

Instituto de Investigaciones Gino Germani
5º Jornadas de Jóvenes Investigadores
4, 5 y 6 de noviembre de 2009

Autora: Lic. Draganchuk, Celia R.

Coautora: Lic. Acevedo, Sandra N.

Correo electrónico:

celchuk30@hotmail.com - sandraacevedo_257@hotmail.com

Afiliación institucional: Secretaría de Investigación y Postgrado - Universidad Nacional de Misiones

Eje problemático propuesto: Producción, reproducción y cambio en la estructura social.

Título: **Capacidad operativa del sistema público de salud en la asistencia sanitaria esencial. Caso Santa Ana, Misiones.**

1. INTRODUCCION

Esta ponencia forma parte de un trabajo más amplio realizado en el marco del proyecto PPUA/2008, titulado: Salud con equidad, SPU- Convocatoria “Responsabilidad Social Universitaria”. En este marco, han sido considerados diferentes aspectos relacionados con los procesos de descentralización del sistema de salud pública realizados en Misiones y su repercusión a nivel de las jurisdicciones municipales, sobre todo rurales, así como las *capacidades operativas que disponen estas jurisdicciones para atender los problemas de salud de toda la población*. Cabe señalar que los efectores del sistema público en la mayoría de los municipios de Misiones se constituyen en la única oferta de servicios de atención a la salud a nivel local.

A partir de los avances del proceso descentralizador del sistema de salud provincial, nos planteamos analizar la capacidad operativa del Centro de APS (CAPS¹) “Puesto de Salud”, de la localidad de Santa Ana, Misiones. De ahí que nos interese *conocer las limitaciones/posibilidades prestacionales de este CAPS para satisfacer las demandas de una población que solo cuenta con Instalaciones, equipos, normativa y recurso humano*.

La metodología utilizada fue de carácter cuali-cuantitativa; apoyada en un trabajo empírico continuado en la localidad durante cinco años. Lo cual nos permitió llevar a delante diversas técnicas (auto-diagnóstico, entrevistas, observación participante, fuentes secundarias RUSMI, encuestas Municipales, etc.).

¹ La normativa provincial define como CAPS a los establecimientos sin internación que ofrecen asistencia sanitaria esencial y realizan actividades de prevención y promoción de la salud.

2. ELEMENTOS CONCEPTUALES

2.1. Sistema de salud

Se entiende por sistema de salud a la “...*respuesta social organizada* ante los problemas de salud, que concitan la intervención tanto del Estado como de un conjunto de actores vinculados con la salud de la población, pero que accede la estricta atención médica...”² Todo sistema de salud constituye un modelo de organización y un modelo de financiamiento simultáneamente, que apunta a alcanzar la finalidad de la atención de la salud de sus destinatarios. (Fidalgo, 2008: 42).

Según González García y Tobar citado por Fidalgo, los sistemas de salud suelen definir implícita o explícitamente, una postura en relación con ciertos principios rectores: solidaridad, calidad y eficiencia. La solidaridad busca asegurar la atención de todos (ya que la posibilidad de enfermar es un riesgo generalizado) a partir del aporte de cada uno, según sus posibilidades. La calidad se vincula con la optimización de los resultados en beneficio de los niveles de salud. Por último la eficiencia conjuga la obtención de los resultados más convenientes, al menor costo posible. (Fidalgo, 20008: 42).

Existen también propósitos que pueden guiar los sistemas de salud, en tantos objetivos últimos del sistema. Interesa destacar tres de ellos: universalidad, satisfacción y equidad. El primero de ellos apunta a extender la cobertura al conjunto de la población. La satisfacción se relaciona con el grado de conformidad de los usuarios del sistema por los servicios utilizados. Por último, la definición de equidad dada por los autores remite a niveles relativamente homogéneos de atención para el conjunto de la población. (Fidalgo, 20008: 43).

Además de lo mencionado anteriormente es importante destacar que en los diferentes modelos se definen roles diversos en la atención de la salud: rol prestador, financiador y regulador. Cada uno de ellos asume diversas características según el énfasis puesto en determinados principios. El rol de regulador le corresponde al Estado, mientras que los demás roles pueden ser desempeñados tanto por agentes públicos como privados.

2.2. Que entendemos por Capacidad Operativa

El análisis de la capacidad operativa del sistema de servicios de salud público se inicia con el reconocimiento de las estrechas relaciones existentes entre las características de

² González García y Tobar, citado por Fidalgo, 2008: 42

los procesos globales de desarrollo económico, el grado de avance en la interpretación, aplicación y uso del conocimiento científico y tecnológico en materia de salud y las modalidades de organización de los recursos humanos y materiales que hacen posible la prestación de servicios a la población. (OPS, 2000).

Dentro de las relaciones entre los servicios de salud y el contexto social, se destacan los determinantes políticos que definen los problemas de salud que deben ser atendidos con caracteres prioritarios y las condiciones de esta atención. De esta manera, el acento está puesto en las formas de asignación social de recursos a la salud y la organización y utilización de tales recursos. Un componente esencial en este proceso es el papel del Estado en la asignación, organización y utilización de recursos financieros y reales para el sector de la salud y sus instituciones.

Según la OPS la capacidad operativa se puede definir en tres niveles: Micro, intermedio y macro. De esta manera, en el **nivel micro** se entiende por capacidad operativa a partir de “...*la combinación y el uso de recursos por un establecimiento para la producción de actividades, tales como consultas u hospitalizaciones...*” (OPS 2000: Pág. 12). En este nivel la capacidad operativa puede ser evaluada por la productividad de los recursos y por la eficiencia del establecimiento en transformarlos en actividades de atención en beneficio de la población que le está adscripta. Que servicios se producen, en qué cantidad, cuál es el nivel de productividad y efectividad y con qué costos son las cuestiones que se deben considerar.

En el **nivel intermedio** la capacidad operativa se refiere a la captación de recursos y su distribución entre las unidades productoras de servicios. También, comprende la asignación de recursos a los grupos sociales cubiertos por los establecimientos respectivos, tarea bajo la responsabilidad de las instituciones a las que pertenecen los establecimientos de salud. (OPS, 2000: Pág. 12)

En este nivel, la evaluación de la capacidad operativa se refiere a la relación entre la producción, la utilización por los grupos sociales y la evaluación de los servicios. Tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo. En este caso interesa saber como se utiliza lo que produce y que calidad en esta producción. También interesa conocer como funcionan los sistemas que dan orientación y apoyo a las unidades productoras finales. (OPS, 2000: Pág. 12).

En el **nivel macro**, la capacidad operativa consiste en la formulación de políticas y la asignación de recursos entre prioridades, en términos de problemas y grupos de población. Estas son actividades desarrolladas por los niveles decisarios y planificadores del gobierno para todo el país.

La relación entre la utilización y la accesibilidad de los servicios, incluidos sus efectos sobre los problemas de salud, es la clave para la evaluación de la capacidad operativa en una perspectiva macro. En consecuencia, interesa conocer ¿Qué problemas se están abordando?, ¿Quiénes se benefician de las políticas de salud? y ¿en qué grado se utilizan los servicios y con qué resultados? (OPS, 2000: Pág. 12).

En síntesis, podemos señalar que la evaluación de la capacidad operativa debe tener en cuenta la estructura de las necesidades específicas de la población, así como las estrategias que esta utiliza para satisfacerlas. Es decir, el análisis de las necesidades y la demanda manifiesta.

2.3. Que entendemos por niveles de atención

El abordaje adoptado en este punto no pone el foco únicamente en la estructura de los servicios basándose en la complejidad relativa de sus partes (características del personal, unidades operativas o establecimientos de salud y las modalidades administrativas de prestación de los servicios) sino también, en la función tomando en cuenta la perspectiva de la comunidad y de sus necesidades y recursos. (Kroeger y Luna, 1992: 14-15)

La noción de niveles se identifica, entonces, con las diversas instancias o planos tecnológicos de resolución de los problemas de salud. Todos, en conjunto, conforman una oferta integral de servicios diseñados para garantizar la accesibilidad y la continuidad de la atención a la salud.

3. ANTECEDENTES

3.1. Política de atención a la salud en la Argentina

En el campo de la salud pública, la Argentina de los años 90 puso el eje central de las reformas del Estado en la meta “salud para todos en el menor tiempo posible”³, priorizando mejoras en la eficiencia, en el impacto y en la accesibilidad de los servicios, y adoptando la descentralización como “estrategia e instrumento” de la modernización

³ Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1999.

del Estado. En lo declarativo, las *políticas sustantivas de salud*⁴ impulsan la transferencia de responsabilidades desde el nivel central a las jurisdicciones provinciales y municipales; recuperan y enfatizan el enfoque sistémico y la movilización de recursos financieros, humanos, tecnológicos y de infraestructura. En este proceso se delegarían responsabilidades y funciones en la provisión de servicios esenciales para el bienestar y la calidad de vida de la población, en especial de los grupos vulnerables y socio-económicamente postergados.

Sin embargo, el proceso de ajuste estructural invocó mayor eficiencia en la provisión de los servicios públicos -dentro de cánones de libre competencia, competitividad, etc.- e instaló el mercado, afectando seriamente los principios universalistas y la gratuidad de las prestaciones del sistema oficial de atención a la salud. El principal objetivo fue disminuir el tamaño del Estado y limitar sus actividades en el desempeño de la definición de políticas, de acción reguladora, de vigilancia y control. En el sector salud, se transfirió así la ejecución de las actividades y la prestación de servicios a grupos o instituciones -predominantemente de carácter privado-, salvo las denominadas de “salud pública” y/o de “niveles básicos de atención”, que continuaron siendo responsabilidad del Estado. Si bien la tendencia fue que el Estado no se comprometa con la acción misma de la prestación directa de los servicios, fueron reconocidas ciertas necesidades como difíciles de atender por las instituciones que operan en el ámbito del libre mercado: la atención de los enfermos mentales; las campañas de salud pública y saneamiento ambiental y las enfermedades crónicas degenerativas. La descentralización colocó a los gobiernos locales en el lugar de los nuevos reguladores y garantes de la asistencia, promoción y prevención de la salud. De administradores a gestores -por efecto de una vía de desarrollo anunciada como inexorable- los municipios se constituyeron en depositarios de los problemas y necesidades de los grupos de población comprendidos dentro de su espacio geográfico. Las profundas transformaciones políticas de dicha década condujeron a una inédita delegación y transferencia de nuevas competencias a provincias y municipios. En este marco, y sin las capacidades técnicas requeridas para enfrentar el nuevo orden institucional y social que se estaba generando⁵, los gobiernos municipales fueron compelidos a convertirse en

⁴ El conjunto de instrumentos que da cuerpo a la Política Sustantiva de Salud para la Argentina está integrado por los Decretos Nacionales Nro. 1269/92, 9/93 y 578/93; y las Resoluciones de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social Nro. 432/92; 149/93 y 131/93.

⁵ La década de los 90 puede caracterizarse por la aplicación a ultranza de los criterios neoliberales que, regidos por los principios de liberalización económica y globalización financiera, produjeron lo que se dio

actores que deberían motorizar y ejecutar políticas de desarrollo, facilitando y concretando las diferentes iniciativas elaboradas a nivel local: desarrollo de una economía, una sociedad y un sistema político local, condiciones básicas para la mejora sostenida de la calidad de vida de sus ciudadanos.

Con el nuevo milenio la Argentina protagoniza una serie de acontecimientos que marcaron sensiblemente la historia institucional y política del país⁶. Pero que sobre todo pusieron a prueba la vigencia de las instituciones democráticas. Superada la crisis institucional del 2001, la nueva política se sitúa en franca oposición a “la mundialización de la ideología anti-estado y el individualismo no solidario”, resaltando la acción estatal orientada a “producir bien común, equilibrar recursos entre débiles y poderosos, y promover el desarrollo humano armónico y sustentable de todas las personas”⁷. Además entre sus argumentos fundamentales, parte de reconocer como antecedente inmediato “la fenomenal crisis que el país y el sector atravesaron en las últimas décadas”. Frente a ello, destaca que la participación ciudadana en la construcción colectiva permitirá un sistema de salud sólido y justo.

En esta línea se formula el Plan Federal de Salud (PFS), refrendado por el conjunto del Ejecutivo Nacional, los gobernadores de la totalidad de las provincias y los respectivos responsables del sector salud, contó también con consensos sectoriales y transversales⁸. La propuesta consiste en lograr la consolidación de una *estrategia de acción multisectorial*, impulsada y sostenida por el conjunto de la sociedad, que produzca cambios significativos en los principales indicadores de salud de la población. Dado que la puesta en marcha de las políticas en el área requerirá primordialmente de la definición

en llamar la “Reforma del Estado”. Esta Reforma consistió en: la subordinación de la moneda nacional; una importante re-organización y ajuste de las administraciones centrales y provinciales; una marcada apertura al mercado mundial; flexibilización laboral y avances desreguladores. El sector salud se vió en la obligación de efectuar ciertas modificaciones, condicionadas por el marco más general de las reformas estatales y guiadas por los siguientes objetivos: aumento de la equidad y la eficiencia; mejora de la calidad y mayor satisfacción de los usuarios; todo esto en un marco de pretendida sostenibilidad financiera. El principal resultado ha sido la configuración de un nuevo esquema legal apoyado en la descentralización sanitaria; la autogestión hospitalaria y la participación comunitaria. En los últimos años, la Reforma Estatal de 2da generación ha tendido a la modificación del rol tradicional del Estado como garante del funcionamiento de un sistema de salud de cobertura universal. Como consecuencia de ello se ha instalado un modelo de revalorización de ‘lo local’, como ámbito de construcción/reconstrucción de la relación Estado-sociedad, a partir de la transferencia de nuevas responsabilidades a los municipios.

⁶ Según refiere un Documento del CELS (2002), en solo 15 días, el país tuvo cinco presidentes, consolidó su default, abandonó la férrea política cambiaria que sostenía desde 1991 y devaluó el peso.

⁷ Cf. Plan Federal de Salud, 2003-2007.

⁸ Entre otros consensos de interés se citan el Acuerdo Sanitario Federal de San Nicolás de los Arroyos, realizado en marzo de 2003, y la conformación del Consejo Federal de Medio Ambiente (COFEMA) que operativizó el Sistema Federal Ambiental, como una manera de contribuir a la promoción y protección de la salud mediante la implementación de políticas adecuadas de ambiente y desarrollo sustentable.

de prioridades y de acciones intersectoriales, la reforma dejará de ser un tema técnico o de negocios exclusivo de los expertos y empresarios, para “pasar a ser un tema del Estado y la sociedad, ni siquiera de eventuales gobiernos”. Dentro de esta lógica, se requerirá un **nuevo modelo sanitario**. Tal modelo deberá sustentarse en la estrategia de atención primaria y en redes de atención, propiciando fundamentalmente una participación social responsable y comprometida con el nuevo modelo.

El PFS adopta la Atención Primaria de Salud (APS) en términos de la estrategia que concibe los problemas de la atención a la salud y la enfermedad de las personas y del conjunto social de manera integral, a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Incluye, en consecuencia, la misión de “extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorando la comunicación del individuo (y su familia, sus saberes y cultura) con la medicina científica”. Para el PFS, la APS se constituye en la prioridad absoluta; y dentro de ella, las acciones de promoción y prevención obtendrán una asignación creciente de recursos. La estrategia avanzará progresivamente hacia la descentralización de estas acciones de forma sistemática y organizada. Consecuentemente, se favorecerá a que sean los gobiernos locales (primero las provincias y luego también los municipios) quienes concentren sus esfuerzos en desplegar la estrategia traduciéndola en acciones de promoción y prevención, como así también en políticas saludables, que informen y moldeen conductas de cambio colectivo; traducibles en indicadores y comportamientos medibles en términos de procesos y resultados. De este modo, se buscará que el objetivo político de los gobiernos municipales no se limite a garantizar acceso, sino a alcanzar progresivamente las metas de un municipio saludable, integrando las áreas de salud con las de ambiente y desarrollo sustentable. En este contexto, los gobiernos locales se enfrentan al reto de tener que aumentar su capacidad técnica para impulsar políticas integrales con impacto en el desarrollo local. En esta línea, los CAPS⁹ son (Centros de Atención Primaria) son las instituciones encargadas de la estrategia de APS y funcionan como puerta de entrada al sistema sanitario al igual que los Hospitales Públicos.

3.2. Sistema público de salud en la Argentina

⁹ Los CAPS son establecimientos sanitarios, sin internación, que ejecutan acciones correspondientes al primer nivel de atención; donde se desarrolla la estrategia de la Atención Primaria (prevención y promoción de la salud) junto a la comunidad. (Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones)

El mismo se organiza a través del Gobierno Nacional quien fija los objetivos centrales del sistema a través del Ministerio de Salud de la Nación, que cumple con la función de conducción y dirección política del sistema de salud en su conjunto. Por mandato constitucional las Provincias son las unidades técnico administrativas responsables del cuidado y protección de la salud de la población, por tanto corresponde a cada Ministerio de Salud Provincial la gerencia y la gestión política y técnica de las unidades o establecimientos del sistema, para el cumplimiento de programas y actividades de salud en la respectiva jurisdicción política; los municipios suelen administrar sus propios recursos y tienen atribuciones para programar y realizar acciones de salud en forma independiente, particularmente los de mayor poder económico y peso demográfico.

El subsector público se financia con recursos fiscales: El Estado Nacional (administración central y organismos descentralizados, los Estados Provinciales se financian con recursos provenientes de la coparticipación federal de impuestos, la recaudación de tributos propios y transferencias del Estado nacional; y los municipios con recursos de la coparticipación Provincial y de atributos locales.

Los servicios de salud se prestan principalmente en la red de Hospitales y CAPS (Centro de Atención Primaria de la Salud), con una distribución geográfica de sus servicios amplia y con presencia en las zonas consideradas no rentables por el sector privado, en los cuales se brinda atención gratuita a cualquier persona que demande servicios en estos centros. Por tanto, la población usuaria del sector público en su mayoría pertenecen a grupos sociales de bajos ingresos (es decir, la población que se comporta como demanda natural o espontánea de este subsector, es la que carece de cobertura de alguno de los otros dos subsectores). (Ministerio de Salud de la Nación, 2007).

Los mismos son clasificados según riesgos de la siguiente manera¹⁰:

Nivel I: Bajo Riesgo, integrado por los CAPS, que son establecimientos sanitarios, sin internación, que ejecutan acciones correspondientes al primer nivel de atención; donde se desarrolla la estrategia de la Atención Primaria (prevención y promoción de la salud) junto a la comunidad. De esta manera, constituye en la mayoría de los casos, la puerta de entrada a la red de servicios del Ministerio. Aborda acciones de promoción y

¹⁰ Clasificación. Ministerio de Salud Pública de la provincia de Misiones. www.misionessalud.com.ar

protección de la salud, control y detección temprana de enfermedades e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo. Cuenta con: área de admisión y egresos, sector de estar para usuarios, consultorios con amueblamiento, office de enfermería con instalación, comunicación y transporte, instrumental adecuado para acciones programadas (cirugía menor, obstetricia sin complicaciones, traumatología de bajo riesgo, y/o derivación) y Guardia de Emergencia. En la provincia de Misiones se encuentra integrado por más de 200 centros en la.

Nivel II: Mediano Riesgo, estos hospitales brindan un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y terapéuticos que exceden la resolución del bajo riesgo. Cuentan con: sector de cuidados especiales (unidad de reanimación, aislamiento, etc.), guardia pasiva o activa de 24 horas, en cirugía y obstetricia, organización de atención por Servicios, médicos con especialidades complementarias, auxiliares de la Salud y programación a corto y mediano plazo.

Nivel III: Alto Riesgo, en este nivel incluye acciones de bajo, mediano y alto riesgo. Se deben dar las condiciones para resolver los procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución. Cuentan con: servicio de cuidados intensivos, adultos y pediátricos controlados permanentemente, intervención de equipos de profesionales, investigación y docencia extensiva a otros niveles, control de infecciones hospitalarias, comité de bioética, médicos con sub-especialidades y asignación de áreas de responsabilidad.

4. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y SANITARIAS

Santa Ana, es municipio pequeño de la Provincia de Misiones, con alrededor de 5.092 habitantes y expuesto a un largo proceso de despoblamiento rural el 75% de la población se encuentra establecida en el área urbana. Alrededor de 40% de la población tiene menos de 15 años de edad y solo 7 % por encima de los 60 años. Por otro lado, 40,5% de la PEA nunca fue a la escuela o solo alcanzó los primeros grados del primer nivel de educación. El 44,5% de la PEA completó la escolaridad primaria y el 85% de la población económicamente activa con nula o baja calificación escolar.

En cuanto a la población ocupada el 40% desarrolla actividades productivas de subsistencia o tareas ocasionales no remuneradas y el 36,5% participa en el sector privado; 23% sector público y la desocupación ronda el 12% y la población inactiva asciende al 52%. (Ver cuadro N°1)

Cuadro N° 1. Población ocupada por categoría ocupacional. Municipio de Santa Ana. Misiones. Año 2001						
Municipio	Población ocupada	Obrero o empleado		Patrón	Trabajador por cuenta propia	Trabajador familiar
		Sector público	Sector privado			
Total Dpto. Candelaria	5.207	1.487	1.807	161	1.402	381
Santa Ana	1.144	263	459	36	294	92
Bompland	527	162	136	5	174	50
Candelaria	2.591	897	992	100	564	38
Cerro Corá	417	41	39	8	215	114
Lotero	213	60	67	4	69	13
Mártires	224	35	76	3	69	41
Profundidad	121	29	37	5	17	33

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INDEC. Censo de Población y Vivienda. 2001

Frente a este panorama, el empleo público (escuelas, fuerzas de seguridad, delegaciones provinciales, etc.) constituye el único reaseguro de estabilidad laboral e inserción social. Respecto de los indicadores de vulnerabilidad socio-sanitaria de la provincia, el 42,17% de la población cuenta con cobertura formal de salud (obra social o prepaga), Mientras que el 57,8% no posee ninguna cobertura. En el caso de Santa Ana el 33,3% de la población tiene algún tipo de cobertura de salud, mientras que el 64,8% restante no tiene ninguna protección. Esto último puede ser analizado en relación a la población ocupada en el sector formal en la localidad, de esta manera se puede afirmar que la población con cobertura de salud en la localidad es justamente la que se encuentra en el mercado de trabajo formal, mientras que la población desocupada y/o con un empleo precario es la que no posee ninguna cobertura de salud.

Cuadro N°2. Provincia de Misiones según municipio. Población por cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual. Año 2001			
Municipio	Población total	Obra social y/o plan de salud privado o mutual	
		Tiene	No tiene
Total Pcia.	965.522	407.123 42,2%	558.399 57,8%
Dpto. Candelaria	22.290	7.850 35,2%	14.440 64,8%
Santa Ana	5.092	1.698 33,3%	3.394 66,7%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos del INDEC. Censo de Población y Vivienda. 2001

El análisis de las variables relacionadas con la situación sanitaria para la provincia de Misiones revela cuestiones importantes. La esperanza de vida¹¹ es de 72,69 años siendo

¹¹ La Esperanza de Vida al nacer, representa el promedio de años que viviría una persona en un lugar determinado, o expresado de otro modo “el promedio de años que vivirá cada componente de una

más baja que en la República Argentina (73,77 años), pero acercándose al valor promedio. Para el año 2007 la tasa de mortalidad general es 5 x 1000; la materna de 8,01 x 10.000 nacidos vivos y la infantil (0 a menos de 1 año) de 13,71 x 1000 nacidos vivos.

En general, los indicadores de salud, si revisamos la serie 1991-2007, para la provincia de Misiones han mejorado sustancialmente, y en la actualidad se encuentran con los valores más bajos de la misma. Por ejemplo la tasa de mortalidad infantil descendió un poco más de 13 puntos si la comparamos con la del año 91 (27,40)¹². La única excepción es la Tasa de Mortalidad Materna que presento otro tipo de comportamiento. (Ver el siguiente cuadro)

Cuadro Nº 3. Indicadores de Salud. Serie 1990, 2000/2007 Provincia de Misiones. Argentina						
AÑOS	T.Natalidad x 1000 Hab.	T.Mort.Materna x 10000 Nv.	T.Mort.Gral. x 1000 Hab.	T.Mort.Infantil x 1000 Nv. (de 0 a menos de 1 año)	T.Mort. Neonatal (de 0 a menos de 28 días)	T.Mort.Post. Neonatal (de 28 días a 11 meses)
1990	34	7,8	5,7	27,4	17	10,4
2000	25,05	5,84	4,97	21,56	14,71	6,85
2001	25,74	4,84	4,56	18,96	12,7	6,25
2002	24,75	4,19	5,69	21,81	15,07	6,74
2003	25,01	5,80	5,68	19,55	12,38	7,17
2004	26,06	5,95	5,23	16,55	11,12	5,43
2005	22,69	6,29	5,07	14,47	9,32	5,16
2006	19,83	11,95	5,41	16,21	10,23	5,98
2007	20,81	8,01	5	13,71	8,59	5,12

Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones. Año 2007

En el año 2001 en la provincia de Misiones se produjeron 23.846 nacimientos, encontrándose la tasa bruta de Natalidad en el orden del 25,74 por mil -por encima del promedio Nacional, que se encuentra en 18,3 por mil-. Para el año 2007 estos valores cambian con 22.474 nacidos vivos con una Tasa Natalidad del 20,81. Estas cifras colaboran a comprender el elevado crecimiento demográfico, superior al del conjunto del país.

Si incorporo al cuadro el año 1990 para observar las cifras alarmantes desde las cuales se partieron y la evolución significativa de los mismos a la actualidad para todo el contexto provincial.

generación de recién nacidos que estuviera toda su vida expuesta al nivel de mortalidad representado por una tabla de vida” Somoza, (1971)

¹² -Estadísticas Vitales de Salud de la Provincia de Misiones –M de Salud Pública Pcia. de Mnes.-Año 2007

El 20,2% de los niños nacidos vivos en esta provincia nacen de madres menores de 20 años, valor que supera ampliamente el promedio nacional (14,8%).

La tasa de fecundidad en la República Argentina es de 2,44 y en la provincia de Misiones este valor asciende a 3,34, siendo la provincia que presenta el valor más alto a nivel Nacional. Esto explica tanto el crecimiento demográfico como el perfil joven de su población.

Un elemento, muy importante en el nivel sanitario de la población, es la disponibilidad de agua potable, aspecto que se considera importante dada las características climáticas de la provincia, donde las altas temperaturas estivales provocan con frecuencia, elevados casos de deshidratación, hecho que se constituye en una de las principales causas de la mortalidad de la población, tanto en edades tempranas como en las muy avanzadas. Por otro lado, la calidad del agua que se les brinda a los niños es un factor de consideración ya que suele estar asociado -junto con una mala alimentación- a las “infecciones intestinales”, una de las principales causas de muerte infantiles.

En este contexto es que surge como interrogantes conocer **¿Cuál es la capacidad operativa del CAPS de Santa Ana, Misiones?**

5. RESULTADOS

5.1. Evaluación de la capacidad operativa del efector de salud local

En el Sistema Provincial de Salud¹³, Santa Ana integra la Zona de Salud II o Zona Sur y el Área programática N° 3, Candelaria. Hasta hace tres meses el municipio contaba con dos Puesto de Salud, efectores de complejidad I que se supone están destinados a la atención ambulatoria o de primer nivel, es decir a realizar promoción, protección y recuperación de la salud mediante “visita” y “consulta”, por los Auxiliares de Enfermería y Médicos, controlar el cumplimiento del tratamiento indicado por profesionales, realizar atención médica periódica e integrada por un Médico General, ayuda alimentaria, inmunizaciones, provisión de medicamentos que provienen del Plan Remediar con una reposición cada 15 días, y derivación de pacientes con ambulancia a establecimientos de mayor complejidad, cuando se presentan patologías de alta complejidad.

¹³ El Sistema Provincial de Salud de Misiones se estructura en cuatro Zonas de Salud y diecisiete Áreas Programáticas. Los efectores están organizados según el grado de complejidad: I Puesto de salud, II CAPS, III Unidad Sanitaria, IV Hospital de área, V Hospital e Zona y VI Hospital Central o Provincial.

Uno de los puestos de salud esta situado en la zona del *Puerto*, a cargo de un personal de enfermería, ésta se encuentra en relación de dependencia con el Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

El Puesto (denominación reservada para los efectores de salud rural, con atención médica periódica) emplazado en el casco céntrico de la localidad posee categoría de CAPS, dotado infraestructura edilicia propia y atención médica en distintas especialidades

Se pudo establecer por medio de relevamiento realizado por el equipo investigador que el Centro de Atención primaria de la Salud (CAPS) de Santa Ana se encuentra conformado por el siguiente recurso humano.

Personal Técnico Profesional y de Apoyo

Personal Médico de Clínica General y Especialidades con dependencia del Ministerio de Salud Pública de la Provincia

- Dos médicos clínicos
- Un bioquímico
- Un ecografista, afectado cada 15 días al municipio. (Cobra \$ 15 por cada ecografía a la Municipalidad y \$ 5 pesos a los pacientes, no proporciona impresión de gráfica del estudio realizado).

Personal Médico y Especialistas becarios del Programa Médicos Comunitarios

- Dos médicas becarias del Programa Médicos Comunitarios: una pediatra y una ginecóloga/obstetra

Personal Médico y Especialistas con dependencia Municipal e IPS

- Una médica clínica/gerontóloga contratada por la Municipalidad de Santa Ana
- Un médico clínico proporcionado por la Municipalidad de Santa Ana y convenio firmado con el Instituto de Previsión Social de la Provincia
- Una odontóloga proporcionado por el Instituto de Previsión Social de la Provincia afectada al Municipio de Santa Ana
- Un ecógrafos, uno afectado al Municipio por medio del Plan NACER

Personal de Enfermería y Agente Sanitario que posee el CAPS podemos citar:

- Una Licenciada en Enfermería con dependencia del Ministerio de Salud pública de la Provincia
- Siete Auxiliares de enfermería, todos con dependencia del Ministerio de Salud Pública de la Provincia
- Un Agente Sanitario, becario del Ministerio de Salud Pública de la provincia (este agente además realizada las extracciones de sangre y análisis de laboratorios, que luego son refrendados por el bioquímico)

Personal Administrativo y de Farmacia con dependencia del Ministerio de Salud Pública de la Provincia

- Cinco agentes distribuidos entre la administración general y la farmacia.

Personal Administrativo y de Farmacia con dependencia Municipalidad de Santa Ana

- Cuatro personas, distribuidas entre la administración general y la farmacia

Personal del área de mantenimiento, chofer de ambulancia con dependencia del Ministerio de Salud Pública de la Provincia

- Una personas afectadas a mantenimiento y
- Un chofer de ambulancia

Personal del área limpieza y chofer de ambulancia con dependencia Municipal

- Dos personas afectadas al manejo de la ambulancia
- Tres personas afectadas al área de limpieza del CAPS, dos de ellas con contrato municipal y la restante con un Plan Jefe y Jefa de Hogar.

Personal del Programa Promotores de la Salud con los que cuenta el municipio son:

- Seis Promotores de la salud, están remunerados con una beca del Ministerio de Salud Pública de la Provincia. En algunos casos esta beca se suma a un plan jefas y jefes.

INFRAESTRUCTURA

En cuanto a la estructura edilicia en la cual funciona el CAPS, la misma esta distribuida de la siguiente manera:

- Dos consultorios habilitados para atención clínica médica, pediatra y ginecológica (distribuidas según días y horarios de atención)
- Un consultorio Odontológico completo donde se realizan arreglos y extracción de piezas dentales.
- Un laboratorio para extracción y análisis de rutina
- Una oficina acondicionada para la recepción y admisión de pacientes
- Sala de espera con asientos
- Una habitación para descanso del chofer de guardia
- Sala de Enfermería
- Un consultorio que se utiliza de Farmacia
- Cuatro baños, uno en consultorio pediátrico, uno en Enfermería y dos afectados al público (uno femenino y uno masculino)

El equipamiento disponible comprende:

- Un Nebulizador portátil
- Un aspirador
- Termómetros
- Tres tubos de Oxígeno, dos de 10 Kg. ubicados en el CAPS y uno de 40 Kg. que forma parte del equipamiento de la ambulancia.
- Un laringoscopio
- Un resucitador manual
- Dos tensiómetros, uno pediátrico y un adulto
- Un microscopio (afectado al área de laboratorio)
- Seis camillas, distribuidas dos para el área pediátrica, uno en consultorio general, en enfermería, en laboratorio y en ambulancia respectivamente.
- Dos cajas de cirugía menor
- Dos cajas ginecológicas
- Estufa eléctrica para esterilizar

- Equipamientos de la ambulancia para traslado baja complejidad: tubo de oxígeno de 40 kg., tensiómetro, laringoscopio, camilla, cuello ortopédico, corsé, piernera.
- Insumos descartables, jeringas, piezas de gasa, baja lengua, etc.
- Juego de jeringas re esterilizables de vidrio.

COBERTURA:

El CAPS de Santa Ana además asiste a las localidades adyacentes de:

- Por Ruta 12 las localidades de Mártires, Loreto
- Por Ruta 103 y 4, el paraje de Magdalenas
- Por Ruta 103, la localidad Bonpland

Cabe señalar que al campo de la Atención a la Salud ingresan una gama de diversas organizaciones e instituciones que operan de manera complementaria con los efectores del sector público de salud. En el caso específico de Santa Ana, el gobierno local canaliza muchas de estas demandas, sobre todo de la población de menores recursos a través del Área de Acción Social, con resultados disímiles, dependiendo de la disponibilidad presupuestaria. Las cuestiones más urgentes que se intentan resolver son las necesidades de alimentación y la provisión de medicamentos.

Por otro lado, el gobierno local ha puesto en marcha un programa de “**Apoyo Oftalmológico**”, que consiste en la cobertura de las consultas, los medicamentos y los anteojos recetados. Los gastos son absorbidos conjuntamente entre el Ministerio de Salud de la Provincia y el Municipio.

La Ambulancia, fue provista por el Ministerio de Salud de la Provincia.

Como **fortaleza** el personal del CAPS plantea el mejoramiento en la entrega de los insumos por parte del Ministerio de Salud Pública y el apoyo municipal.

En cuanto a las **debilidades** presentes en el CAPS se manifiesta la falta de organización entre el recurso humano afectado al mismo. Se dificulta la articulación entre los diferentes actores y acciones desarrolladas en el CAPS (médicos, enfermeros, promotores de salud, personal con dependencia del Ministerios de salud Pública y personal afectado por la municipalidad al CAPS)

Las normas vigentes en el CAPS

Las guardias están distribuidas en 3 turnos de 8 hs. Cada una, las 24 hs., con una modalidad pre- establecidas en días, horarios y francos entre el personal de enfermería. Los insumos que posee el personal son suministrados por la farmacia del CAPS. Las novedades presentes en cada turno son comunicadas por medio de un cuaderno de pase de guardia.

El médico afectado a las guardias nocturnas es con la modalidad de Guardia Pasiva.

El cuerpo médico esta distribuido en días y horarios establecidos con el Director del CAPS, cabe aclarar que la mayoría de los médicos afectados a tareas en el servicio son residentes en la ciudad de Posadas.

El área administrativa y de farmacia funciona a la mañana y a la tarde, para la entrega de turnos, resultados de laboratorio, atención médica y entrega de medicamentos, alimentos y leche.

En cuanto a las emergencias que no pueden ser atendidas en el CAPS de Santa Ana, son derivados por trasladado en ambulancia, en primera instancia al Hospital de San Ignacio y si la complejidad aumenta al Hospital Ramón Madariaga de Posadas.

6. Reflexiones Finales: Límites y posibilidades del CAPS de Santa Ana, Misiones.

En cuanto a las posibilidades podemos mencionar las siguientes cuestiones: Estructura edilicia en buenas condiciones, ampliación de la infraestructura edilicia, presencia de Programas Nacionales y Provinciales, aportes de recursos Municipales destinados al funcionamiento del CAPS, Guardia Médica Pasiva las 24 hs, Guardia Enfermería las 24 hs, Atención odontológica periódica, Servicio de Laboratorio Bioquímico Básico, entrega gratuita de medicamentos (Programa REMEDIAR – MISION ES SALUD – BOTIQUIN MUNICIPAL), Guardia farmacológica.

En cuanto a los límites el CAPS de Santa Ana, presenta las siguientes cuestiones: de esta forma la atención a la salud funciona por demanda espontanea, por otro lado, no se ejecutan programas de atención en la comunidad en relación: inmunización; materno infantil; lucha contra las enfermedades diarreicas, IRA y parasitosis.

Del mismo modo se pudo observar la falta de actividades intersectoriales y participación de la comunidad, falta de capacitación del personal que cumplen funciones técnicas, escaso personal Médico y precariedad en la relación laboral (predominio de: afectaciones con contratos a término y becas), escaso personal especializado en

enfermería, déficit de formación en el sector de Laboratorio. Por otro lado, también se pudo reconocer un alto grado de conflictividad en las relaciones humanas del personal que se desempeña en el CAPS.

Por otro lado, se puede reconocer una multiplicación de instituciones intervenientes y en consecuencia dificultades en la coordinación de las acciones. De este manera se observa confusión en los roles y funciones del personal del CAPS, inexistencia de normas para el cumplimiento de las funciones, especialmente en la interacción con la comunidad, falta de correspondencia entre las características que plantea la demanda de atención y la organización institucional. También existe una discontinuidad en el cumplimiento de las funciones de la jefatura. Así mismo, inexistencia de una oferta sostenida y regular de prestaciones médicas en Obstetricia-Ginecología y Clínica Médica, escasa disponibilidad del equipamiento básico.

7. BIBLIOGRAFÍA UTILIZADA

- Borrell Bentz, Rosa María. OPS/OMS y Tobar Sebastian, Dirección de Relaciones Sanitarias, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Nº3 “Formación de Actores y Gestión de Equipos Promotores” de Salud.
- Contreras, A., Restrepo, H.E. (1997) El Reto de la Promoción de la Salud con Equidad en el Proceso de Desarrollo de América Latina.(pp101-117) Revisiones en Salud Pública: 5: Masson S.A. España.
- Czeresmia, Dina y Machado Carlos de Freitas. “Promoción de la Salud Conceptos, Reflexiones, Tendencias.” Ed. Lugar. 1º Edición. Buenos Aires. 2006
- FASSIN, D: *Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud.* (En: Menéndez (coord...). Participación social: metodología, problemas y expectativas. El caso Nicaragua 1978-1989). Instituto Mora. México. Pág. 46-49. 1999.
- Fidalgo, Maitena M. 2008. Adiós al Derecho a la Salud. El Desarrollo de la Medicina Prepaga. Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.
- INDEC. 2001 Instituto Nacional de Estadísticas y Censo
- Kadet, E., Tasca, R. (1993) *Promover la Equidad, un Nuevo Enfoque desde el Sector Salud.* OPS/OMS Programa de políticas de Salud, División de Salud y Desarrollo. Washington, D.C.
- Kroeger Axel, Luna, Ronaldo- compiladores. Atención Primaria de Salud Principios y Métodos. OPS. Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical en la Universidad de Heidelberg. Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional. Editorial Pax México. 2º Edición 1987.
- Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones. Clasificación normativa del Sistema de Salud. www.misionessalud.com.ar

- Ministerio de Salud Pública Provincia de Misiones. Boletín de estadísticas vitales. 2008. Sistema de Estadísticas Vitales, Dirección de Programación y Planificación. msp_estadisticas@misiones.gov.ar
- *Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina: Plan Federal de Salud 2004-2007.*
- OPS- 1985. Aumento de la Capacidad Operativa de los Servicios de Salud con vistas al logro de la meta de salud para todos en el año 2000. Publicación científica N° 42. Discusiones técnicas de la XXX Reunión del Consejo Directivo de la OPS. Washington. E.U.A.
- OPS/OMS Municipios Saludables. Serie Comunicación para la salud, Nº 11, Washington DC: OPS, 1997
- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (1995^a) La Participación Social en el Desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. HSP/SILOS-35. Washington, D.C.
- *Participación social en salud como realidad técnica y como imaginario social.* Dimensiones antropológicas, año 2. Vol. 5. 1994.
- Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables, Subsecretaría de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud, Ministerio de Salud de la Nación en noviembre de 2003.
- ROVERE, Mario R. OPS/OMS Planificación Estratégica en Recursos Humanos en Salud. Segunda Edición. Washington. D.C. 2006.
- Salud pública: Sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En OPS. Crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate. Publicación Científica Nro. 540. Washington. DC. 1992.