

FORMULACIÓN E IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ASISTENCIA SANITARIA Y SOCIAL EN CATAMARCA

A.G. Jorge B. G. Gosis (*)

Características Provinciales

Geográficamente, Catamarca presenta cordones montañosos, cursos de agua intercurrentes, zonas de meseta de altura desérticas y condiciones climáticas que la fragmentan en regiones de difícil interconectividad; esas particularidades obstaculizan seriamente el desarrollo y la utilización de los sistemas de comunicaciones, tanto viales como radiales.

Estas barreras naturales se encuentran tanto en Catamarca como entre su territorio y las provincias linderas. Esto, junto con las grandes distancias existentes entre sus centros poblados y los de otras provincias (excepción hecha de algunos centros urbanos próximos a Santiago del Estero y en menor medida a Tucumán), genera una situación de aislamiento que hace que el sistema de salud provincial funcione con un nivel de interacción muy bajo con sus similares de provincias vecinas.

Económica y financieramente, la ley provincial 4.989 de diciembre de 1999 declaró en estado de emergencia económica a la prestación de los servicios públicos y a la Administración Pública provincial. Esto implicó una severísima restricción en las erogaciones provinciales, lo cual exige que para formular cualquier nuevo programa -en especial, los íntegramente financiados con recursos propios- el Estado catamarqueño pueda garantizar su sustentabilidad en el corto y mediano plazo.

Los servicios de salud en la provincia están a cargo de un sector privado y otro público, subdividido en dos grandes subsistemas: el dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social y el administrado por la Obra Social de los Empleados Públicos provinciales (OSEP), organismo autárquico cuya gravitación es importante, ya que cubre a aproximadamente 148.000 de los 318.000 habitantes de la provincia.

Desde el punto de vista de la administración de recursos del Ministerio de Salud y Acción Social, los 16 departamentos en que está políticamente dividida Catamarca se agrupan en 12 Áreas Programáticas delimitadas según criterios de conectividad y accesibilidad vial desde los establecimientos de atención primaria de la salud hacia los establecimientos de segundo nivel de complejidad sin internación, y desde éstos hacia los que brindan internación. No existe en todos los casos correspondencia entre los límites departamentales y los establecidos para las Áreas citadas.

En lo atinente a los efectores del subsistema público de salud, Catamarca presenta un despliegue geográfico de establecimientos sanitarios de primer y de segundo nivel de atención de baja complejidad acorde con la ubicación de los núcleos habitacionales y su densidad poblacional. El criterio seguido para radicar estos establecimientos tiende a conformar una red de complejidad creciente, con dos centros interzonales de segundo nivel de alta complejidad (uno de ellos pediátrico) en la capital provincial.

En este contexto, existen 305 postas sanitarias atendidas permanentemente por personal de enfermería y periódicamente por personal médico, 15 establecimientos de primer nivel de atención con personal médico permanente, 17 de segundo nivel de baja complejidad con internación y los 2 establecimientos interzonales citados que conforman el nivel de atención de máxima complejidad.

En 6 de los 16 Departamentos, no hay establecimientos sanitarios privados, siendo el subsistema público dependiente del Ministerio el único oferente de estos servicios asistenciales (Ver Tabla 1).

TABLA 1

Provincia de Catamarca

Estimación de población y proporción de establecimientos sanitarios públicos por departamento, en orden decreciente de incidencia de población con N.B.I.

DEPARTAMENTOS	POBLACIÓN TOTAL*	Población 2000 estimada*		PROVINC.	% ESTABLECIM. PUBLICOS SANITARIOS DE SALUD***
		POBLACIÓN N.B.I.**	% POBL. N.B.I. POR DEPTO*		
Ancasti	2.328	1.648	70,8%	1,9%	100,0%
El Alto	2.652	1.557	58,7%	1,8%	100,0%
Santa Rosa	10.174	4.348	42,7%	5,0%	75,0%
La Paz	18.893	7.887	41,7%	9,1%	83,6%
Antofagasta					
de la Sierra	1.058	439	41,5%	0,5%	100,0%
Paclín	3.541	1.455	41,1%	1,7%	100,0%
Capayán	14.089	5.710	40,5%	6,6%	92,6%
Pomán	8.461	3.189	37,7%	3,7%	84,6%
Ambato	3.593	1.329	37,0%	1,5%	100,0%
Belén	23.476	7.843	33,4%	9,1%	82,0%
Andalgalá	16.547	5.091	30,8%	5,9%	81,5%
Santa María	20.421	5.452	26,7%	6,3%	78,6%
Tinogasta	19.035	4.993	26,2%	5,8%	83,0%
Fray Mamerto Esquiú	9.494	2.444	25,7%	2,8%	100,0%
Valle Viejo	22.314	5.499	24,6%	6,4%	64,7%
Capital	142.071	27.446	19,3%	31,8%	25,2%
Total	318.147	86.350	27,1%	100,0%	70,0%

* Fuente: I.N.D.E.C. (1996) – Estimaciones de población por Departamento, Período 1990-2005, Serie Análisis Demográfico 8

** Fuente: Provincia de Catamarca – Dirección de Estadística y Censos – Depto. Estadísticas Sociodemográficas – Base 1991, con procesamiento propio.

*** Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación – Relevamiento de establecimientos sanitarios por localidad – 1998. Se incluyen todos los establecimientos prestadores de servicios de diagnóstico y tratamiento, con o sin internación. Además, el diseño del esquema de Atención Primaria de la Salud incluye una fuerte presencia de Agentes Sanitarios (380 agentes y 29 supervisores) en todas las localidades del interior provincial, lo que le permite al equipo de salud tener una vía de llegada efectiva a la población dispersa semirural y rural.

Si bien el Ministerio de Salud y Acción Social contaba en tiempo y forma con la información necesaria para las acciones de vigilancia epidemiológica, carecía de información cuali-cuantitativa en tiempo real sobre la atención de pacientes ambulatorios, ya que los datos de producción de los establecimientos asistenciales con internación se obtenían con casi un año de demora, y de la relativa a la incidencia de las distintas patologías atendidas en forma ambulatoria en las distintas Áreas Programáticas.

Los establecimientos asistenciales del sector público dependientes del Ministerio, incluyendo a los Hospitales Interzonales, no estaban en ese momento en condiciones de establecer sus costos, de implantar inmediatamente un esquema de recupero de gastos ni de administrar *per se* sus recursos mediante la percepción de una cápita por población asistida; lo cual hacía inviable la implantación de un sistema de seguro de salud que los tuviera por efectores.

A esto se agregaba la ausencia de un proceso periódico de relevamiento de la población en riesgo sanitario y social que permitiese establecer prioridades sobre datos objetivos para la asignación sistemática de recursos de acción social ni diseñar políticas tendientes a solucionar la problemática de tales grupos mediante acciones focalizadas.

Para finalizar, debe destacarse que la vocación para el cambio y el alto grado de compromiso personal y profesional de los niveles políticos y gerenciales del Ministerio facilitaron la reformulación de relaciones y procedimientos necesarios para dar cabida a un nuevo programa que operativamente corta transversalmente la organización.

Formulación

La principal alternativa considerada hasta ese momento para responder al citado objetivo provincial era la incorporación de toda la población carenciada con residencia permanente en Catamarca como beneficiaria de la OSEP, asumiendo el Estado provincial la obligación de desembolsar lo necesario para cubrir el monto equivalente a los aportes y contribuciones que hacen los trabajadores públicos, tomando como base el 8,5% de la remuneración total, excluido salario familiar, asignada a un cargo de la Categoría 16 del Escalafón General para la Administración Pública Central de la Provincia.

Esta alternativa fue descartada al comenzar los estudios de prefactibilidad, al llegarse a la conclusión de que era financieramente inviable e insustentable para la hacienda provincial.

Teniendo en cuenta el contexto descrito en el punto anterior, que conformaba el conjunto de restricciones y de ventajas estratégicas condicionantes de cualquier iniciativa, *se consideró como alternativa más viable, adecuada y sustentable la creación de un Programa provincial específico para dar cobertura sanitaria y social a la población de menores recursos residente en la Provincia y que careciera de la misma*, en el que participasen, al menos inicialmente, exclusivamente los establecimientos sanitarios dependientes del Ministerio de Salud y Acción Social.

Como metas de dicho Programa, se fijaron:

- **Para el componente de asistencia sanitaria**, llevar a cabo acciones de prevención sanitaria y nutricional y de diagnóstico y tratamiento de las patologías prevalentes en la población de riesgo, asegurando el acceso gratuito a los centros asistenciales de su zona de residencia, a los exámenes que indiquen las normas de diagnóstico de las patologías prevalentes en la provincia y a los medicamentos que según esas normas requiera el tratamiento de dichas patologías y de las que las autoridades sanitarias provinciales considerasen necesario incluir en el programa.
- **Para el componente de acción social**, optimizar el acceso a los programas focalizados nacionales y provinciales de quienes reúnan los requisitos necesarios para su inclusión.
- **Para ambos componentes**, generar una dinámica de relevamiento periódico de datos y construir y mantener vigente una base de datos que permita diseñar, ejecutar y evaluar programas sanitarios y sociales en el ámbito provincial.

Para cumplir la primer meta, se estableció una estrategia modular e incremental, adoptando criterios de focalización de la población objetivo. Se tomó como módulo el Área Programática y se planteó focalizar las acciones durante la primer etapa en la población sin cobertura social, con ingresos por debajo de la línea de indigencia y con al menos un indicador de necesidades básicas insatisfechas (NBI), con el objeto de comenzar dando cobertura al segmento más desprotegido de la población.

Se propuso comenzar aplicando la metodología y los criterios propuestos relevando el Área Programática 6¹, que incluye los Departamentos de Santa Rosa y El Alto, tomándola como Prueba Piloto, para luego pasar a incluir gradualmente bajo programa las restantes Áreas Programáticas en orden decreciente de porcentaje de población NBI, hasta cubrir las totalidad de las Áreas.

Las particularidades de la situación provincial exigieron una serie de *actividades preparatorias* para llevar a cabo el estudio de factibilidad.

En primer lugar, se ajustaron los límites convencionales de las 12 Áreas Programáticas no sólo a los criterios citados de conectividad y accesibilidad vial, sino también a la cartografía censal a nivel de fracción y radio, lo que permitió hacer proyecciones poblacionales para cada una de ellas y contar con un método de referencia cartográfico que hiciera las estadísticas de salud provinciales contrastables con los resultados de los censos de población y vivienda. De este modo, pudo estimarse la población y el porcentaje de la misma con necesidades básicas insatisfechas para cada Área Programática (Ver Tabla 2).

TABLA 2

**Estimación de población por Área Programática, en orden decreciente
de incidencia de población con N.B.I.**

AREAS	DEPARTAMENTOS	POBLACIÓN 2000 ESTIMADA*	% POBLACIÓN NBI**
AREA 7	Ancasti-La Paz (Norte)	7.396	63,9
AREA 3	Paclín	3.524	41,1
AREA 4	Capayan (Sur)	6.721	42,2
AREA 8	La Paz (Sur)	12.226	40,8

AREA 6	El Alto-Santa Rosa	12.826	46,0
AREA 5	Poman	8.461	37,7
AREA 11	Belén-Antofagasta	24.534	33,8
AREA 9	Andalgala	16.547	30,8
AREA 12	Santa María	20.421	26,7
AREA 10	Tinogasta	19.035	26,2
AREA 2	Ambato (Sur)-F.M. Esquíú-Valle Viejo	34.354	25,8
AREA 1	Ambato (Norte)-Capayan (Norte)- Capital	152.104	20,4

* Fuente: I.N.D.E.C. (1996) – Estimaciones de población por Departamento, Período 1990-2005, Serie Análisis Demográfico 8, con procesamiento propio.

** Fuente: Provincia de Catamarca - Dirección de Estadística y Censos - Depto. Estadísticas Sociodemográficas – Base 1991, con procesamiento propio.

Por otra parte, las autoridades sanitarias carecían de información detallada sobre la incidencia de patología ambulatoria de pacientes sin cobertura social asistidos en el primer nivel de atención y las ocasionales internaciones que las mismas produjeran; tampoco disponían de cálculos actuariales que evaluaran esta situación, ni de tasas de uso confiables por falta de información de base.

Esto dio lugar a una segunda actividad preparatoria a cargo de las Direcciones Provinciales de Medicina Asistencial y de Medicina Preventiva que, en conjunto y sobre el terreno, relevaron los diagnósticos de las 15.000 consultas ambulatorias generadas por la población sin cobertura registradas en los establecimientos sanitarios del Área correspondiente a la Prueba Piloto durante 1999, con las eventuales internaciones que dichos cuadros hubiesen determinado en el segundo nivel de atención de baja complejidad.

De ese modo se identificaron los cuadros nosológicos determinantes del 80% de las consultas, los que -a efectos de formular el Programa- fueron asumidos como la patología prevalente en la Provincia.

Sobre esta base, se elaboró el proyecto de Normas Provinciales de Diagnóstico y Tratamiento; tarea que -teniendo en cuenta las normas, propuestas normativas y pautas indicativas existentes a nivel nacional e internacional- desarrollaron las Direcciones Provinciales de Medicina Asistencial y de Medicina Preventiva, la Dirección del Programa Materno Infantil y el Servicio de Nefrología del Hospital de Niños (todos dependientes de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud y Acción Social), con el concurso de las filiales locales de sociedades científicas nacionales como las de Cardiología, de Pediatría, de Gastroenterología, de Ginecología y Obstetricia y de Medicina Interna.

La existencia de estas normas permitió proponer la inclusión en el Programa de un Formulario Terapéutico Provincial para tratar las citadas patologías y generar un vademécum de material descartable, reactivos, productos para uso radiológico y de laboratorio².

Al contar con una casuística de pacientes asumible como altamente probable y, por tanto, proyectable a la población objetivo y al poder aplicar a la misma pautas uniformes de diagnóstico y de tratamiento, se pudo modelizar la situación y ensayar distintas alternativas y modalidades de implementación.

Esto permitió estimar el financiamiento adicional necesario para implantar el programa en función de las áreas que se irían incluyendo en los términos antes expresados. Para ello se evaluaron alternativas que implicaban expectativas tanto muy optimistas como otras extremadamente conservadoras. Todas las evaluaciones asumieron que los recursos físicos y humanos del programa serían aquellos con que ya contaba el subsistema público de salud dependiente del Ministerio.

A la vez, una modelización con estas características permitía estimar, en detalle y en valor, el stock inicial de insumos físicos (medicamentos, material descartable, drogas y materiales para uso radiológico y de laboratorio requeridos para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las patologías cubiertas), el punto de pedido y las cantidades necesarias para producir la reposición de los mismos.

En este punto se diseñó un cronograma tentativo de actividades para los 12 meses siguientes al momento de la eventual aprobación del Programa por parte del Ejecutivo provincial y que conformarían su primera etapa.

La estrategia incremental adoptada propone que, completada la implantación del esquema inicial, se inicie una segunda etapa en la que podrá ampliarse la cobertura del Programa incluyendo a la población con NBI sin cobertura social que se encuentre por debajo de la línea de pobreza, o bien eliminando la restricción de tener necesidades básicas insatisfechas como criterio de elegibilidad, o bien ampliando el rango de patologías y prácticas cubiertas, o combinando estas alternativas acorde con la situación hacendal de la provincia.

Relevamiento

El relevamiento requería diseñar un instrumento de recolección de datos que cumpliera con ciertos requisitos:

- Debía poder ser aplicado en terreno por personas con un nivel de educación formal bajo (perfil habitual de los Agentes Sanitarios) tras una capacitación específica de corta duración.
- Debía ser pasible de procesarse en forma centralizada mediante métodos masivos de captura de datos (captura de imágenes y reconocimiento óptico de caracteres), dado que la captura descentralizada de datos no era viable pues, en general, los municipios de segundo y tercer nivel no contaban para hacerlo con tiempo ocioso del recurso humano calificado.
- Debía contemplar la posibilidad de usar como identificador un elemento distinto del Documento Único de Identidad y de los otros identificadores asociados al mismo, como el CUIT o el CUIL, dado el alto índice de personas indocumentadas existentes en la población objetivo.
- Debía permitir el registro de cuatro niveles distintos de información sobre esa población (vivienda, hogar, familia y miembros del grupo familiar).

Para cumplir con los dos últimos requisitos, se estructuró un identificador de cada beneficiario sobre la base de un código posicional compuesto con los agregados del código de Área Programática, el del Departamento, el del Agente Sanitario (en la zonas rurales y semirurales de la Provincia el recorrido de cada Agente Sanitario se corresponde exactamente con un radio censal), el número identificador de vivienda dentro de cada recorrido, el número identificador de los hogares existentes en cada vivienda, el de las familias dentro de cada hogar (para cubrir los casos de hogares plurifamiliares) y, por último, el número identificador de cada miembro de la familia.

Para las zonas densamente pobladas, en el identificador se reemplaza el código del Agente Sanitario por los de fracción, radio y manzana censales correspondientes. Esto permite correlacionar ambos esquemas con la cartografía censal mediante una simple tabla de conversión.

A modo de ejemplo, en el primero de los casos, el identificador de un beneficiario en particular sería:

03-055-00001-01-01-01

- Número de miembro dentro del grupo familiar
- Número de grupo familiar dentro del hogar
- Número de hogar dentro de la vivienda
- Número de vivienda dentro del recorrido del Agente Sanitario
- Código del Agente Sanitario dentro del Área Programática

(implica su ubicación geográfica en un Departamento determinado)

- Código del Área Programática del Ministerio de Salud y Acción Social

El relevamiento debía ser voluntario, pues la información requerida para evaluar la elegibilidad de los postulantes incluía datos personales, familiares y de ingresos que, un Programa como este, no podía exigir compulsivamente. A esto se agregaba que -en la mayoría de los casos- la información sobre ingresos no podía comprobarse fehacientemente; con lo que se optó por dar a la solicitud de inclusión carácter de declaración jurada.

Agentes Sanitarios del Área Programática correspondiente relevaron puerta a puerta las poblaciones pequeñas y las zonas rurales y semirurales. A ello se agregó la presentación espontánea que los interesados en solicitar su inclusión en el Programa hicieron ante los centros habilitados en establecimientos sanitarios de las zonas urbanizadas.

Estas actividades fueron coordinadas y monitoreadas en terreno por la Dirección Provincial de Atención Primaria de la Salud del Ministerio.

En cuanto al instrumento de registro de los datos, se optó por diseñar un formulario para recolectar información sobre la vivienda y otro para consignar datos personales de los miembros de cada grupo familiar.

Los datos recogidos permiten referenciarlos tanto con el SIEMPRO (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales) del Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación, como con la información de la Encuesta Permanente

de Hogares del INDEC.

Cabe aclarar que se tomó a la *nuclear* como criterio para definir familia, o sea toda persona con pareja estable (con más de seis meses de convivencia) y/o con hijos (biológicos, por adopción, o quienes reciben trato de tales sin que exista vínculo jurídico alguno). Esto permite reconstruir los grupos familiares extendidos por agregación de las anteriores unidades.

Los datos referidos a la vivienda fueron -amén de los habituales respecto a su ubicación geográfica- el tipo y características de la construcción, el régimen de tenencia del inmueble, la forma de eliminación de excretas, la cantidad de habitaciones (excluido el baño y la cocina, cuando esta última se destine únicamente a cocinar), la fuente y la forma de suministro de agua para consumo humano y la disponibilidad en la vivienda de electricidad, artefacto cocina, heladera, radio y televisión.

En lo que respecta a cada miembro del grupo familiar, se recogió su apellido y nombres, sexo, estado civil, nacionalidad y parentesco con el jefe de la familia; si posee o no documento de identidad, tipo y número del mismo; fecha de nacimiento, situación laboral; ingresos mensuales, cobertura de obra social, mutual o sistema de medicina prepaga, último nivel de educación formal alcanzado, asistencia a algún establecimiento educativo y discapacidad.

La información relevada se centralizó en el Ministerio de Salud y Acción Social para integrar una base de datos que permita el procesamiento de los mismos, la verificación del cumplimiento de los criterios de inclusión de cada grupo familiar mediante su cruce de esos datos con bases de datos provinciales y nacionales, la generación del padrón de beneficiarios y la emisión de la credencial identificatoria de cada persona incluida en el Programa con sus datos personales y de identidad.

Se prevé una mecánica de recolección de altas, bajas y modificaciones de los datos de esta base con periodicidad trimestral, coincidiendo con las cuatro rondas anuales que realizan los Agentes Sanitarios.

Inicialmente, la carga de datos se realizó manualmente, pasando -luego que la Dirección de Informática incorporara el equipamiento y los programas específicos correspondientes- a capturar imágenes mediante un scanner de alta velocidad y reconocimiento óptico de caracteres que permitió procesar unos 1.500 formularios diarios.

Cuando finalice la etapa de relevamiento masivo, dicho equipamiento tendrá capacidad ociosa; por lo que se prevé usarlo para procesar información sobre producción en la atención de pacientes ambulatorios -integrados o no al Programa- de los establecimientos sanitarios del primer nivel de atención y del segundo nivel de baja complejidad.

La base de datos así generada permitirá atender en tiempo real las necesidades de información para la toma de decisiones por parte de las autoridades sanitarias, la remisión de la información que requiera el Sistema Nacional de Estadísticas de Salud y podrá ser puesta a disposición de los respectivos establecimientos sanitarios para que éstos analicen la información con miras a la programación local.

Por otra parte, al tener activa una base de datos con información sobre la población de riesgo tras la finalización de la primera ronda general de relevamiento, el Ministerio contará con una herramienta para diseñar políticas focalizadas de salud y de acción social que priorizen la asignación de recursos a partir de datos objetivos, cumpliendo con la meta propuesta en la formulación del programa.

Cobertura del componente asistencial

En función del relevamiento realizado en el Área de la Prueba Piloto, las acciones propuestas para el componente asistencial del Programa fueron:

- Medicina preventiva acorde con las normas nacionales y provinciales vigentes

y los programas de este tipo en curso en la provincia.

- Seguimiento y cobertura del embarazo, parto y puerperio.

- Control del recién nacido y del niño sano.

- Infecciones y patología obstructiva de vías aéreas.

- Síndrome diarreico agudo.

- Parasitosis intestinales.

- Síndrome de dolor abdominal.

- Artralgias.

- Traumatismos y fracturas.
- Heridas.
- Hipertensión arterial.
- Insuficiencia cardíaca.
- Infección urinaria.
- Dermatitis bacterianas, micóticas, alérgicas y parasitarias.
- Patología durante el embarazo:
 - Hipertensión arterial.
 - Amenaza de aborto y de parto prematuro.
 - Infección urinaria.
 - Anemia.
 - Vulvovaginitis

A esto se agrega, en función de las normas nacionales y provinciales citadas anteriormente, la cobertura de síndromes convulsivos de cualquier etiología y de la diabetes mellitus.

Como se planteó en las metas, esta cobertura implica acceder gratuitamente a la totalidad de los exámenes complementarios, a los medicamentos y al material descartable que requieran el diagnóstico y el tratamiento de estos cuadros de acuerdo con las Normas Provinciales de Diagnóstico y Tratamiento, en los establecimientos sanitarios del lugar en que reside el beneficiario y que dependen del Ministerio de Salud y Acción Social, tanto en forma ambulatoria como en las internaciones que se requiera en el segundo nivel de baja complejidad.

El monitoreo del Programa se llevará a cabo mediante la determinación de la línea de base de los principales indicadores de atención de pacientes ambulatorios, el seguimiento de las enfermedades trazadoras habituales y se complementará con encuestas de satisfacción de los usuarios.

Implantación

Completado el estudio de factibilidad a fines de mayo de 2000, se elaboraron los lineamientos generales del programa en forma consensuada con los niveles políticos y gerenciales del Ministerio de Salud y Acción Social.

A principios de junio de 2000 la propuesta del Programa y su estudio de factibilidad con sus distintas alternativas fue llevada en consulta ante las máximas autoridades del Ministerio de Hacienda y Finanzas, quienes aseguraron su viabilidad y sustentabilidad.

Con estos recaudos, a fines de junio de ese año se elevó la propuesta del Programa a consideración del Ejecutivo provincial, procediéndose a su análisis y discusión por parte del Gabinete presidido por el Sr. Gobernador. La propuesta se aprobó sin modificaciones y se dispuso iniciar aquellas actividades que no requiriesen de un instrumento formal específico para su realización; v.g.: el relevamiento para la Prueba Piloto.

El 30 de julio de 2000, mediante el decreto provincial 803, el Ejecutivo creó en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social de la provincia el *Programa de Asistencia Sanitaria y Social (PROASS)*.

Según el decreto, el Programa tiene por objeto brindar cobertura sanitaria y social a la población de menores recursos residente en la Provincia no incluida en alguno de los sistemas de Obra Social, Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, medicina prepaga o mutual, y conformar un sistema unificado de información para la toma de decisiones sobre acciones de salud y de acción social.

La norma delega en el Ministerio de Salud y Acción Social la facultad de reglamentarla, fijar los criterios de inclusión de los distintos grupos familiares, determinar la oportunidad y secuencia de incorporación bajo programa de las distintas Áreas Programáticas, planificar, priorizar, coordinar y ejecutar las acciones que se consideren necesarias, establecer el cronograma de dichas acciones, en suma, regular toda actividad inherente al PROASS.

En el Presupuesto 2000 se incluyó al PROASS como programa presupuestario de la Jurisdicción Ministerio de Salud y Acción Social,

estableciéndose como su ejecutora a la Unidad Ministro.

El 11 de agosto de 2000 el Ministerio de Salud y Acción Social dictó la resolución MSAS 942/2000 que aprueba las Normas Provinciales de Diagnóstico y Tratamiento e incluye en ellas lo establecido en la Propuesta Normativa Perinatal del ex Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación aprobada hasta esa fecha en el marco del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y el Capítulo I *-Medicamentos Genéricos para el Tratamiento de Patologías Estacionales y Prevalentes, Antiepilépticos, Insulinas e Hipoglucemiantes Orales-* del Formulario Terapéutico Provincial.

Asimismo, la Resolución establece que las Normas Provinciales de Diagnóstico y Tratamiento serán de aplicación para todos los profesionales del arte de curar que desempeñen funciones en establecimientos asistenciales del primer y segundo nivel de atención dependientes del Ministerio y en las áreas de atención primaria de la salud de los Hospitales Interzonales provinciales, salvo que -a criterio del profesional actuante- las características del paciente hagan necesario apartarse de ellas, circunstancia que deberá justificarse debidamente en la correspondiente historia clínica o documento de registro del diagnóstico y tratamiento que se emplee en cada caso.

También crea un Comité de Revisión, presidido por el Subsecretario de Salud y conformado por los Directores de las áreas operativas de esa Subsecretaría y de los Hospitales Interzonales de la Provincia y, a invitación del Presidente del Comité, por representantes de las sociedades científicas de la provincia. Este Comité debe reunirse periódicamente, convocado por su presidente, para evaluar y modificar los contenidos de las Normas Provinciales de Diagnóstico y Tratamiento a efectos de asegurar su permanente adecuación a los avances que se produzcan en materia médica y tecnológica.

En función de lo establecido en la resolución, las Normas Provinciales de Diagnóstico y Tratamiento deben ser actualizadas al menos anualmente y, tanto ellas como el Formulario Terapéutico Provincial, publicadas periódicamente por el Ministerio de Salud y Acción Social y distribuidas en todos los establecimientos sanitarios que de él dependan. Para facilitar su difusión, estos documentos se hallan disponibles en la página web oficial de la Provincia, www.catamarca.gov.ar.

A todo esto se agrega la decisión ministerial de transparentar y agilizar los procedimientos de compras y contrataciones, no sólo del PROASS sino de toda la jurisdicción. Para ello, desde diciembre de 2000 publica en la citada página web oficial todas las compras programadas y las que estén en curso por valor mayor a \$10.000, a efectos de que cualquier proveedor del país pueda tener información en tiempo y forma sobre las mismas.

Por último, en cumplimiento de lo dispuesto por el decreto 803/00, y teniendo en cuenta tanto los criterios fijados para la formulación como las restricciones climáticas y geográficas, el Ministerio de Salud y Acción Social fijó como cronograma de trabajo para la primer etapa del Programa y para el período julio 2000-junio 2001 la secuencia de acciones que se detallan en el Cuadro 1.

Situación actual

De resultados de las acciones reseñadas, se han obtenido a la fecha los siguientes resultados:

- Identificación de cada beneficiario del componente asistencial del Programa mediante la emisión de credenciales individuales, con vigencia por un plazo no mayor de 1 año, con el objeto de forzar los procesos de monitoreo de la situación y de relevamiento periódico para determinar altas y bajas.
- Adquisición de los insumos necesarios para garantizar la cobertura del componente asistencial del PROASS durante el primer semestre de 2001 en las zonas ya incluidas y a incluir bajo programa en dicho ejercicio fiscal.
- Puesta a disposición, en forma gratuita, de los elementos para prevenir, diagnosticar y tratar las citadas enfermedades en los establecimientos sanitarios de sus respectivas zonas de residencia para todos los beneficiarios bajo programa.
- Diez de las doce Áreas ya relevadas y bajo programa (o sea, los Departamentos de Ancasti, Andalgalá, Antofagasta de la Sierra, Belén, Capayán, el Alto, La Paz, Paclín, Pomán, Santa María, Santa Rosa y Tingoasta). Área 1 en etapa de relevamiento y comienzo de relevamiento del área restante en julio de 2001.

La finalización de este relevamiento está prevista para agosto de 2001, restando fijar la fecha de puesta bajo programa de la población que reúna los criterios de elegibilidad en las áreas 1 y 2.

En resumen, a fines de mayo de 2001 estarán incluidos en la primer etapa del programa todos los beneficiarios de los Departamentos del interior provincial y a fines de agosto se habrá finalizando el relevamiento de los Departamentos Capital, Valle Viejo, Fray Mamerto Esquiú y Ambato.

Durante las distintas fases de la implementación del Programa cumplidas desde agosto de 2000 hasta fines de mayo de 2001, se relevaron y procesaron datos de 6.249 hogares del interior provincial, conformados por 6.737 familias compuestas por 26.700 personas, de las cuales 14675 reunían las condiciones de elegibilidad establecidas para la primer etapa del Programa y que actualmente poseen sus credenciales. Restan aún procesar los datos de unos 500 grupos familiares.

Cabe agregar que a las citadas cifras sobre el proceso de relevamiento deben sumarse 2.505 hogares, compuestos por 10.750 personas, correspondiente a la primer etapa del Área 1, cuyos datos se están procesando para emitir las credenciales de quienes reúnan los criterios de elegibilidad.

Conclusiones

A sólo ocho meses de su puesta en marcha, la formulación e implantación de un Programa provincial con las características descritas permitió al Ministerio de Salud y Acción Social de Catamarca:

- Contar con una solución a la problemática específica del sector que explorara sus potencialidades, considerara sus restricciones y aprovechara sus ventajas.
- Optimizar el uso de los recursos humanos y de infraestructura existentes, minimizando los costos de implementación y operación de un programa de asistencia sanitaria y social a escala provincial.
- Brindar cobertura sanitaria mediante acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías prevalentes en la población de riesgo, asegurando el acceso gratuito en los centros asistenciales de su zona de residencia, a los exámenes que indiquen las normas de diagnóstico de tales patologías y a los medicamentos que según esas normas se requieran.
- Permitir que los establecimientos sanitarios existentes en las Áreas Programáticas puestas bajo programa estén en condiciones de satisfacer la totalidad de la demanda de atención.
- Mejorar marcadamente el nivel de satisfacción de los usuarios de esos servicios.
- Poner en práctica una estrategia de direccionamiento de las acciones de salud y de acción social orientadas específicamente a los sectores más desprotegidos de la población, mediante una dinámica modular e incremental de segmentación tanto de la población como del conjunto de prestaciones que permita asegurar su viabilidad inicial y su sustentabilidad en el tiempo al adaptarse a las distintas situaciones económico financieras que deba enfrentar la Provincia.
- Contar con una base de datos sobre población objetivo en condiciones de riesgo sanitario y social y con los correspondientes procedimientos de actualización periódica que aseguren su vigencia permanente.
- Mejorar la accesibilidad a los programas nutricionales y sociales, mediante el uso de parámetros objetivos de elegibilidad y a través de herramientas de relevamiento sistemático.
- Potenciar el efecto de las interrelaciones existentes entre la distintas área que conforman la jurisdicción.
- Modificar los procedimientos de sus áreas operativas para agilizarlos y optimizarlos, y transparentar aún más los procedimientos de compras y contrataciones de bienes y servicios de toda la jurisdicción.
- Construir un sistema de estadísticas de salud dinámico que brinde información en tiempo y forma para la toma de decisiones sobre la demanda de prestaciones de salud y la producción cualicuantitativa de sus establecimientos sanitarios.
- Contar con una herramienta para dimensionar y planificar el gasto en salud y en acción social, así como planificar localmente las acciones de salud mediante la explotación del segmento correspondiente de la base de datos del Programa por parte de cada establecimiento sanitario del sistema.
- Establecer un sistema de indicadores de gestión para las áreas de salud y acción social basado en la demanda y no sólo en la oferta.
- Mejorar sustantivamente la capacidad instalada para la captura y procesamiento de información.
- Comenzar un proceso que -mediante acciones orquestadas con los restantes actores del sector- permita arribar a un sistema de seguro provincial de salud para los no asegurados que se integre, en una instancia posterior, a un sistema provincial de seguro de salud.

(*) Médico pediatra. Doctor en Medicina. Como AG brindó asistencia técnica para formular, implementar y coordinar programas sanitarios y sociales en el ámbito del Ministerio de Salud y Acción Social de la provincia de Catamarca. Tal asistencia había sido solicitada a principios de 2000 por el gobierno provincial -en el marco del Convenio existente entre la Provincia y el Consejo Federal de la Función Pública- al Cuerpo de Administradores Gubernamentales en el intento de dar cobertura sanitaria y social a la población de menores recursos que careciera de ella.

1 La elección del Área Programática 6 para la realización de la prueba piloto se debió a que su conformación geográfica, demográfica y de estructura sanitaria puede tomarse como representativa del conjunto de las regiones provinciales: presenta

zonas llanas de fácil acceso tanto como áreas montañosas; lugares de libre accesibilidad en toda época del año así como regiones donde las condiciones climáticas pueden impedir el desarrollo de un mecanismo de relevamiento como el que se proponía adoptar; centros con población urbana a la vez que áreas de población desconcentrada semirural y rural; y una población de 12.800 habitantes con un 46% de personas con necesidades básicas insatisfechas.

2 Cabe agregar que el Formulario Terapéutico incluía drogas anticonvulsionantes (en cumplimiento de la ley provincial 4.949 que crea el Banco de Drogas Antiepilépticas en el ámbito de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud y Acción Social), insulina e hipoglucemiantes orales que según la ley nacional 23.753 y su decreto reglamentario N° 1.271/98 debe proveerse a los pacientes diabéticos.