transmita en línea el funcionamiento de cada ambulancia, de modo que las autoridades del Ministerio de Salud y Deportes y de la Dirección de Emergencias puedan estar informados de forma permanente.
- Capacitaciones anuales de todo el personal en atención de emergencias y urgencias prehospitalarias, y en situaciones de incidentes con víctimas múltiples y catástrofes.

11. Línea estratégica N° 11: Desarrollo de políticas integrales de salud mental y adicciones

La concreción y la ampliación de acciones preventivas, de promoción de salud y atención asistencial deben ejecutarse desde una perspectiva integral, es decir, considerando sus articulaciones con el Sistema Sanitario de la Provincia y con las necesidades de la población. En efecto, los lineamientos de gestión expuestos en este Plan buscan garantizar el derecho a la salud integral.

Por otro lado, estos lineamientos procuran desarrollar prácticas superadoras en relación con la organización de sus recursos humanos, servicios y mecanismos preventivo-asistenciales dirigidos a la comunidad.

- Bajo la Dirección de Salud Mental deben estar los dos hospitales monovalentes y se deben poder articular los recursos humanos y materiales para dar respuesta a toda la red.
- En cuanto a las internaciones de salud mental, se considera necesario fortalecer los servicios de internación en hospitales generales, que deben tener salas de internación apropiadas para la resolución de patologías mentales de mediana complejidad –intentos de suicidio, cuadros depresivos y psicóticos, reactivos a estresores y/o secundarios a patologías clínicas– y deben estar ubicados en los efectores estratégicamente seleccionados para dar cobertura a la totalidad de la provincia.
- En lo que respecta a la atención en el primer nivel la salud mental, se considera necesaria la inclusión de equipos interdisciplinarios que aborden a nivel preventivo y asistencial las problemáticas de salud mental de la población, de modo que se evite

el aumento, complejización y gravedad de las patologías o síntomas de la población. Estos equipos deben estar distribuidos en centros de salud de la provincia garantizando abordajes integrales en salud y permitiendo que la salud mental forme parte de la salud general. Como objetivo concreto, se establece formar dichos equipos en todos los centros de salud cabecera de los 18 departamentos. Se prevé así evitar las internaciones o derivaciones sin abordajes previos.

- La creación del Órgano de Revisión también resuelve muchos problemas y tensiones entre el sistema de salud provincial, las obras sociales y las relaciones muy dificultosas con el Poder Judicial. Además de tener injerencia en la regulación del sector privado, que se resiste a cualquier reforma o modernización del modelo de atención en salud mental. Dicho órgano puede contribuir con la Dirección para judicializar el cobro de las prestaciones que el sistema público hace a pacientes con cobertura social. La ley establece la obligatoriedad en la cobertura de esta problemática por parte de las obras sociales.
- Generación de las condiciones económicas e institucionales que incentiven a los profesionales apostados en hospitales monovalentes a cubrir el déficit existente en el primer y segundo nivel de atención.
- Formación profesional en temáticas comunitarias: aplicación y revisión de normativas que tiendan a legitimar en el ámbito de formación de pre y posgrado relacionados con carreras sociosanitarias, la política de Abordaje Comunitario, que permita lograr una intervención acorde al paradigma de Atención Integral en Salud Mental.
- Capacitación: Médicos de Familia, trabajadores sociales, médicos comunitarios, residentes de los efectores de primer y segundo nivel de atención, para instrumentalizar los procesos de abordaje en salud mental. La capacitación será intensiva, a cargo de un equipo del Hospital Carlos Pereyra que permita a los profesionales de esos niveles adquirir conocimientos y prácticas de atención y prevención a usuarios de salud mental y adicciones.
- Creación de dispositivos intermedios en modalidad de Centro de Día en puntos estratégicos de la provincia, en articulación con instancias de Deportes, Educación y Municipios, con el fin de contener y asistir las problemáticas complejas de salud mental en jóvenes y adolescentes, quienes pueden requerir internación para estabilizar la crisis (sea por intento de suicidio, adicciones, etc.), para luego pasar a la modalidad de centro de día y continuar el tratamiento.
- Continuar la transformación iniciada en 2017 de CIPAU a la constitución de Centro de Salud Integral de Atención de Adolescentes. Sosténimiento de los servicios de internación y guardia interdisciplinaria las 24 horas, ampliando las prestaciones de salud dirigidas a los adolescentes, descentrando la mirada exclusiva en salud mental, conforme los requerimientos que impone la Ley 26657.
- Generar acciones en coordinación con la Dirección General de Escuelas (DGE), a fin de fortalecer el abordaje de situaciones en salud mental de adolescentes en el ámbito

escolar. Capacitar a equipos técnicos de las escuelas y a docentes para que puedan identificar problemáticas concretas y activar dispositivos de abordaje temprano en adolescentes.

- Determinar que la red de salud pública dedicada a consumos problemáticos sea para la atención de personas con dependencia a los tóxicos y no para infractores del Código de Contravenciones sin demanda de tratamiento.
- Experiencia piloto Centro de deshabitación para adolescentes: Considerando la necesidad de brindar una respuesta para que los adolescentes con consumo problemático tengan acceso a un tratamiento residencial cuando la situación lo requiera, consideramos posible replicar la experiencia llevada a cabo en el Hospital Lencinas, donde se cuenta con cinco camas para deshabitación de consumo problemático. La ventaja de esta modalidad reside en ofrecer internaciones más cortas, con el objetivo de reducir el efecto de la dependencia psíquica y poder pasar a otra instancia de tratamiento. Esto resulta especialmente beneficioso en el caso de personas jóvenes, teniendo en cuenta que nuestra provincia, desde hace aproximadamente 15 años, envía adolescentes para abordajes residenciales a Buenos Aires (Casas del Sur), donde a veces pueden pasar un año lejos de su familia y su entorno, por citar una de las tantas complicaciones aparejadas a esta modalidad.
- Ampliar la capacidad de atención del Servicio de deshabitación del Hospital Lencinas, llevándolo a 10 camas, para mejorar la respuesta asistencial que la Provincia ofrece en la temática, ya que este tipo de alternativas ofrece internaciones breves y efectivas.
- Reducir la estigmatización de las personas con padecimientos mentales, a través de acciones que incrementen la participación en actividades deportivas, culturales, e insertarlas en el mercado laboral y el sistema educativo.
- Implementación de un Proyecto Formación de Cuidadores Domiciliarios para personas con problemáticas psicosociales: generar una formación integral para personas interesadas en acompañamiento domiciliario de pacientes, para evitar la internación en un efector público, para priorizar el vínculo familiar.
- Desarrollar un Plan Estratégico de Comunicación (externo e interno). Externo, a través de campañas de sensibilización social, e interno, con estrategias de comunicación dirigidas al personal público del Estado. Estas estrategias tendrán como eje central el reconocimiento de las diferencias para una aceptación que tienda a generar condiciones de igualdad social.
- Organización de redes vinculantes para personas externadas de hospitales monovalentes o en etapa de transición con espacios educativos, capacitación laboral, etc. Aportar los medios y espacios sociales, educativos y laborales para el desarrollo de aptitudes que favorezcan una inserción razonable de estas personas y sean reconocidas como tal. Se procura articular anualmente con la DGE, cooperativas de trabajo, escuelas de capacitación en oficios (municipales) y organizaciones de la sociedad civil (OSC).

- Reglamentación del Observatorio de Salud Mental y Adicciones: Potenciar institucionalmente el Observatorio de Salud Mental para legitimar sus trabajos estadísticos y de investigación en toda la Dirección y los efectores referentes.

12. Línea estratégica N° 12:

Acoplar la investigación a la práctica clínica

Identificar, priorizar e incentivar desde los sistemas de salud aquellas líneas de investigación de impacto poblacional. Esto implica establecer mecanismos y políticas que fomenten la investigación en áreas que puedan generar impacto significativo en la salud de la población. El objetivo es impulsar el avance científico en el campo de la salud y garantizar que la investigación se alinee con las necesidades y desafíos de la población a través de la identificación de áreas de investigación prioritarias, establecimiento de criterios de priorización, incentivos económicos y no económicos para la investigación, colaboración e investigación participativa y evaluación del impacto y retroalimentación, entre otros.

La investigación también puede promover la estructura productiva. La transformación del tejido productivo hacia una mayor incorporación de conocimiento y competitividad global requiere de un enfoque sistémico en las políticas y un trabajo mancomunado entre las agencias públicas de investigación, innovación, emprendimiento y promoción de exportaciones e inversiones. La gestión del conocimiento científico y tecnológico contribuye al progreso económico de la provincia de Mendoza y está ligada al valor agregado de los productos que se generen de los estudios enmarcados en las prioridades de Mendoza y al posicionamiento en el mercado nacional e internacional de los productos de estos desarrollos. Los desarrollos científicos y tecnológicos requieren de fuertes inversiones, del diseño y de la implementación de políticas públicas al respecto, por lo que se propone reactivar la red de trabajo entre científicos, académicos, políticos y empresarios para articular desarrollos que impacten en la estructura productiva de Mendoza.

Asimismo, se deben promover decisiones y acciones que fomenten el desarrollo de la investigación científica y tecnológica en áreas de interés (sector agrícola y ganadero de zonas áridas, productos de medicina avanzada, desarrollos en tecnología aplicada) para generar impacto positivo sobre las condiciones de vida de los ciudadanos.

13. Línea estratégica N° 13:

Monitoreo y evaluación

A. Implementar métricas de desempeño para evaluar la práctica profesional. Para ello, es importante utilizar métricas de desempeño que abarquen diferentes aspectos, incluyendo métricas clínicas, de utilización y de experiencia del paciente. Métricas clínicas puede ser, por ejemplo, la tasa de complicaciones o la tasa de éxito de un determinado tratamiento. Un

ejemplo de métrica de utilización puede ser la tasa de uso de recursos. Métricas de experiencia del paciente pueden ser el tiempo de espera antes de recibir atención y la calidad del vínculo del profesional de salud con el paciente.

B. Implementar evaluaciones periódicas poblacionales (encuestas, registros de contacto, autorreporte y otras evaluaciones) para monitorear aspectos valiosos de la atención desde la perspectiva de los usuarios y de los equipos de salud. Se trata de una práctica fundamental para garantizar la calidad y mejorar de manera continua los servicios de salud. Estas evaluaciones permiten obtener información directa de los usuarios y profesionales de la salud, identificando áreas de mejora y fortalezas en el sistema de atención sanitaria. Entre ellas, un ejemplo son las encuestas a usuarios que recopilan información sobre la experiencia y satisfacción con los servicios de salud y los registros de contacto que documentan la interacción entre usuarios y profesionales de la salud y permiten evaluar la continuidad y calidad de la atención, identificar posibles brechas en la comunicación o en la coordinación del cuidado, y realizar un seguimiento de la evolución de los pacientes.

C. Implementar métricas que evalúen la eficiencia en el uso de los recursos.

4 Conclusiones

Este documento expresa el deseo de establecer políticas públicas de salud con visión de mediano y largo plazo, en el entendimiento que los verdaderos cambios para el mejoramiento del sistema sanitario requieren, inexorablemente, la continuidad de dichas políticas en distintos ciclos de gobierno.

Es imprescindible, por lo tanto, debatir estas políticas entre los distintos sectores de la comunidad política y civil, a fin de dotarlas del consenso necesario para que trasciendan gestiones o intereses partidarios o individuales, posibilitando profundas reformas que den respuesta a las necesidades del sistema de salud.

La coyuntura nacional nos expone a múltiples dificultades económicas y sociales que impactan en la calidad de vida de los mendocinos. La creciente demanda asistencial y sanitaria, las condiciones del personal de salud y la calidad de los servicios médicos nos obligan a repensar nuestro sistema, en orden a gestar un cambio estructural que mejore las condiciones de vida de nuestra población.

Debemos revalorizar la alta calidad del recurso humano y aprovechar el desarrollo continuo de nuevas tecnologías al servicio de la salud. Así podremos generar un sistema más eficiente y equitativo que de respuesta a las necesidades de todos los mendocinos.

Desde el Ministerio de Salud y Deportes trabajamos con la convicción de sentar las bases de un nuevo sistema de salud, en donde todos los actores puedan aportar a la sostenibilidad y viabilidad de una política pública que priorice los derechos de los ciudadanos y realice los fines del Estado.

Fuentes

- Boletín Epidemiológico.
- Carta de Ottawa de 1986 (OMS).
- Departamento de Bioestadística. Ministerio de Salud y Deportes.
- Dirección de Estadísticas e Investigaciones Económicas (DEIE), Mendoza.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).
- Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de Mendoza.
- Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Organización Panamericana de la Salud.
- Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.
- Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), Ministerio de Salud de la Nación.
- Sociedad Argentina de Pediatría.